

Familjemodellen – att arbeta familjefokuserat inom barn- och vuxenpsykiatrin

Kapitel 37 i antologin Barn är anhöriga – vågar vi lyssna på dem?

Nka Barn som anhöriga 2025:2 - särtryck



© 2025 Camilla Linderborg, Margareta Östman 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 37

Familjemodellen – att arbeta familjefokuserat inom barn- och vuxenpsykiatri

Camilla Linderborg, Margareta Östman

Camilla Linderborg är socionom och doktorand vid Universitetet i Sydöstra Norge vid fakulteten för hälso- och samhällsvetenskap med inriktning praktisknära forskning samt barn och ungas psykiska hälsa i ett bredare perspektiv. Hon arbetar inom barn- och ungdomspsykiatri, Region Stockholm, som kurator och enhetschef. Hon har omfattande erfarenhet som behandlare inom psykiatrisk verksamhet. Hon har genomfört flera verksamhetsutvecklingsprojekt inom både barn- och vuxenpsykiatri med fokus på familjer och barn. Hon har haft ett särskilt uppdrag som barnsamordnare, vilket omfattade ansvar för att implementera flera familjeinterventioner riktade till barn som anhöriga inom vuxenpsykiatri. Forskningsinriktning under doktorandprojektet är verksamhetsutvecklingsprojektet Familjemodellen.

Margareta Östman är socionom och professor emerita i ämnet Hälsa och samhälle. Hennes kliniska erfarenheter kommer från en mångårig erfarenhet som socialarbetare inom kommunal socialtjänst och kurator inom hälso- och sjukvård, både somatisk och psykiatrisk verksamhet, där hon innehaft såväl behandlande som ledande funktioner för olika verksamheter. Under 2005 – 2010 var hon dekanus vid fakulteten för Hälsa och samhälle, Malmö Universitet, och är sedan 2020 vetenskaplig expert på Socialstyrelsen. Hennes forskningsintresse fokuserar på hur psykisk ohälsa hos en eller flera familjemedlemmar påverkar hela familjens och de minderåriga barnens situation, samt interventioner för att hantera situationen. Hon har också intresserat sig för hur sexualiteten påverkas av svår psykisk sjukdom. Antalet vetenskapliga publikationer inom ovan nämnda forskningsområden är mycket omfattande.

Sammanfattning

För barn och unga med psykisk ohälsa krävs av deras familjemedlemmar att de måste förhålla sig till många olika faktorer och behandlingsinsatser, något som ofta kan upplevas som krävande och bidra till att förvärra situationen för familjerna. Många behandlingskontakter medför att familjen själv behöver upprätthålla kontinuiteten mellan olika vårdgivare, vilket bidrar till en komplicerad och ibland förvirrad situation för såväl familjerna som för behandlarna. Professionella behand-

lare uttrycker att de gärna vill stödja familjemedlemmar runt den identifierade personen med psykisk ohälsa, men upplever uppgiften som komplicerad och svårhanterlig.

I kapitlet redovisas ett verksamhetsutvecklingsprojekt, Familjemodellsprojektet, inom delar av barn- och vuxenpsykiatri i Stockholmsregionen, med syfte att stärka barn- och föräldraperspektivet. Ett ytterligare syfte med projektet är att uppnå samordning mellan barn- och vuxenpsykiatriska verksamheter. Inom projektets ram har det hittills genomförts familjeinsatser i drygt 500 familjer med stöd av Familjemodellen.

Initiala resultat från Familjemodellsprojektet visar att drygt hälften av alla patienter inom barnpsykiatri och en tredjedel av alla patienter inom vuxenpsykiatri har minst en ytterligare familjemedlem med samtidig psykisk ohälsa och egen vårdkontakt. En övervägande andel av behandlarna uppger att de ser det som angeläget och relevant att i ordinarie behandlingsarbete efterhöra övriga familjemedlemmars psykiska hälsa. Behandlarna är väl medvetna om den komplexa situation som dessa familjer lever under, men upplever att de inte alltid kan ge familjeinriktade insatser inom ramen för sitt uppdrag.

Efter införandet av Familjemodellsprojektet beskriver behandlarna att de upplever Familjemodellen som en användarvänlig, flexibel modell och att familjerna själva visar stor tillit för denna modell. Familjemedlemmarna å sin sida uppger att de genom Familjemodellen har blivit föremål för en modell som ger ett samlat familjeperspektiv, där hela familjen med dess olika behov och möjligheter utgör underlag för kommande insatser, och därmed kortar resan till förbättring och tillfrisknande.

Såväl behandlare som familjemedlemmar upplever att modellen genom att främja en dialog inom familjerna samt mellan familjerna och de psykiatriska verksamheterna bidrar till ökad handlingskraft av familjernas egen förmåga att hantera sin situation. Behandlarna beskriver att Familjemodellen upplevs gynnsam i deras kliniska arbete och inte minst att den stimulerar till ökad samordning mellan deltagande verksamheter. Både behandlare och familjemedlemmar uttrycker att Familjemodellen med fördel är tillämpbar och möjlig som ett behandlingsutbud inom både barn- och vuxenpsykiatri. I slutet av kapitlet redovisas några rekommendationer för verksamheter som önskar införa ett mer familjeorienterat arbetssätt.

Summary

The Family Model: A Family-Focused Approach to Child and Adult Psychiatry

Family members of children and young people with mental illness must adapt to many different factors and treatment efforts, which can often be demanding and

contribute to a worsening of the situation in the family. The burden of maintaining continuity across services frequently falls on the family, creating a complex and sometimes confusing situation for both families and professionals. While mental health professionals express a strong desire to support the broader family system, they often find it difficult to implement such efforts within the constraints of their existing roles.

The chapter presents The Family Model, a development project currently operational in child and adult psychiatry services in the Stockholm region of Sweden. It is a program that aims to strengthen a child and parent perspective on treating mental illness. A further aim is to enhance inter-agency coordination between child and adult psychiatric services. To date, over 500 families have participated in interventions delivered through this model.

Initial findings indicate that more than half of all patients in child psychiatry and a third of patients in adult psychiatry have at least one family member with a concomitant mental illness. Most therapists we surveyed acknowledged the importance of considering the mental health status of other family members in their regular treatment work. However, although those therapists were aware of the complex situation in which these families live, they were not always able to provide family-oriented interventions within the context of their present practice.

Following the introduction of The Family Model, therapists reported they found it both user-friendly and flexible. Families expressed great trust in the model, appreciating its comprehensive perspective that considers the needs and strengths of the entire family unit. They felt that it helped accelerate the path toward improvement and recovery.

Both therapists and the family members felt that by promoting a dialogue within families, and between families and psychiatric services, the model enhanced a family's ability to handle their situation. Therapists concluded that The Family Model was beneficial in their clinical work and increased coordination between participating agencies. Both therapists and family members found The Family Model advantageous as a treatment option in both child and adult psychiatry.

In conclusion, our analysis presents recommendations for mental health providers who wish to introduce a more family-oriented way of treatment provision.

Inledning

Nyligen publicerade data visar att mer än 50 procent av patienter inom barn- och ungdomspsykiatri, BUP, har föräldrar med samtidig pågående psykiatrisk vårdkontakt, medan omkring 30 procent av patienter aktuella inom vuxenpsykiatri har pågående psykiatrisk vårdkontakt hos ytterligare familjemedlem [1, 2]. Detta visar på ett behov av familjerelaterade vårdinsatser i familjer med multipel psykisk ohälsa.

Inom BUP och vuxenpsykiatri är en övergripande behandlingsstrategi att möta den som söker verksamheten utifrån ett utvidgat patientperspektiv, vilket innebär att inkludera familjen och anhöriga i vården [3, 4]. Trots att BUP arbetar för att beakta familjeförhållanden och att vuxenpsykiatri arbetar med anpassade metoder för barn som anhöriga har det visat sig vara en utmaning i klinisk vardag att ge optimalt stöd till familjer där både barn och föräldrar har psykisk ohälsa [4, 5]. Studier relaterande till familjeinterventioner, som syftar till att stödja hela familjesystemet när någon eller flera familjemedlemmar har svårare former av psykisk ohälsa, visar förutom att familjeinterventioner av olika slag bör utgöra en allmänt förekommande insats, att övriga familjemedlemmars börda och behov av såväl känslomässig som praktisk hjälp behöver beaktas [5, 6].

Familjemodellen är ett verksamhetsutvecklingsprojekt inom delar av BUP och Prima vuxenpsykiatri i Stockholm, med syfte att genom en initial kartläggning av familjens samlade situation bidra till att påverka behandlingsinriktningen mot ett tydligare familjeperspektiv, stärka barnperspektivet samt skapa bättre samordning när det finns psykisk ohälsa hos både barn och föräldrar i familjen [7, 8]. Inom vuxenpsykiatri inkluderas även enheter för beroendevård. Genom särskilt stöd från Socialstyrelsen har projektet, sedan 2020, prövats som en modell att bidra till förbättrat kliniskt omhändertagande inom barn- och vuxenpsykiatri.

I korthet handlar detta kapitel om en modell som kan bidra till att föra in ett nytt familjefokuserat arbetssätt i barn- och vuxenpsykiatri, som de senaste åren har präglats av ett alltmer individinriktat arbetssätt och omfattande tillgänglighetsproblem [4, 9]. Den i inledningen angivna problembilden med fler familjemedlemmar inom samma familj med psykisk ohälsa kräver ett tydligare familjefokuserat arbetssätt inom såväl BUP som vuxenpsykiatri. Vidare framkommer att minderåriga barn i dessa familjer kan vara antingen patienter med egen psykisk ohälsa eller anhörig till en annan familjemedlem med psykisk ohälsa, vilket kan vara såväl föräldrar som syskon till barnet. Familjemodellsprojektet har successivt utvecklats för att bättre anpassa behandlingsutbudet för målgruppen familjer där flera familjemedlemmar, barn och eller föräldrar/vuxna, har psykisk ohälsa. Projektet har även försökt att stärka delar av sekundärprevention och annat stöd som dessa familjer behöver. Kapitlet kommer att redovisa såväl erfarenheter vunna under projektets utveckling som vetenskapligt bearbetade data. Avslutningsvis redovisas rekommendationer till verksamheter som är intresserade att vidareutveckla ett familjefokuserat arbetssätt.

Bakgrund

Professionella behandlare uttrycker att de gärna vill stödja familjemedlemmar runt den identifierade personen med psykisk ohälsa, men upplever uppgiften som komplicerad och svårhanterlig [5, 10], något som också beskrivs i en översiktsstudie [11]. Befintliga metoder för att stödja anhöriga, som har visat sig vara vetenskapligt trovärdiga, är oftast väldigt resurskrävande och anpassade framför allt till

forsknings-intensiva verksamheter och därmed svåra att tillämpa i klinisk vardag [5]. Dessutom kräver dessa metoder ofta en samverkan med ett flertal andra vård- och stödverksamheter, vilket förutsätter en dialog förankrad på flera nivåer inom såväl den interna verksamheten som till övriga externa vårdgivare.

För barn och unga med psykisk ohälsa krävs av deras familjemedlemmar att de måste förhålla sig till många olika faktorer och behandlingsinsatser [5], något som ofta kan upplevas som krävande och bidragande till att förvärra situationen för familjerna [12]. Många behandlingskontakter som inte har ömsesidig kontakt med varandra, och journalanteckningar i olika journalsystem, medför att familjen själv behöver upprätthålla en kontinuitet som vårdsystemen inte tillhandahåller på egen hand. Detta kan bidra till en komplicerad och ibland förvirrad situation för såväl familjerna som för behandlarna [4].

Goda uppväxtvillkor, en positiv hälsoutveckling och en jämlik vård är frågor som är viktiga för ett samhälle och som bidrar till en god folkhälsa [13]. En särskild riskfaktor för att barn ska utveckla psykisk ohälsa är att vara barn till en förälder med egen psykisk ohälsa [14]. När föräldrar har psykisk ohälsa påverkar det ibland föräldraförmågan [15]. Därför har den svenske lagstiftaren sett till att vården har ett särskilt ansvar att ge information, råd och stöd till barn som är anhöriga inom bland annat vuxenpsykiatri [16]. Barn som har egen psykisk ohälsa och behandling inom exempelvis BUP behöver också ofta extra stöd från föräldrarna, som i dessa familjer ofta får ett omfattande ansvar för att en god behandling ska komma till stånd.

Tidigare studier har visat att familjeinterventioner inom psykiatriska verksamheter bör uppmuntras och att man behöver beakta anhörigas börda och behov av såväl känslomässig som praktisk hjälp [5]. Professionella behandlare vill gärna stödja anhöriga till patienter inom psykiatri, men upplever att det kan vara svårt att genomföra. Dessutom kräver samverkan med andra professionella verksamheter en dialog förankrad på flera nivåer [17, 18]. Psykisk ohälsa medför ett lidande för såväl patienten som familjen. Från nationellt håll har man i Sverige tidigare försökt föra in forskningsutvärderade metoder för stöd till familjerna, vilka visat sig kräva resurser som inte alltid finns i den kliniska vardagen [10]. Metoder som bygger på att fokusera på familjernas hantering av sin svåra situation är inte alltid så enkelt att genomföra i klinisk vardag. Dessa svårigheter att införa de föreslagna metoderna förklaras med att de är framtagna i en ren forskningsmiljö med omfattande resursbehov, vilket de aktuella verksamheterna inte alltid kan tillhandahålla för denna målgrupp. Dessutom upplever personal inom regionens psykiatriska verksamheter och personal i kommunala verksamheter att respektive modell präglas av en stelhet inför att alltför noga följa modellen, vilket försvårar en implementering i verksamheterna [10]. Sammanfattningsvis visar dessa studier på vikten av att involvera berörda familjer, behandlare, verksamheter och beslutsfattare för att få till stånd optimala förutsättningar och klargöra behov innan man inför nya metoder.

Tillitsbaserad process inom BUP och vuxenpsykiatri leder till förändring

Under en femårsperiod har delar av BUP och vuxenpsykiatri inom Stockholmsregionen genomfört ett projekt med målet att utveckla vården för familjer där både barn och föräldrar har psykisk ohälsa, ett initiativ för att särskilt uppmärksamma denna målgrupp. De kliniska verksamheterna har också uttryckt ett behov av att vidareutveckla stödet till familjer, vare sig de söker barn- eller vuxenpsykiatri. Verksamheten har efterfrågat en familjefokuserad behandlingsmetod som enkelt skulle kunna införas i den kliniska vardagen inom ramen för begränsade resurser, gärna genomförd via en vetenskaplig utvärdering av såväl behandlande personals som familjemedlemmars upplevelser av den aktuella modellen. Projektet har tillämpat en tillitsbaserad ansats [19], där medarbetares, patienters och anhörigas synpunkter tagits tillvara, vare sig de är vuxna eller barn. En ambition har dessutom varit att erhållna resultat skall återföras snabbare till verksamheterna, istället för den vanligtvis förekommande fördröjningen som följer på studier som utförs med experimentell ansats i forskningsmiljöer. Projektets vetenskapliga del har granskats utifrån vedertagen metodik av etikprövnings-nämnden (Dnr: 2023-04618-01 och Dnr: 2024-00651-01). Ett 60-tal behandlare inom de båda verksamheterna har hitintills utbildats i enlighet med modellen.

Förändringsarbetet hade tidigt en primär ansats att i klinisk vardag utifrån reguljär verksamhetsutveckling påverka befintliga behandlingsstrategier till att bli mer barn- och familjeorienterade i daglig praxis. En sekundär ansats var att påverka samordningen mellan olika vårdgivare till gagn för målgruppen familjer med multipel psykisk ohälsa. En ambition som syftade till att bidra med mer adekvata och ibland resursbesparande insatser från respektive verksamhet. Ett ytterligare perspektiv, som de i projektet ingående verksamheterna önskade realisera, var att den kunskap som projektet utvecklade snarast skulle omsättas i det vardagliga kliniska behandlingsarbetet. Detta för att vårdgivare såväl som vårdtagare snabbt skulle erbjudas möjlighet till ett förändrat behandlingsutbud [19]. Projektet vilade således på principerna om en tillitsbaserad vård genom att följa och beakta familjernas och behandlarnas syn på den vårdutveckling som äger rum, men även se till att verksamhetsföreträdare, vetenskaplig expertis samt brukarmedverkan bidrar till att stödja och följa utvecklingen av projektet.

The Family model (Familjemodellen) är ett familjebaserat arbetssätt som både kan användas vid kartläggning och behandling inom psykiatrisk vård. Modellen är utvecklad i Australien med syfte att bättre behandla och stödja familjer med multipel psykisk ohälsa [20, 2]. Familjemodellen, där behandlare och familjemedlemmar genom något eller några samtal med hela eller delar av familjen tillsammans undersöker familjens situation och behov, bidrar till att stödja familjer vare sig de söker barn- eller vuxenpsykiatri. Ett särskilt fokus med modellen är att genom insatser i psykiatrisk vård bättre än idag beakta såväl minderåriga barns som föräldrars behov. Dessutom möjliggör modellens upplägg att undersöka vilka faktorer som stärker behandlarnas och familjernas behov. Vidare har Familie-

modellen, med ambition att lyfta såväl skyddsfaktorer, resurser och resiliens (förmåga att hantera svårigheter) samt hur dessa ömsesidigt påverkar varandra, influerat valet av modell. Samtliga ovan nämnda aspekter har bidragit till valet av att använda Familjemodellen i detta projekt.

Familjemodellsprojektet visade tidigt behovet av att öka kunskapsläget om familjer med samtidig psykisk ohälsa hos flera familjemedlemmar inom såväl barn- som vuxenpsykiatri, vilket resulterade i en första vetenskaplig artikel [1]. Allt eftersom projektet fortgick framkom ett behov av att genom fokusgruppsintervjuer undersöka hur behandlingspersonal som utbildats i Familjemodellen upplever modellens tillämplighet i den kliniska vardagen, och genom familjeintervjuer undersöka hur familjemedlemmar som blivit föremål för Familjemodellen upplever denna insats. Projektet söker också svar på frågan om det finns behov av en förändrad struktur inom vårdverksamheterna för bättre stöd till familjer där både barn och föräldrar har psykisk ohälsa. Vidare har projektet utgjort basen för ett pågående avhandlingsarbete relaterat till familjefokuserade arbetssätt inom barn- och vuxenpsykiatri.

Sammanfattningsvis har Familjemodellsprojektet under en femårsperiod inom delar av BUP och vuxenpsykiatri i Stockholm genomfört ett verksamhetsutvecklingsprojekt med utgångspunkt i stärkt stöd till riskutsatta barn och deras familjer. Målgruppen är barn som lever i familjer där mer än en familjemedlem har samtidig pågående kontakt inom BUP och vuxenpsykiatri. Familjemodellen har hittills tillämpats inom ramen för pågående behandling med fler än 500 familjer. Utvecklingsprojektet, utifrån tillitsbaserad ansats, är väl förankrat med stöd från Socialstyrelsen och regeringens ANDT-strategi, vilken har ett fokus på att utveckla stödet till barn som anhöriga.

Metoder som tillämpats i den vetenskapliga delen av projektet

Områden relaterade till såväl genomförbarhet av ny metodik som effekter hos familjer och behandlare vid införande av olika nya modeller för familjefokuserade arbetssätt är sparsamt beforskade. Detta medförde att projektet också utvecklade metoder för att undersöka hur införandet av Familjemodellen upplevdes.

Initialt genomfördes upprepade endagsenkäter, med frågeställningar rörande behandlarnas kunskap om förekomst av samtidig psykisk ohälsa i familjesystemet, behandlingsinsatser i specialiserad vård för psykisk ohälsa och behandlarnas attityder till behovet av samarbete i vården av den aktuella familjen. De upprepade endagsundersökningarna byggde på projektmedarbetarnas enkätsvar. Enkäterna utarbetades inom projektets ram med bland annat uppföljande provenkäter för att få svar på de frågor projektet ville ställa. Behandlare på utvalda öppenvårdsenheter inom de två verksamheterna, BUP och vuxenpsykiatri inom Stockholmsregionen, ombads att fylla i en enkät för varje patient som de träffade den aktuella dagen. Avsikten var att undersöka andelen patienter som har familjemedlemmar med psykisk ohälsa och som samtidigt får andra specialiserade vårdinsatser. Dessa

endagsinventeringar genomfördes vid två olika tillfällen med sex månaders mellanrum för att stärka resultatets tillförlitlighet. Sammanlagt 500 enkäters svar bearbetades med hjälp av Excel. Den totala svarsfrekvensen av antal möjliga deltagande patienter uppgick till över 90 procent.

Kvalitativa intervjuer genomfördes med behandlare som både genomgått utbildning och tillämpat arbetssättet enligt modellen, samt med familjemedlemmar som deltagit i behandling genom modellen. Intervjuer som genomförts, har enligt vedertagen metodik utgått från deltagarnas beskrivning [22–24], för att undersöka deras upplevelser och attityder, faktorer som förhoppningsvis bidrar till att bredda kunskapsområdet. Fokusgruppsintervjuer har genomförts med behandlarna där syftet var att intervjupersonerna skulle stimuleras att prata öppet om ämnet, för att få kunskap om de intervjuades tankar, känslor och värderingar [25]. Att intervjua i fokusgrupp har visat sig vara en användbar metod när man vill få ny kunskap. Semistrukturerade intervjuer (intervjuer med förutbestämda intervjufrågor) genomfördes med deltagande familjemedlemmar utifrån deras egen preferens, antingen med familjen som en samlad enhet eller individuellt. Det insamlade materialet analyserades utifrån en vedertagen kvalitativ metod inspirerad av Naturalistic inquiry [24].

Familjemodellen

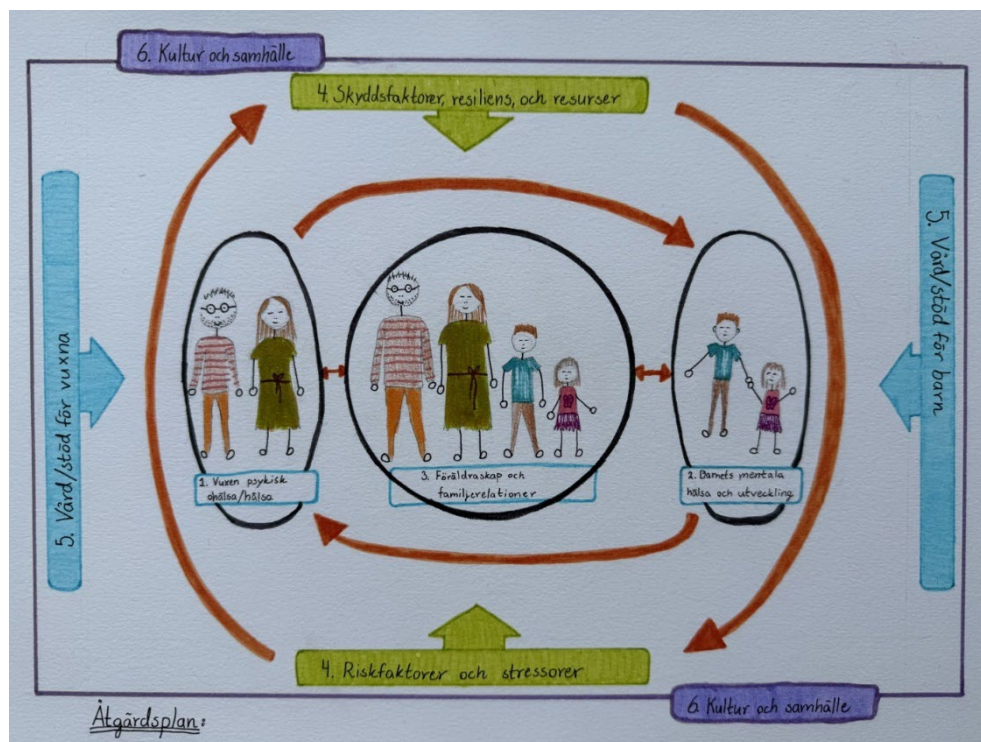
Familjemodellen är en relativt enkel modell för att stärka familjefokuserat arbete. Den är användarvänlig och kan med fördel användas för att uppnå bättre effektivitet i vårdsituationen till gagn för såväl familjer med multipel ohälsa som de hårt pressade BUP och vuxenpsykiatriska verksamheterna [12]. Metoden är framtagen av Dr. Adrian Falkov, som har sin bas inom barnpsykiatri i Australien. Falkovs forskning och intresseområde handlar bland annat om hur man stärker resiliens hos familjer som har psykisk ohälsa i flera generationer [7].

Samtalsverktyget Familjemodellen belyser och kartlägger både barn och föräldrars ohälsa och barns utveckling, som dessutom på ett tydligt sätt lyfter fram skyddsfaktorer, resurser och resiliens samt hur dessa ömsesidigt påverkar varandra. Modellen har internationellt visat sig betydelsefull i familjer med ett komplext och omfattande vårdbehov inom specialiserad psykiatri, och har införts i Nordirland på systemnivå inom hälso- och socialtjänster. I Norge används Familjemodellen sedan ett tiotal år [26], men den har inte tidigare testats i en svensk kontext parallellt inom barn- och vuxenpsykiatri.

Vid samtalen går man igenom sex dimensioner för att tillsammans med familjemedlemmarna kartlägga familjens behov [7]. Dimensionerna är föräldrarnas psykiska ohälsa/hälsa, barnens psykiska hälsa/utveckling, relationer i familjen, risk- och skyddsfaktorer, vård/stöd för barn och föräldrar samt övriga faktorer relaterat till kultur och omgivning. Man kartlägger dimensioner med hjälp av en pedagogisk bild (se Figur 1) som vanligen används aktivt under samtalen. Det man gemensamt

kommer fram till används som grund för planering av olika kommande insatser och familjemål.

Familjemodellen syftar till att på ett systematiskt sätt erbjuda familjen att prata om symtom på ett icke dömande och icke skamfyllt sätt, och att stärka barnens röster. Familjemodellen är testad i en mindre studie med lovande resultat [27].



Figur 1: Illustrerad bild av Familjemodellen (Evelina Linderborg).

Utbildning i Familjemodellen

Inom ramen för klinisk vardag har behandlare inom barn- och vuxenpsykiatri genomgått metodutbildning i Familjemodellen, där man träffar familjer för en till tre samtal med fokus på hela familjens situation, psykisk ohälsa, psykosociala omständigheter, pågående vårdinsatser och kontextens betydelse. Vid dessa samtal ingår att belysa såväl svårigheter och stödbehov som familjens egna resurser och erfarenheter av att komma vidare. Utbildningsupplägget består av en och en halv dags utbildning, vilket inkluderar både en webbaserad utbildningsdel och fysiska träffar med erfarenhetsutbyte och handledning. Samtliga utbildningar har genomförts gemensamt av projektledaren från BUP och en medarbetare från vuxenpsykiatri. Deltagarna har bestått av behandlare med olika yrkesinriktning som

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

kuratorer, psykologer, sjuksköterskor, läkare och övrig behandlingspersonal från båda verksamheterna. Efter utbildningens genomförande har det även erbjudits handledningstillfällen för att beakta metodtrogenhet. Några enheter har valt att upprätthålla handledning under något halvår/år, medan andra haft tillgång till handledningsstöd över längre tid. Under projektiden har det även arrangerats regelbundna konferenser med återkoppling och föreläsningar inom området.

Vilka erfarenheter har Familjemodellsprojektet bidragit med?

Endagsinventeringarna har ökat kunskapen om familjer med multipel psykisk ohälsa

Resultaten från endagsinventeringarna [1] visade utifrån den kännedom som behandlande kliniker hade, att drygt hälften av alla patienter inom barnpsykiatri och en tredjedel av alla patienter inom vuxenpsykiatri har minst en ytterligare familjemedlem med samtidig psykisk ohälsa. En övervägande andel av behandlarna uppger att de ser det som angeläget och relevant att i ordinarie behandlingsarbete efterhöra övriga familjemedlemmars psykiska hälsa. Behandlarna var väl medvetna om den komplexa situation som dessa familjer lever under, även om de inte generellt alltid kunde ge den specialiserade familjeinriktade vården inom ramen för sitt uppdrag.

Vidare framkom att den absoluta majoriteten av familjerna inom BUP har ett kompletterande behandlingsstöd från andra vårdgivare inom olika verksamheter inom hälso- och sjukvård. Motsvarande tal för vuxenpsykiatri är omkring en tredjedel av familjerna.

Endagsinventeringarna visade också att behandlande personal var medvetna om den mängd vårdkontakter dessa familjer erhöll, och det behov av samarbete mellan de olika verksamheterna detta borde betinga. Förvånande nog förekom det endast i knappt en tredjedel av familjerna inom BUP och en femtedel inom vuxenpsykiatri någon upparbetad kontakt mellan vårdgivare från olika verksamheter.

Behandlarnas upplevelse av en familjeorienterad behandling

Nedanstående beskrivning utgår ifrån erfarenheter som framkommit vid intervjuer med behandlare som tillämpat familjemodellen [8]. Resultaten har efter analys av fokusgruppsintervjuer beskrivits under följande teman: användarvänlig modell, flexibel modell och familjerna visar stor tillit för en ny modell.

Användarvänlig modell

Många behandlare, framför allt inom BUP, har redan innan modellen kom på tal i verksamheten efterfrågat metodutveckling eftersom man ofta får i uppdrag att göra en kartläggning av patientens situation, men upplever sig sakna adekvata enkla

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

modeller. Man har behov av att få en snabb överblick för att kunna erbjuda rätt insats.

Resultaten visar att behandlarna upplever att Familjemodellen ger en möjlighet till att prata om hur föräldrarnas ohälsa påverkar barnen utan att skuldbelägga föräldrarna. Modellens struktur upplevs av behandlaren underlätta kommunikationen med familjerna. Behandlarna framhåller vidare att familjemedlemmar som testat modellen, på ett icke dömande sätt, hanterar hur föräldrarnas egen psykiska ohälsa påverkar övriga familjemedlemmar och de minderåriga barnen.

Jag tänker om man jämför med att ta en vanlig anamnes i fråga om ärftlighet så blir det ingen självklar koppling mellan hur den ärftligheten eller problemet påverkar familjen. I den här visuella bilden är det självklart redan från början att familjemedlemmarna påverkar varandra. (Behandlare BUP)

Innan behandlarna gavs möjlighet att använda Familjemodellen upplevde de ofta kartläggningar, där man inkluderade övriga familjemedlemmars ohälsa, som obehagligt. De oroade sig för att detta skulle kunna skada relationen till föräldrarna eller föräldrarnas upplevelse av sin föräldraförmåga. Med modellen som stöd kändes kartläggningssamtalet möjligt och avlastande. Dessutom beskrev behandlarna att de, när de initialt kom i kontakt med modellen, var oroliga för att denna skulle generera merarbete. Man oroade sig för att modellen gav kännedom om parallella vårdbehov, vilket man inte kunde erbjuda någon lösning för. Behandlarna upplevde dock snart att denna oro var obefogad, och att de kunde behärska modellen efter att ha tillämpat den i tre till fyra familjer.

Modellen visade sig vidare stärka behandlarna i att bättre sätta en tydlig agenda för samtalen, och möjliggjorde att man fick god hjälp att prata om hur föräldrars och barns ohälsa påverkar varandra på ett självklart sätt. De områden som däremot upplevdes som ovana att hantera var framför allt aspekter relaterade till kultur och samhälle. Behandlarna framhöll vikten av att de inom dessa områden skulle behöva mer kunskap för att bättre hantera dessa delar av modellen.

Kultur tänker jag är en inställningsfråga, att skifta fokus från individ till att se patienten i sitt sociala sammanhang och familj. (Behandlare vuxenpsykiatrin)

Flexibel modell

Både inom BUP och vuxenpsykiatri visar behandlarna en positiv hållning till metodutveckling inom familjeområdet. De önskar enkla modeller som inte är resurskrävande men ändå fyller ett behov som målgruppen familjer med komplex psykisk ohälsa har.

Behandlarna framhåller att de är villiga att pröva nya arbetsmetoder och gärna i större skala i delar av eller i hela verksamheten, samtidigt som de känner stor osäkerhet att överge individperspektivet med funderingar om modellen i sig kommer att bidra till ett utökat ansvarsområde.

*Men någonstans måste man börja. Vad häftigt om man får igång en sådan här grej, även om det är lite haltande i början.
(Behandlare BUP)*

Familjerna visar stor tillit till Familjemodellen

Vad som särskilt framhålls av behandlarna, är det som händer i tillämpandet av modellen, när behandlarna själva märker hur angelägna föräldrar och barn är att prata om hela familjen. Detta stärker behandlarna i sin syn på modellen som en lättillgänglig och för såväl dem själva som för familjerna önskvärd modell. De framhåller vidare att modellen mycket väl lämpar sig för att tillämpas i en parallell process med den pågående behandlingen och att det är angeläget att ta upp hela familjens behov.

*Jag tänker i de bästa världar att man utvecklar det här lite grann, så att till och med alla i teamet får den här utbildningen.
(Behandlare BUP)*

Familjemedlemmarnas upplevelse av en familjeinriktad behandling

Inom ramen för verksamhetsutvecklingsprojektet har familjemedlemmarna uppmuntrats att återkoppla sina erfarenheter till såväl deras behandlare som till projektansvarig enligt principen för tillitsbaserad vård [19]. Den vetenskapliga redovisningen av resultaten av intervjuer med familjemedlemmar lämnas i detta sammanhang till kommande avhandlingsarbete.

Nedanstående beskrivningar utgår således från de erfarenheter som familjemedlemmar, som deltagit i någon av de drygt 500 genomförda familjeinsatserna via Familjemodellen, lämnat vid dialog om modellen. Dessa synpunkter redovisas under det övergripande temat: Ett familjeperspektiv som ser hela familjen med dess olika behov och möjligheter och kortar resan till förbättring och tillfrisknande.

Ett familjeperspektiv som ser hela familjen med dess olika behov och möjligheter och kortar resan till förbättring och tillfrisknande

Familjemedlemmarna beskriver hur deras vård erfarenheter, innan de började arbeta enligt Familjemodellens principer, är av både positiv och negativ art. Familjemedlemmarna beskriver hur de under tidigare behandling bemött kompetenta behandlare som låtit dem kommunicera över viktiga områden i livet, såväl frågor kring flergenerationsperspektiv som möjligheten att med samma behandlare arbeta över tid kring samma problemområde. De har därmed getts möjlighet att arbeta med ett problemområde fram till en lösning. Det som tidigare upplevts som problematiskt

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

är framför allt de långa väntetiderna för att få vård men också att familjemedlemmarna efterfrågar en mer samordnad vård. Familjer som har insatser från många aktörer efterfrågar en sambandscentral och vill att professionella jobbar över gränserna. Någon familj önskar till och med att vuxen- och barnpsykiatri inte är uppdelad i olika verksamheter. Att ha mycket möten med olika vårdgivare tar på krafterna.

Vi behöver hjälp att stärka våra barn så att vardagen fungerar bättre. (Pappa)

Vi vill ha samordnade insatser. För att få ihop det så att man slipper vända sig till så många och få stöd i det. Det är jobbigt att driva saker när man själv har mycket liksom, att bara få ihop vardagen och så ska man orka ännu mer. (Anhörig)

Familjemedlemmarna upplever att modellen gör att de ser familjens samlade situation mer överskådligt, vilket bidrar till att de blir mer tydliga i sina förväntningar, både vad gäller familjens förmågor och vårdutbudets möjligheter. Detta är något som en del familjemedlemmar beskriver som att ”korta resan till förbättring och tillfrisknande”.

Oavsett vem som är patient så drabbas ju hela klanen, hela flocken och jag tycker det kändes väldigt logiskt att man behandlar hela den relationen, snarare än individen i flocken. (Pappa)

Familjemedlemmarna framhåller att modellen i sig bidrar till att ge en tydlig överblick över situationen, ett visuellt stöd.

Kartläggningen öppnar upp ögonen för mycket, vad som påverkar och vad som kan påverkas. (Ung kvinna)

Genom denna överblick anser familjemedlemmarna att de i högre grad både ser och förstår vem som gör vad och att det i sig gör att de anser att det är lättare att ha en realistisk bild av vad vården kan hjälpa till med och vad de själva eller andra kan göra. I flera fall har det blivit så att modellen även används för att tydliggöra behov av vidare samverkan mellan olika vårdgivare, eller inom det sociala nätverket. Ibland använde familjerna bildstödet som information om familjens situation vid möte med andra vårdgivare, och kunde vara en konkret hjälp för att förklara vilka insatser som behövdes för patienten och familjen.

Familjemedlemmarna beskriver också hur bildstödet i modellen kunde användas som klargörande av vad som gjordes av vem, såväl inom familjen som inom och mellan de olika verksamheter som var involverade.

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

Först nu fattar jag vem som gör vad (Mamma).

Bilden tydliggör, den ramar in. Den synliggör att många funktioner påverkar. Den ser familjen som en resurs, ser vad som funkar. (Pappa)

I andra familjer upplevde man att modellen bidrog till att ge mer realistiska förväntningar på sig själva och detta ville man ha hjälp med.

Kartan ger en delad bild, realistiska förväntningar. Den ger en bild av vad som är normalt. (Pappa)

Familjemedlemmar som var föräldrar upplevde att modellen gett dem ”en spark i rätt riktning”, att modellen blev ett sätt att till exempel prata med släkt om att familjen behöver stöd eller att barnet har en diagnos. I andra fall upplevdes att modellen bidrog till att se hur mycket de faktiskt själva gör och hur många insatser de har och söker. De beskriver att modellen var ett sätt att få syn på detta och att se att några skulle avslutas och andra kanske stärkas, där planering för avlastning kunde ske. Familjemedlemmarna framhöll också modellens fokus på resurser och resiliens, det värdefulla i att komma på att man trots svårigheter kommer vidare.

Hitta en lösning själva! Vi har väl samma gemensamma mål egentligen. Alla vill ju må bra! Förutom att, visst, ibland mår man dåligt men det gör ju alla människor. Men att man skulle kunna komma ur en spiral som bara, som ett avlopp, rinner ner. Man vill ju komma upp därifrån. (Pappa)

Just det, vända spiralen. Sätta på sig flytväst! För nästa gång man spolar flyter vi inte ner, utan då kommer vi upp. (Tonåring)

Jag har ju gjort det här ganska länge nu... det känns som det här verkligen är spot on på något sätt, eftersom man liksom ser hela familjen som symtombäraren, alltså relationerna är de som är i familjen, den blir dysfunktionell på något sätt när det är någon som är sjuk. (Make)

Det framkom också att en del familjemedlemmar upplevde det som ansträngande och utlämnande att se allt beskrivet och samlat på ett papper framför sig.

Jag är ju en ganska privat person av mig, vet inte om jag vill se allt det här nerskrivet. (Mamma)

Vad avser familjemedlemmarnas åsikter om förbättringspotential av modellen i den kliniska vardagen framkom en tydlig synpunkt. Samtliga familjemedlemmar

framhöll värdet av att modellen erbjöds i ett initialt vårdskede för att påverka den totala behandlingsinsatsen på ett för familjen positivt sätt.

Reflexiv analys av Familjemodellsprojektet

Hälsofrämjande interventioner i verkliga miljöer

Såväl den hälsofrämjande folkhälsoforskningen och den sjukdomsförebyggande forskningen syftar till att implementera evidensbaserade interventioner som har utvärderats noggrant och visat sig vara effektiva [28]. Green och Glasgow [29] lyfter dock den bristande överensstämmelse som finns mellan ökande krav på evidensbaserad praktik och det faktum att de flesta evidensbaserade rekommendationerna för beteendebaserade interventioner härrör från högt kontrollerade effektstudier. I stället framhålls behovet av att genomföra studier av hälsofrämjande interventioner i klinisk verksamhet för att undersöka om insatser och interventioner är acceptabla för målgruppen [29], där verksamhetsförlagda projekt särskilt lyfts fram. Dessutom framhålls värdet av att praktiker och berörda samhällsmedlemmar involveras såväl i klinisk utveckling som i forskning. Ovanstående synpunkter har på ett stimulerande sätt bidragit till utformandet av projektet och har varit en vägledning under olika perioder av dess genomförande.

Det finns sparsamt med forskning om upplevelser hos behandlingspersonal vad gäller genomförbarhet av ny metodik relaterat till familjebehandling vid psykisk ohälsa [18]. Kvalitativ metod med intervjuer framhålls av Jack [30] som en god metod när man vill utvärdera innehåll och andra faktorer som är kopplade till framgång eller misslyckande av interventioner och policyer inom sjukvårds- och folkhälsoområdet. Kvalitativ metod ger en explicit möjlighet till en fördjupad förståelse av deltagarnas erfarenheter av interventionen. Dessa faktorer bidrog till att låta kvalitativ metod styra undersökningsproceduren i delar av projektet.

Förändringsarbete

Familjemodellsprojektet har som allt annat förändringsarbete varit beroende av ett starkt stöd från ledning och personal, rimliga förutsättningar och en uttalad förändringsvilja hos alla inblandade för att lyckas i klinisk vardag [31, 32]. Projektet har påverkats av den i Sverige tillsatta tillitsdelegation [33] för att granska välfärdssektorn, som av tillitsdelegationen beskrivits som alltmer detaljdriven, inriktad på specialiseringar, och som nu är i behov av att öka förtroendet hos både personal och medborgare [19, 33]. Tillitsdelegationen förespråkar ett paradigmskifte inom välfärdssektorn, att i högre grad fokusera på kärnverksamheten, det vill säga möten mellan patienter och utövare.

Vinster med att integrera familjen i behandlingssituationen

Tidigare studier visar att det finns risk för allvarliga konsekvenser för barn som lever i familjer, där föräldrar eller annan närstående lider av psykisk ohälsa och barnen

löper ökad risk att drabbas av psykisk ohälsa i framtiden [2, 34]. Vården kan göra stor skillnad genom att stärka skyddande faktorer hos individer och familjer och bidra till resiliens, vilket innebär att en liten förändring kan ha stor inverkan i framtiden [35, 36]. Genom familjecentrerad vård ses patienten som en del i ett större sammanhang. När barn- och familjeperspektivet beaktas kan hälso- och sjukvården hjälpa barnet och stärka dess skyddsfaktorer. När hela familjen inkluderas kan vården lättare se vilka behov och resurser såväl patienten som övriga familjemedlemmar har, samt förhålla sig till dem [37].

Familjecentrerad vård förutsätter och kräver en reflekterande process. I reflektionen kan förståelse skapas för andra individers perspektiv samt deras föreställningar. Föreställningarna som både kan vara individuella eller ingå i en grupp, till exempel en familj, utgör grundvalen för vårt beteende och grunden i våra känslor. Föreställningar kan både skilja oss åt och knyta oss närmre varandra. Till exempel kan individens/gruppens föreställning om hälsa/ohälsa vara mycket relevant. I vården möts patientens och vårdarens föreställningar om olika begrepp och vården kan inte vara behjälplig om den inte förstår vilka "sanningar" den möter [38].

Slutsatser

Familjemodellen har införts i delar av barn- och vuxenpsykiatrisk verksamhet i Stockholmsområdet under en femårsperiod, med stöd av Socialstyrelsen. Projektet har haft sin utgångspunkt att inom ramen för ett kliniskt verksamhetsutvecklingsprojekt förbättra stödet till föräldrar och barn med samtidig psykisk ohälsa i familjen. Projektet har innefattat patienter, vilka söker någon form av psykiatrisk vård inkluderande beroendevård, oavsett om de är minderåriga barn eller vuxna, patienter eller anhöriga. Modellen är hittills genomförd i behandling med fler än 500 familjer inom specialiserad BUP och vuxenpsykiatri.

Utgångspunkten för det pågående förändringsarbetet är hälsofrämjande hälso- och sjukvård där vården har ett ansvar att se bortom psykisk ohälsa och även inkludera friskfaktorer och resurser. I pågående utvecklingsarbete har vi riktat oss till målgruppen familjer där en, flera eller alla i familjen har parallella kontakter inom specialiserad barn- och vuxenpsykiatri.

Projektet har parallellt inkluderat forskning inom området, vilket har bidragit till en ökad kunskap om familjer med samtidig psykisk ohälsa, ofta benämnt multipel psykisk ohälsa, som söker vård inom BUP och vuxenpsykiatrin. Projektet har visat att det är mycket vanligt förekommande inom BUP att flera i familjen har samtidig psykisk ohälsa med tillhörande parallella vårdkontakter. Även inom vuxenpsykiatrin har en inte oansenlig del samtidig psykisk ohälsa hos flera familjemedlemmar, inklusive minderåriga barn.

Familjemodellsprojektet har också visat att Familjemodellen som arbetsmetod inom behandling med familjer med multipel psykisk ohälsa upplevs funktionell och användbar av både behandlare och familjemedlemmar. Särskilt modellens bildstöd

för det familjecentrerade arbetssättet som inkluderar aspekter som resurser och resiliens upplevs bidra till deras upplevelser. Genom att inkludera såväl svårigheter som resurser i kartläggningen av familjens situation upplever såväl familjemedlemmar som behandlare det som ett naturligt sätt att inkludera de hälsofrämjande aspekterna i vården. Familjemedlemmarna gav uttryck för att detta bidrar till att stärka känslan av hopp.

De behandlare som har utbildats i modellen och därefter använt den i klinisk vardag har haft olika grundprofession och erfarenhet, men en majoritet har varit erfaren psykiatrisk behandlingspersonal med grundläggande vårdutbildning och längre vidareutbildningar inom psykiatri. Familjemedlemmarna kommer från olika familjekonstellationer där den som är patient eller anhörig blir tillfrågad om att tillämpa modellen och sedan själv har valt vilka som ska ingå i familjebeskrivningen och delta vid samtalen enligt modellen.

Införandet av den nya modellen har inspirerats av ett tillitsbaserat förhållningssätt där såväl behandlarnas (de som fört in modellen) som familjemedlemmarnas (de som varit föremål för modellen) uppfattning systematiskt tagits tillvara under den tid projektet har pågått. De erfarenheter och den kunskap som kommit fram under utvecklingsarbetet har återkopplats med regelbundenhet till verksamheterna och övriga intressenter. I det pågående avhandlingsarbetet, som varit ett sätt att vetenskapligt utvärdera projektet, kommer successivt fler erfarenheter och mer omfattande resultat att redovisas.

Då mer än hälften av patienterna inom BUP och en tredjedel av vuxenpsykiatrins patienter lever i familjer med parallell samtidig psykisk ohälsa med kompletterande hälso- och sjukvårdsinsatser, har projektet motiverat till en förändrad hållning i behandlingsarbetet, där fokus alltmer behöver förskjutas mot en familjeinriktad ansats. En förskjutning som också motiveras av den generella bristen på samarbete mellan vårdgivare när det avser familjer med multipel psykisk ohälsa.

Vidare visar projektet att behandlarna upplever en styrka att genom modellen kartlägga en helhetsbild av familjens situation som visat sig bidra till en mer funktionell familjefokuserad behandlingssituation. Såväl behandlare som familjemedlemmar upplever att modellen genom att främja en dialog inom familjen samt mellan familjen och de psykiatriska verksamheterna, bidrar till en ökad handlingskraft för familjen att utifrån egen förmåga hantera sin situation. Behandlarna beskriver att Familjemodellen upplevs gynnsam i det kliniska arbetet och inte minst att den stimulerar till ökad samordning mellan olika vård- och stödgivande verksamheter. Både behandlare och familjemedlemmar uttrycker att Familjemodellen med fördel är tillämpbar och möjlig som ett behandlingsutbud inom psykiatriska verksamheter.

Rekommendationer till verksamheter som vill införa ett familjeorienterat arbete

- Anpassa behandlingsutbudet utifrån den omfattande mängd psykiatriska patienter som lever i familjer med multipel psykisk ohälsa
- Samordna insatserna till dessa familjer för att stödja och underlätta deras situation
- Pröva att införa Familjemodellen, som har visat sig vara en för de psykiatriska verksamheterna möjlig och relativt resurssnål modell
- Ge behandlarna möjlighet att tillämpa Familjemodellen, då den stärker dem i deras familjerelaterade ansats
- Lyssna på familjemedlemmarnas upplevelse av hur ett strukturerat stöd vid behandling enligt Familjemodellen ger tilltro till arbetsmetoden
- Förändringsarbete är möjligt utifrån ett tillitsbaserat perspektiv, men kräver att såväl medarbetare som verksamhetens ledning stödjer den önskade förändringen
- Ta stöd i värdet av den aktiva förändringsvilja som familjerna själva bidrar med i ett förändringsarbete av att införa Familjemodellen

Referenser

1. Linderborg C, Rydén G, Berntsson A, Östman M. Stor andel multipel psykisk ohälsa i familjer aktuella för behandlingsinsatser i Barn- och Vuxenpsykiatri. Erfarenheter av endagsinventering i klinisk vardag. Soc Med Tidskr. 2022; 99(1):114-123.
2. Hjern A. Barn och ungdomspsykiatrisk vård hos ungdomar i Stockholm som är anhöriga till föräldrar med psykisk sjukdom eller missbruk. Rapport 8 från projektet "Barn som anhöriga" från CHESS, Stockholms universitet/Karolinska Institutet; 2023. NKA; 2023:1.
3. Barn- och ungdomspsykiatri (BUP), Stockholms läns landsting. Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling. Karlskrona: Printfabriken; 2015.
4. Socialstyrelsen. Stärkt stöd till barn som anhöriga - Slutrapport från regeringsuppdrag 2017–2020. 2020. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-6-6799.pdf>
5. Wirsén E, Åkerlund S, Ingvarsdotter K, Hjärthag F, Östman M, Petersson K. Burdens experienced and perceived needs of relatives of persons with SMI – a systematic meta-synthesis. J Ment Health. 2017; 29(6):212-221.
6. Östman M, Hansson L. Children in families with a severely mentally ill member: Prevalence and needs for support. Soc Psychiatry Psych Epi. 2002; 37(5):243-248.
7. Falkov A. The Family Model. J Parent Fam Ment Health. 2017; 2(2):1004.
8. Linderborg C, Grant A, Weimand BM, Falkov AF, Östman M. Experiences of clinicians and managers in the implementation of a family-focused model in child and adult psychiatry. Front Psychiatry. 2024; 15:1360375.
9. SKR. Att stärka samverkan med hjälp av SIP – Förstudie innehållande nulägeskartläggning och rekommendationer för framtida arbete. 2020. Hämtad från: <https://skr.se/download/18.1f376ad3177c89481f73f22e/1615217748263/Att-starka-samverkan-med-hjalp-av-SIP.pdf>
10. Ingvarsdotter K, Persson K, Östman M. How Professionals View Multifamily Psychoeducation: A Quality Study. Psychiatry Q. 2016; 87:479-49.
11. Landeweer E, Molewijk B, Hem MH, Pedersen R. Worlds apart? A scoping review addressing different stakeholder perspectives on barriers to family involvement in the care for persons with severe mental illness. BMC Health Serv Res. 2017; 17(1):1-10.
12. Stolper H, van Doesum K, Steketee M. Integrated family approach in mental health care by professionals from adult and child mental health services: A qualitative study. Front Psychiatry. 2022; 13:781556. doi:10.3389/fpsyt.2022.781556
13. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsopolitikens mål, ramverk och genomförande. Folkhälsopolitikens mål, ramverk och genomförande; 2024.

14. Hjern A. Barn som anhöriga till patienter i vården - hur många är de? Rapport 1 från projektet "Barn som anhöriga" - en kartläggning: 2014. NKA 2013:1.
15. Beardslee WR, Gladstone TRG, O'Conner EE. Transmission and prevention of mood disorders among children of affectively ill parents: A review. *J Am Ac Child Adol Psychiatry*. 2011; 50(11):1098-1109.
16. SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30
17. Hjärthag F, Persson K, Ingvarsdotter K, et al. Professionals' views of supporting relatives of mental health clients with severe mental illness. *Int J Soc Psych*. 2016; 63(1):63-69.
18. Persson K, Östman M, Ingvarsdotter K, Hjärthag F. A Mischmach of Paradigms Disrupts the Introduction of Psycho-Educative Interventions for Families of Persons with SMI: An Interview Study with Staff from Community Services. *Community Ment Health J*. 2019; 55:663-671.
19. Bringselius L. Styra och leda med tillit, Forskning och praktik (SOU 2018:38). *Forskningsantologi från Tillitsdelegationen*. Stockholm: Nordstedts Juridik.
20. Falkov A. The family model handbook: An integrated approach to supporting mentally ill parents and their children. Pavilion; 2012.
21. Falkov A, Grant A, Hoadley B, Donaghy M, Weimand B. The Family Model: A brief intervention for clinicians in adult mental health services working with parents experiencing mental health problems. *Aust N Z J Psychiatry*. 2020; 54(5):449-452.
22. Dahlgren L, Emmelin M, Winkvist A. *Qualitative Methodology for International Public Health*. Umeå: Umeå Universitet, Print och Media; 2007.
23. Kvale S. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur; 1997.
24. Lincoln YS, Guba E. *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills: Calif: Sage; 1985.
25. Wibeck V. *Fokusgrupper Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur; 2010.
26. Weimand B, Hexeberg A, Tallaksen DW, Haukland M, Grant A, Falkov A. Integration of The Family Model into educational programs: "The Family in Mental Health" module for the Oslo/Akershus University College Masters in MH program. In: *Learning from success: The Pavilion Annuals*. Vol 2. East Sussex: Pavilion Publishing; 2017.
27. Hoadly B, Falkov A, Agalawatta N. The acceptability of a single session family focused approach for children/young people and their parents attending a child and youth mental health service. *Adv Ment Health*. 2018; 17(1):44-54.
28. Bowen DJ, Kreuter M, Spring B, Cofta-Woerpel L, Linnan L, et al. How we design feasibility studies. *Am J Prev Med*. 2009; 36(5):452-457.
29. Green LW, Glasgow RE. Evaluating the Relevance, Generalization, and Applicability of Research: Issues in External Validation and Translation Methodology. *Eval Health Prof*. 2006; 29(1):126-153.
doi:10.1177/0163278705284445

30. Jack SM. Utility of Qualitative Research Findings in Evidence-Based Public Health Practice. *Public Health Nurse*. 2006; 23(3):277-283.
31. Bringselius L. Kultur och värdegrundsarbete ur ett tillitsperspektiv. (Samtal om tillit i styrning; Nr. 6). Finansdepartementet, Regeringskansliet; 2019. Hämtad från: <https://tillitsdelegationen.se/wp-content/uploads/2019/10/kultur-ochvrdegrundsarbete-ur-ett-tillitsperspektiv.pdf>
32. Hultberg A, Ahlborg G Jr, Jonsdottir IH, Winroth J, Corin L, et al. Hälsa på arbetsplatsen. En sammanställning av kunskap och metoder. Borås: Bording AB; 2018. ISM-rapport, 1-50.
33. Finansdepartementet. Med tillit växer handlingsutrymmet – Tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn (SOU 2018:47). Stockholm: Norstedts Juridik
34. Berg L, Rostila M, Hjern A, Parental death during childhood and depression in young adults - a national cohort study. *J of child psychology and psychiatry, and allied disc*. 2016; 57(9):1092–1098. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12560>
35. Rutter M. Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *Br J Psychiatry*. 1985; 147:598-611. doi:10.1192/bjp.147.6.598
36. Walsh F. Family resilience: a developmental systems framework. *Eur J Dev Psychol*. 2016; 13(3):313-324. doi:10.1080/17405629.2016.1154035
37. Benzein E, Hagberg M, Saveman BI. Varför ska familjen ses som enhet? I: Benzein E, Hagberg M, Saveman BI, redaktörer. Att möta familjer inom vård och omsorg. Lund: Studentlitteratur; 2012. s. 23-27.
38. Wright LM, Watson WL, Bell JM. Familjefokuserad omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2002. s. 27.