



LUND UNIVERSITY

Barns behov av information, råd och stöd när en förälder är psykiskt sjuk - Hur efterföljs lagen? En utvärdering av implementeringen i Psykiatri Skåne

Priebe, Gisela; Afzelius, Maria

2015

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Priebe, G., & Afzelius, M. (2015). *Barns behov av information, råd och stöd när en förälder är psykiskt sjuk - Hur efterföljs lagen? En utvärdering av implementeringen i Psykiatri Skåne*. Lund University. <http://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/livsvillkor-levnadsvanor/barn-unga/stod-barn-familjer-missbruk/slutrapporter-2015/slutrapport-2015-barns-behov-av-info-rad-och-stod.pdf>

Total number of authors:

2

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Barns behov av information, råd och stöd när en förälder är psykiskt sjuk – Hur efterföljs lagen?

En utvärdering av implementeringen
i Psykiatri Skåne

Gisela Priebe och Maria Afzelius



LUNDS
UNIVERSITET



ISBN:

978-91-7623-512-6 (tryck)

978-91-7623-513-3 (pdf)

Tryck: Media-Tryck, Lund 2015



Projektledare Maria Afzelius, socionom inom Psykiatri Skåne och doktorand på Malmö högskola, och Gisela Priebe, psykolog och docent i psykologi vid Lunds universitet, ansvarar för rapporten. Professor Maria Råstam vid Avdelningen för Barn- och ungdomspsykiatri, IKVL, Lunds universitet, och professor e.m. Margareta Östman, Fakulteten för Hälsa och samhälle, Malmö högskola, har bidragit med värdefulla synpunkter. Birgitta Monikander, tidigare Väps-administratör inom Psykiatri Skåne, har ansvarat för att ta fram data ur patientdatabasen.

Denna rapport har finansierats med medel från Folkhälso-myndighetens projekt Barn i riskmiljöer.

Delar av resultaten från första mätillfället (2013) och intervjuerna beskrivs även i:

Priebe, G. & Afzelius, M. (2015). Barns behov av information, råd och stöd när en förälder får vuxenpsykiatrisk vård – Hur efterföljs lagen i den kliniska vardagen? I U. Järkestig Berggren, L. Magnusson & E. Hanson (Red.), Att se barn som anhöriga – Om relationer, interventioner och omsorgsansvar. Barn som anhöriga 2015:6 (s. 155-177). Kalmar: Nationellt kompetenscentrum anhöriga, Linnéuniversitetet i Växjö. <http://www.anhoriga.se/Global/BSA/Dokument/Antologin/antologin.pdf>

Sammanfattning

Omfattande forskning pekar på att en förälders psykiska ohälsa kan utgöra en riskfaktor för barnens psykiska utveckling och hälsa. Man räknar med att cirka 30 procent av patienterna i vuxenpsykiatrisk vård har minderåriga barn. Under ett år får cirka 30 000 patienter vuxenpsykiatrisk vård i Skåne. Sedan år 2010 finns ett tillägg i hälso- och sjukvårdslagen som slår fast att vården ska beakta barnens behov av information, råd och stöd (HSL § 2g). Region Skåne/Division Psykiatri utarbetade redan år 2010 ”Riktlinjer för att beakta behov hos barn till psykiskt sjuka föräldrar” för att möta lagens krav. Bland annat föreskrivs att barnen och insatser som görs för barnen och deras föräldrar ska registreras i patientdatabasen.

Syftet med denna studie är att med utgångspunkt i riktlinjerna undersöka hur lagens intentioner efterlevs i den kliniska vardagen i Psykiatri Skåne och på så sätt bidra till att vidareutveckla arbetet för dessa familjer. Med utgångspunkt i Region Skånes patientdatabas undersöktes hur många barn som hade registrerats, vilka insatser barnen och deras familjer hade fått och hur fördelningen såg ut i olika grupper. Två mätningar genomfördes, år 2013 och år 2014, under en period då satsningar för att implementera lagen i det kliniska arbetet gjordes, t.ex. genom Interreg-projektet. Vid varje mätning ingick cirka 30 000 patienter i analysen. Dessutom genomfördes fyra kvalitativa intervjuer med nyckelpersoner för att få en mer nyanserad bild ur några medarbetares perspektiv.

År 2013 hade barn registrerats för 12,5 procent av patienterna och år 2014 var det 12,9 procent. År 2013 hade för 28,3 procent av patienterna med registrerade barn minst en insats dokumenterats i patientdatabasen medan motsvarande siffra år 2014 var 29,6 procent. Det innebär att tre fjärdedelar av patienterna med registrerade barn inte hade fått någon insats registrerad. Den vanligaste insatsen var information – en femtedel av patientfamiljerna hade fått det. Hos en tiondel av patienterna hade registrerats att kontakt med socialtjänsten fanns eller hade initierats. År 2013 hade för 5,3 procent av patientfamiljerna metoden Föra barnen på tal registrerats (år 2014: 6,4 procent) och för 1,4 procent av patientfamiljerna hade Beardslee familjeintervention registrerats (år 2014: 1,8 procent). I intervjuerna med medarbetarna pekades mot flera hinder för registreringen, men också på den betydelse det har för barnen, när deras behov uppmärksammas.

Vår studie visar att det finns en betydande underrapportering av patienternas barn och att få insatser registreras för barnen och deras familjer. Ökningen mellan år 2013 och år 2014 var marginell trots satsningar på implementering av lagen. Det finns också stora variationer mellan olika verksamheter.

Rapporten avslutas med rekommendationer inför det fortsatta arbetet för att uppmärksamma barnens behov. Rapporten vänder sig i första hand till personal inom vuxenpsykiatri, barnpsykiatri och socialtjänsten men också till beslutsfattare, politiker och brukarorganisationer samt till intresserad allmänhet.

Innehåll

Bakgrund	9
Tidigare forskning	10
Psykiatri Skånes riktlinjer för att beakta behov hos barn till psykiskt sjuka föräldrar	12
Pågående implementeringsarbete inom Psykiatri Skåne	12
Studiens syfte	14
Registerstudien	15
Metod	15
<i>Undersökningsgruppen och genomförande</i>	15
<i>Uppgifter om patienterna, vården, barnen och insatserna</i>	16
<i>Bearbetning av data</i>	18
Resultat	19
<i>Andel patienter med registrerade barn</i>	19
<i>Barnen</i>	23
<i>Insatser</i>	24
<i>Fördjupad analys – missbruk</i>	33
Intervjustudien	39
Metod	39
Resultat	40
<i>Uppdraget som barnombud</i>	40
<i>Omständligt system för registrering</i>	40
<i>Svårighet att motivera till registreringen</i>	40
<i>Timing</i>	41
<i>Betydelse för barnen</i>	41
Etiska överväganden	43

Diskussion	45
Underrapportering av barn som har en förälder med psykisk ohälsa	46
Få insatser ges till barnen och deras familjer	47
Endast marginell ökning av registrerade barn, insatser mellan 2013 och 2014	48
Stora variationer i registreringen	49
Fortfarande hinder inför beaktandet av barnens behov i den kliniska vardagen	50
Implementering av ett nytt arbetssätt	50
Registerstudiens begränsningar	52
Slutsats och rekommendationer	52
Referenser	55
Bilaga	59

Bakgrund

Barn till föräldrar med psykisk ohälsa kan ha en livssituation som de har svårt att förstå och hantera. Barnen kan vara med om svåra och potentiellt traumatiserande upplevelser och förhållanden som äventyrar en god och åldersadekvat utveckling. Föräldern förmår kanske inte alltid att tillgodose barnets emotionella och fysiska behov fullt ut och det är inte säkert att det finns ytterligare en vårdnadshavare eller ett socialt nätverk som kan kompensera för detta. Familjens socioekonomiska position kan vara låg från början eller bli det som en följd av föräldrarnas psykiska ohälsa (Hjern & Manhica, 2013). Risken att själva drabbas av psykisk ohälsa är förhöjd för barn till föräldrar med psykisk ohälsa (Focht-Birkerts & Beardslee, 2000; Rutter & Quinton, 1984; Weissman, Wickramaratne, Nomura, Warner, Pilowsky & Verdeli, 2006). Föräldrarnas psykiska ohälsa utgör en riskfaktor för barnen, men det behöver inte alltid innebära att barnen med nödvändighet utvecklar en egen problematik.

Den 1 januari 2010 infördes ett tillägg i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL) som innebär att hälso- och sjukvårdens verksamheter och dess personal är skyldiga att särskilt beakta barnets behov av information, råd och stöd när en förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk sjukdom, är allvarligt somatiskt sjuk eller missbrukar (HSL § 2g). Detsamma gäller om föräldern plötsligt avlider. Många föräldrar med psykisk ohälsa har kontakt med vuxenpsykiatrin och därmed blir det en viktig uppgift för vuxenpsykiatrin att beakta barnens behov. I förarbetena inför tillägget i lagen (Prop: 2008/09:193) framkommer att både Barnpsykiatrikommittén och Nationell psykiatrisamordning tidigare uppmärksammat att vuxenpsykiatrin inte tagit sitt fulla ansvar att tidigt identifiera barn till föräldrar med psykisk sjukdom och att i samarbete med andra myndigheter erbjuda stöd.

Lagtillägget får bara genomslagskraft och kommer barnen till nytta om det implementeras i det kliniska arbetet. För det första behöver behandlare uppmärksamma att deras patienter har minderåriga barn. För det andra behöver man ta ställning till om barnet och dess föräldrar behöver insatser och i så fall *vilka*. Olika insatser kan bli aktuella, till exempel att ge information om föräldrarnas sjukdom och hur den kan påverka barnet och livet i familjen, att förmedla kontakt med socialtjänsten eller barn- och ungdomspsykiatri eller att erbjuda samtal om barnens situation. Insatserna kan vara direkt riktade till barnen, enbart föräldrarna eller till hela familjen. Syftet kan vara preventivt för att förebygga framtida psykisk ohälsa hos barnen, men även barnens nuvarande behov behöver beaktas.

Tidigare forskning

Tre svenska studier som genomfördes redan innan tillägget i lagen tillkom har undersökt hur många barn och föräldrar med psykisk ohälsa som har kontakt med vuxenpsykiatri. Två av dessa studier berör Skåne, Hagström (2001) och Östman och Eidevall (2005), medan den tredje studien avser Stockholm (Skerfving, 2007). Hagström (2001) gjorde en kartläggning i tre av Malmös stadsdelar i syfte att få en uppfattning om hur många barn mellan 0 och 7 år som har en förälder som lider av en psykisk störning. Kartläggningen genomfördes med hjälp av en enkät till personal inom socialtjänst, barnpsykiatri, vuxenpsykiatri och barnhälsovården och innehöll frågor om hur barn uppmärksammades och om stöd och samverkan skett. Resultatet visade att 284 barn mellan 0 och 7 år med en förälder som har en psykisk sjukdom uppmärksammats inom socialtjänsten, vuxenpsykiatri, barnpsykiatri och barnhälsovården vid tidpunkten då studien genomfördes. Etthundrafemtiofem av föräldrarna hade en vuxenpsykiatrisk diagnos, och hos 13 procent av samtliga föräldrar hade missbruk uppmärksammats.

Östman och Eidevall (2005) genomförde år 2001 en endagsinventering inom vuxenpsykiatri i Lund. Med hjälp av en enkät tillfrågades patienten av sin behandlare om de hade barn, barnens boende, om barnet fått någon information om förälderns sjukdom och förälderns diagnos. Studien visade att 36 procent av psykiatrins patienter var förälder till minderåriga barn; 51 procent inom öppenvården och 28 procent inom slutenvården. Tre av fyra barn levde tillsammans med sin förälder. Majoriteten av föräldrarna hade informerat sina barn om sin psykiska ohälsa. Endast ett fåtal barn hade blivit informerad av psykiatri om förälderns sjukdom. Av föräldrarna som ingick i materialet hade 40 procent en affektiv sjukdom, 21 procent en psykossjukdom och 38 procent andra psykiatriska sjukdomar.

Den tredje svenska studien (Skerfving, 2007) omfattar två registerstudier som genomfördes vid vuxenpsykiatri i södra Stockholm under åren 2002 och 2004, för att undersöka i vilken utsträckning patienterna hade minderåriga barn, vilka insatser som erbjöds barnen samt om samverkan skedde mellan vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänst. Kartläggningen visade att det inte förekom noteringar om barnen i vårdregistret. Patienternas personuppgifter länkades därför till Statistiska Centralbyråns befolkningsregister samt till barnpsykiatri och socialtjänstens register. Man fann att 30 procent av patienterna var föräldrar till barn under 18 år. De flesta barnen var folkbokförda hos den förälder som var patient (76 procent). Två tredjedelar av barnen hade en förälder med affektiva störningar (31 procent) eller ångest/stressreaktioner (31 procent). Betydligt färre barn hade en förälder med en psykosdiagnos (7 procent) eller missbruk/personlighetsstörning (4 procent) medan knappt en fjärdedel hade en förälder utan psykiatrisk diagnos (22 procent). Av patienterna som hade minderåriga barn hade 27 procent fått en insats som på något sätt kunde relateras till anhöriga. Detta var dock en osäker uppskattning. Vidare hade 10 procent av föräldrarna barn som var folkbokförda hos dem och som varit aktuella inom

socialtjänsten och åtta procent hade barn aktuella inom barn- och ungdomspsykiatrin. Två procent av patientföräldrarna hade ett eller flera barn som var aktuella både hos barn- och ungdomspsykiatrin och hos socialtjänsten.

Efter att lagtillägget i Hälso- och sjukvårdslagen trätt i kraft genomförde Hjern och Manhica (2013) en studie med utgångspunkt i Patientregistret, Folk och Bostadsräkningen och Dödsorsaksregistret för att få en övergripande bild av hur många barn som berörs direkt av lagtillägget i Hälso- och sjukvårdslagen. Man valde här att koncentrera analysen på barn vars föräldrar hade fått heldygnsvård. Knappt åtta procent av de barn födda 1987-1989 hade minst en förälder som vårdats i heldygnsvård på grund av psykisk ohälsa eller missbruk av alkohol eller narkotika. Mer specifikt hade 5,7 procent av barnen en förälder som vårdats inlagd på sjukhus på grund av psykisk ohälsa. Under ett genomsnittligt år från 2006 till 2008 handlade det om 26 000 barn vars föräldrar fått heldygnsvård på grund av dessa problem.

Internationella studier från Finland, Tyskland och Australien visar att drygt 25 procent av patienterna inskrivna inom vuxenpsykiatrin har minderåriga barn (Boenisch-Alert et al., 2013; Handley, Farrell, Josephs, Hanke & Hazelton, 2001; Korhonen, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen, 2010; Maybery, Reupert, Patrick, Goodyear & Crase, 2009). I Norge genomfördes samma år som i Sverige ett motsvarande lagtillägg. År 2013 gjordes vid Sørlandet Sykehus en genomgång av 720 slumpmässigt utvalda patientjournaler vid den psykiatriska, medicinska och kirurgiska kliniken. Det rörde sig i huvudsak om patienter inom slutenvården. Vid den psykiatriska kliniken hade minderåriga barn dokumenterats för 27 procent av patienterna (Havåg & BarnsBeste, 2013; BarnsBeste, 2013). Enligt en beräkning som gjorts vid det norska Folkehelseinstituttet hade 37,3 procent av barnen i Norge under året för undersökningen minst en förälder med en diagnostiserbar psykisk sjukdom och 8,3 procent hade minst en förälder som missbrukade alkohol; sammanlagt tillhörde 40,5 procent av barnen en eller båda grupper (Torvik & Rogmo, 2011). Om man avgränsar beräkningen till endast moderata eller allvarliga besvär hade 23,1 procent av barnen minst en förälder med psykisk sjukdom och 6,5 procent hade minst en förälder med alkoholmissbruk; totalt tillhörde 26,5 procent av barnen en eller båda grupper (Torvik & Rogmo, 2011).

Utifrån ovan nämnda studier, såväl internationella som nationella, kan man utgå från att minst en tredjedel av vuxenpsykiatrins patienter har minderåriga barn, om man inkluderar både sluten och öppen vård. Siffran är lägre om man som Hjern och Manhica (2013) endast inkluderar patienter som fått sluten vård. Skåne hade år 2013 drygt 1,2 miljoner invånare, varav cirka 260 000 var under 18 år gamla (Statistiska centralbyrån, 2013). Av de vuxna söker mer än 30 000 personer öppen och sluten psykiatrisk vård *under ett år* (se nedan, avsnittet om undersökningsgruppen i studien). Baserad på ovan nämnda studier kan man utgå från att cirka 10 000 av dessa har minderåriga barn. Det är svårt att uppskatta hur många barn som är berörda i Skåne, eftersom en patient kan ha flera barn och det förekommer att båda föräldrar har kontakt med vuxenpsykiatrin.

Dessutom torde det vara betydligt fler föräldrar som har kontakt med vuxenpsykiatrin någon gång under sina barns uppväxt än de cirka 10 000 som uppskattningsvis är aktuella för vård under ett år. Därtill kommer att lagtillägget även inkluderar barn som varaktigt bor tillsammans med en vuxen som inte är deras förälder och som är psykiskt sjuk, till exempel en styvförälder. Frågan är i vilken utsträckning barnen dokumenteras i den kliniska vardagen och hur vanligt det är att vården tillhandahåller någon form av insats med fokus på barnen.

Psykiatri Skånes riktlinjer för att beakta behov hos barn till psykiskt sjuka föräldrar

Psykiatri Skåne har sedan 20 år tillbaka drivit ett aktivt arbete med att uppmärksamma barn som anhöriga med bland annat barnombud inom varje enhet. För att implementera lagen i praktiken utformades riktlinjer för att beakta behov hos barn till psykiskt sjuka föräldrar (Psykiatri Skåne, 2010, rev. 2011 och 2014). Riktlinjerna innebär att det ska finnas barnombud inom varje vårdenhet som aktivt ska påminna om barnperspektivet och ha kunskap om vilket stöd som finns att tillgå för barnen och deras familjer. Alla medarbetare ska aktivt känna till skyldigheten att anmäla till socialtjänsten när man misstänker att barn far illa. Vidare ska handlingsprogram för familjer finnas inom varje verksamhet, som beskriver lokala rutiner för hur information och stöd ska ges till barnen och deras föräldrar, hur barnens behov ska bedömas och vem som kan ge stöd. Utbildning av personal omfattar dels uppdateringar av t. ex barnombuden och dels utbildningar i metoden Föra barnen på tal och Familjeintervention enligt Beardslee, som personalen ska kunna tillämpa när det bedöms lämpligt. Information om arbetet med barn som anhöriga ska finnas både på den interna webbsidan för medarbetare och på den externa webbplatsen som är öppen för allmänheten. Vidare fastställs också att antal barn under 18 år, hur många barn som behöver stöd och hur många barn som får någon intervention ska registreras i datajournalen, våps (Våpsdatabas, Vårdåtagande psykiatri som bygger på pasis, patientadministrativt system). I praktiken innebär det att alla behandlare utöver sedvanliga journalanteckningar också skall registrera förekomst av minderåriga barn i familjer hos de patienter de behandlar, barnens födelseår och vilken insats som är planerad eller genomförd.

Pågående implementeringsarbete inom Psykiatri Skåne

Utöver riktlinjerna om beaktande av barns behov när en förälder har en psykisk sjukdom har det i Psykiatri Skåne bedrivits projektet ”Barn som anhöriga inom psykiatrin”, ett samarbete mellan Psykiatri Skåne och Region Hovedstadens Psykiatri i Danmark (Interreg-projektet) som pågått mellan år 2012 till 2014. Syftet med projektet har varit att stärka vuxenpsykiatrins insatser för patienternas barn genom att utveckla insatser, metoder och utbildning av personal, samt att stärka samarbetet över sundet.

Projektet genomförde under år 2012 en kartläggning för att med utgångspunkt i lagstiftning och riktlinjer undersöka hur personalen arbetar med barn som anhöriga (Interreg-projekt: Barn som anhöriga, 2013). Kartläggningen gjordes med hjälp av en enkät till 3 512 anställda och knappt hälften av dessa (1 628 personer) valde att delta. Kartläggningen visade att personalen hade en önskan om att få mer utbildning och kunskap om barn som anhöriga, och att barn till föräldrar med psykisk sjukdom sällan får några insatser. En förklaring till detta var bland annat att det saknades tid och resurser för att hinna med dessa uppgifter. För att åtgärda detta beslöt man inom projektet att satsa på kompetensutveckling hos medarbetarna, utveckla insatser och informationsmaterial till barnen och bygga upp en organisation kring nyckelpersonerna i Region Hovedstadens Psykiatri. Inom ramen för Interreg-projektet har man valt att stödja utbildning i Beardslee familjeintervention, en E-utbildning i Föra barnen på tal, infoga ett avsnitt i introduktionen för nyanställda om barn som anhöriga och planera för att införa en hemsida för barn och unga, survivalkid, en sida med chatt och information.

En av författarna till denna rapport (M. A.) har gjort en uppskattning av i vilken omfattning medarbetare i Psykiatri Skåne har utbildats i metoden Beardslee familjeintervention och Föra barn på tal. Sedan år 2008 har nio utbildningar i Beardslee familjeintervention genomförts. Vid dessa utbildningstillfällen har också metoden Föra barnen på tal ingått. Antalet deltagare i varje grupp har varierat mellan sju och 12. I några utbildningar har även personal från somatiken, socialtjänst och skola deltagit. Utöver denna utbildning har Psykiatri Skåne också erbjudit cirka sju utbildningar i Föra barnen på tal. I genomsnitt har 20 till 25 personer varit anmälda till varje tillfälle, men alla har inte slutfört utbildningen. Sammanfattningsvis har cirka 65 personer utbildning i Beardslee familjeintervention samt Föra barnen på tal och ytterligare 140 personer har deltagit i utbildning i Föra barnen på tal. Psykiatri Skåne har drygt 2 500 anställda som arbetar med vård och behandling av patienter; anställda inom ledning och administration inte inräknade (HR-specialist Johan Eliasson, personlig kommunikation, 4 september 2015). För att upprätthålla arbetet med Beardslee familjeintervention har personal som genomgått utbildningen erbjudits regelbunden handledning i metoden. I Interreg-projektets kartläggning svarade 73 procent av barnombuden som deltog att de hade fått utbildning i Föra barnen på tal medan 29 procent uppgav att de hade utbildning i Beardslee familjeintervention, 37 procent i hur man håller samtal med barn och deras föräldrar och 7 procent i andra strukturerade samtalsmetoder för barn och anhöriga; dessutom hade 9 procent utbildning i familjeterapi (Interreg-projekt: Barn som anhöriga, 2013).

Vidare har Beroendecentrum, i Malmö, ingått en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) där Beroendecentrum åtagit sig att förstärka och utveckla rutiner för att beakta barns behov av information, råd och stöd. En kartläggning avseende föräldrar till minderåriga barn har genomförts där fyra av tolv enheter inom Beroendecentrum deltog (Jönsson, u.d.). Sammanlagd granskades drygt 1 000 journaler, dels med hjälp av sökord och dels genom fritextsökning. Man fann att

29 procent av patienterna i åldern 18 till 65 år under den aktuella tidsperioden år 2013 var föräldrar eller varaktigt boende med minderåriga barn. En tredjedel av dessa hade erbjudits eller fått insatser, vanligtvis information (23,6 procent) eller Föra barn på tal (17 procent). Vidare hade 45,8 procent av föräldrarna blivit anmälda till socialtjänsten (orosanmälan vid misstanke om att barn far illa), vanligtvis av läkare. Kartläggningen visade att personalen regelmässigt ställer frågan om patienten är förälder till minderåriga barn. En majoritet av de insatser som görs för barnen utförs av kuratorerna (51,8 procent) följt av sjuksköterskorna (32,5 procent).

ALMA, Malmö stads samverkansgrupp kring barn under sex år vars föräldrar har psykisk ohälsa, utvärderade under fem månader under år 2012 hur arbetet med barn och föräldrar med psykisk ohälsa framskrider i den vuxenpsykiatriska heldygnsvården (Hagström, 2013). Av rapporten framgår att trots ett långvarigt arbete för att stödja barnen inom vuxenpsykiatrins vårdavdelningar så har utvecklingen inte nått upp till förväntningarna. Det framkom att personalen inte alltid var överens om att stödja barnen var en arbetsuppgift som alla andra på vårdavdelningen, och i rapporten föreslogs bland annat att kuratorn skulle vara huvudansvarig för uppgiften. Samtliga föräldrar och barn var positiva till att bli inbjudna till samtal med personalen.

Studiens syfte

Syftet med denna studie är att med utgångspunkt i Psykiatri Skånes riktlinjer undersöka hur lagens intentioner följs i den kliniska vardagen och på så sätt bidra till att vidareutveckla arbetet för dessa familjer. Vi ville undersöka hur många minderåriga barn till patienter med psykisk ohälsa som hade registrerats i Psykiatri Skånes patientdatabas, vilka insatser för dessa barn och deras föräldrar som hade dokumenterats och hur fördelningen såg ut med avseende på föräldrarnas kön, ålder och huvuddiagnos, verksamheten där föräldern fått sin vård, typ av vård och barnens ålder. Vår studie handlar därmed inte om implementeringsprocessen i sig utan om dess resultat vid tidpunkten för undersökningen.

Studien består av två delar, dels en registerstudie där uppgifter ur Psykiatri Skånes patientdatabas har tagits fram vid två olika mättillfällen och dels kompletterande intervjuer med nyckelpersoner. Mätningen har skett vid två tidpunkter (2013 och 2014) för att undersöka effekten av bland annat kompetensutvecklingen av personal under 2013. I det följande redovisas tillvägagångssätt och resultat från registerstudien och intervjuerna var för sig, följt av etiska överväganden, diskussion och en slutsats med rekommendationer.

Registerstudien

Metod

Undersökningsgruppen och genomförande

I registerstudien användes uppgifter ur en befintlig patientdatabas inom Region Skåne som för forskningsprojektets räkning vid två tillfällen (2013 och 2014) togs fram av en behörig medarbetare hos Region Skåne. Forskarna hade inte tillgång till patienternas personnummer och hade därmed ingen möjlighet att identifiera enskilda personer.

Psykiatri Skåne är sedan 2013 en del av Skånevård Sund som har till uppgift att behandla psykisk ohälsa som är så allvarlig att specialistkompetens behövs (Psykiatri Skåne). Psykiatri Skåne består av sju verksamhetsområden: Malmö, Trelleborg, Helsingborg/Ängelholm, Lund/Landskrona/Eslöv, Hässleholm/Kristianstad, Rättspsykiatri och Division Barn- och ungdomspsykiatri. Samtliga verksamhetsområden förutom Division Barn- och ungdomspsykiatri omfattas av registerstudien, vilket innebär att både slutna och öppna vård ingår. Vid tidpunkten för studiens genomförande fanns fyra privata psykiatriska mottagningar i Region Skåne: Aleris Psykiatri i Lund, Södermottagningen Psykiatripartners i Helsingborg, Capio i Ystad och Integrerad Närsjukvård Malmö (INM) i Malmö. Aleris och Capio ingår i studien. Under studiens gång har förändringar inom Psykiatri Skåne skett. Från den 1 april 2014 finns det sex privata vårdenheter som också bedriver LARO-mottagningar, Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende, utöver de inom Region Skåne. Vården som ges vid dessa mottagningar registreras inte i patientdatabasen som ligger till grund för vår studie. Det innebär bland annat att andelen patienter med missbruksdiagnos har minskat vid andra mättillfället 2014 jämfört med första mättillfället 2013.

Undersökningen är en totalundersökning av de personer som var registrerade i patientdatabasen och som var aktuella för behandling den 1 april 2013 (mätning 1) respektive den 1 juni 2014 (mätning 2). De aktuella patienterna var antingen folkbokförda i Skåne eller asylsökande. Som aktuella räknades de patienter som under de föregående 12 månaderna hade haft minst ett besök inom psykiatrisk öppenvård eller minst ett vårdtillfälle i heldygnsvård.

Mätning 1 avsåg alltså patienter som var aktuella för vård under tiden 2012–04–01 till 2013–03–31. Dragningen ur patientdatabasen gjordes den 8 augusti 2013. Sammanlagt 32 305 personer födda mellan 1915 och 1994 var aktuella för vård och registrerade i patientdatabasen. Endast patienter födda 1945 eller senare inkluderades i studien, då ingen som var född tidigare hade minderåriga barn registrerade. Den slutgiltiga undersökningsgruppen för Mätning 1 bestod av 29 677 personer, varav 53,1 procent var kvinnor och 46,9 procent var män. Mätning 1 kallas i fortsättningen 2013 års mätning.

Mätning 2 inkluderade patienter som var aktuella för vård under tiden 2013–06–01 till 2014–05–31 och genomfördes den 18 november 2014. Registret omfattade 32 712 personer födda mellan 1912 och 1994. Även i Mätning 2 inkluderades enbart patienter födda 1945 eller senare. Den slutliga undersökningsgruppen för Mätning 2 består av 29 972 personer, varav 53,8 procent är kvinnor och 46,2 procent är män. Mätning 2 kallas i fortsättningen 2014 års mätning.

Uppgifter om patienterna, vården, barnen och insatserna

Uppgifter om *patienterna* avsåg *kön, födelseår och huvud- samt bidiagnos* enligt det internationella diagnossystemet ICD-10 (ICD-10-SE). Diagnosgrupperna sammanfattades enligt följande där förkortningen av ICD-10-diagnosen står inom parentes:

- Schizofreni, psykos (F20 – F29)
- Förstämningssyndrom, till exempel depression eller bipolär sjukdom (F30 – F39)
- Ångest och stressreaktioner samt somatoforma syndrom (F40 – F48). Till somatoforma syndrom räknas till exempel somatiseringssyndrom eller hypokondri.
- Missbruk av alkohol eller droger (F10 – F19)
- Personlighetsstörningar (F60 – F69)
- Hyperaktivitetsstörningar och andra beteendestörningar samt emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid (F90 – F98)
- Övriga störningar som demens och andra organiska psykiska störningar³ (F00 – F09), ätstörningar, sömnstörningar och andra beteendestörningar med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer (F50 – F59), psykisk utvecklingsstörning (F70 – F79), störningar av psykisk utveckling, t.ex. autism eller Aspergers syndrom (F80 – F89), Ospecificerad psykisk störning (F99), faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården (Z00-99) samt somatisk eller ej grupperad diagnos

En grupp patienter saknade diagnos vid mättillfället och för dessa används kategorin ”ingen diagnos” i redovisningen av resultaten.

Uppgifter om *vården* avsåg vården som getts under året före 1 april 2013 (mättillfälle 1) respektive 1 juni 2014 (mättillfälle 2) med avseende på

- *Heldygnsvård*. Förekomst av heldygnsvård (ja/nej) redovisas
- *Besök per verksamhet*. Både förekomst av besök (ja/nej) hos något av Psykiatri Skånes sju verksamhetsområden, till exempel Malmö eller Helsingborg/Ängelholm eller besök hos en privat verksamhet, till exempel Aleris i Lund och antal besök redovisas. Det förekommer att samma patient har haft kontakt med flera verksamheter. Det redovisas separat i 2013 års mätning, medan endast en av verksamheterna redovisas i 2014 års mätning
- *Besök per vårdgivarkategori*, till exempel läkare, kurator, psykolog eller sjuksköterska. Förekomst av besök (ja/nej) hos de vanligaste vårdgivarkategorierna redovisas

Uppgifter om *barnen* avsåg *barnens födelseår* per patient. Barnens ålder delades in i kategorierna Småbarn, Förskolebarn, Skolbarn och Tonåringar utifrån deras födelseår. För 2013 års mätning gjordes indelningen i småbarn (födda 2011-2013), förskolebarn (2007-2010), skolbarn (2001-2006) och tonåringar (1995-2000). Indelningen för 2014 års mätning var: småbarn (födda 2012-2014), förskolebarn (2008-2011), skolbarn (2002-2007) och tonåringar (1996-2001). – Om en patient hade flera registrerade barn, var det inte möjligt att utifrån uppgifterna i registret se vilket eller vilka barn som hade stått i fokus för eventuella insatser. Uppgifter om insatser redovisas därför per patient/familj. I familjer med flera barn i olika åldrar kunde flera olika ålderskategorier för barnen förekomma. Förutom de ovan nämnda kategorierna användes Småbarn och förskolebarn, Förskolebarn och skolbarn, Skolbarn och tonåringar och Flera barn i olika åldrar.

Uppgifter om *insatser* för barnen eller föräldrarna inkluderade enligt Psykiatri Skåne/Förvaltningsledningens anvisningar (Psykiatri Skåne/Förvaltningsledningen, 2010, rev. 2012):

- *Information, råd och stöd*. Här registrerades om man delat ut informationsbrev eller haft delar av eller ett helt samtal där man informerat om vilket stöd man kan få som förälder, till exempel en del av ett vanligt läkarsamtal eller medicineringsuppföljning hos sjuksköterska, inskrivningssamtal på akuten eller ett specifikt samtal för att prata om föräldrarnas eller en anhörigs oro för barnen
- *Föra barnen på tal*. Här registrerades samtal enligt metoden Föra barnen på tal. Det är en preventiv manualbaserad metod för samtal mellan behandlare och föräldrar med syfte att stödja föräldraskapet och barnens utveckling (Solantau, 2006). Behandlaren gör också en bedömning av barnens och familjens behov

av andra stödjande insatser eller skyddsåtgärder. I Skåne används den så kallade ”miniversionen” som omfattar ett till två samtal

- *Beardslee familjeintervention*. Här registrerades samtal enligt metoden Beardslee familjeintervention. Det är en preventiv manualbaserad metod där behandlaren har sex samtal med familjen i en viss ordning och i olika konstellationer (Manual för Beardslee familjeintervention, u.d.). Syftet med metoden är liksom med Föra barnen på tal att stödja föräldraskapet och barnens utveckling
- *Samtal med föräldrar och barn*. Här registrerades samtal som inte bygger på Föra barnen på tal eller Beardslee familjeintervention, till exempel en manual för samtal som tagits fram i Malmö (Samverkansgruppen ALMA, Psykiatri Skåne, & Malmö stad, u. d.) eller samtal enligt någon annan metod
- *Samtal utan förälder*. Här registrerades samtal med till exempel en tonåring utan att någon av föräldrarna är närvarande
- *Barn – och ungdomspsykiatri (BUP)*. Här registreras att barn eller familjen har remitterats till BUP eller att behandlaren fått veta att familjen redan har en pågående kontakt på BUP
- *Socialtjänsten*. Här registrerades att familjen har kontakt med socialtjänsten, oavsett om detta skett via ansökan om bistånd för barnens skull (ej ekonomiskt bistånd) eller via anmälan enligt 14 kap 1§ SOL (SFS 2001:453).

Uppgifter om barnens kön eller boende, vilket eller vilka barn i familjer med flera barn som eventuella insatser avsåg eller när insatser hade getts saknades i registret.

Bearbetning av data

Bearbetning av data skedde med hjälp av IBM SPSS Statistics 22 (Statistical Package for the Social Sciences). Resultaten redovisas med frekvenser (antal=n, procent=%) eller medelvärden, separat för mätning 1 och mätning 2. I vissa fall anges medelvärde och standardavvikelse (SD, anger spridningen runt medelvärdet). Jämförelser mellan de båda mätillfällena baseras på procentuella skillnader. Vi har dock inte analyserat förekomsten av signifikanta skillnader mellan grupper eller mätillfällen, eftersom undersökningsgrupperna är så stora att även mycket små skillnader skulle vara signifikanta, men sakna betydelse i praktiken.

Resultat

Andel patienter med registrerade barn

År 2013 fanns minderåriga barn registrerade för 3 707 (12,5 procent) av patienterna. Andelen patienter med registrerade barn var större bland kvinnorna (14,5 procent) än bland männen (10,2 procent), tabell 1. Det var vanligast bland patienter födda 1965 – 1974 eller 1975 – 1984 att barn hade registrerats (22,7 respektive 21,0 procent). Bland patienter födda 1985 – 1994 var det betydligt ovanligare att barn hade registrerats (4,7 procent), tabell 1. Andelen patienter med registrerade barn varierade mellan 6,9 procent och 16,3 procent beroende på patientens huvuddiagnos, tabell 1. Lägst var andelen bland dem som saknade huvuddiagnos och högst bland dem med missbruk som huvuddiagnos.

År 2014 hade minderåriga barn registrerats för 3 863 (12,9 procent) av patienterna. Mönstret som framkom vid 2013 års mätning kvarstår i allt väsentligt vid 2014 års mätning, tabell 1. Skillnaden mellan män och kvinnor som hade barn registrerade var något större år 2014 (15,5 procent bland kvinnor och 9,9 bland män) än 2013. Tydligast var skillnader mellan år 2013 och år 2014, om man beaktar patienternas huvuddiagnos. Relativt sett hade år 2014 fler patienter med ångest och stressreaktioner (16,3 procent), personlighetsstörningar (14,2 procent), hyperaktivitetsstörningar (17,1 procent) och övriga störningar (11,9 procent) barn registrerade. Samtidigt hade år 2014 färre patienter med schizofreni/psykos (6,4 procent) eller missbruk (13,4 procent) barn registrerade, tabell 1.

Tabell 1. Andelen patienter där minst ett minderårigt barn har registrerats, uppdelat efter patientens kön, ålder och huvuddiagnos. Procent och antal. År 2013: n=29 677; år 2014: n=29 972.

	Andel bland patienter inom respektive kategori där minst ett minderårigt barn har registrerats	
	År 2013 % (n)	År 2014 % (n)
Patientens kön		
Kvinna	14,5 (2 290)	15,5 (2 494)
Man	10,2 (1 417)	9,9 (1 369)
Patientens födelseår		
1945 – 1954	1,2 (46)	0,9 (35)
1955 – 1964	7,9 (455)	7,1 (402)
1965 – 1974	22,7 (1 486)	22,9 (1 481)
1975 – 1984	21,0 (1 398)	22,7 (1 511)
1985 – 1994	4,7 (322)	5,8 (434)
Patientens huvuddiagnos		
Schizofreni, psykos	7,7 (245)	6,4 (163)
Förstämmningssyndrom	15,2 (1 013)	15,7 (802)
Ångest och stressreaktioner	15,2 (1 016)	16,3 (1 168)
Missbruk	16,3 (514)	13,4 (212)
Personlighetsstörningar	10,5 (127)	14,2 (209)
Hyperaktivitetsstörningar	12,7 (317)	17,1 (447)
Övriga störningar	8,3 (246)	11,9 (528)
Ingen huvuddiagnos	6,9 (229)	6,7 (334)

Andelen patienter där minst ett minderårigt barn har registrerats, har också studerats med avseende på vården som patienten har erhållit under året som föregick den 1 april 2013 respektive den 1 juni 2014. Tabell 2 visar andelen patienter med minderåriga barn uppdelat efter om patienten har fått heldygnsvård och i så fall hur länge, verksamhetsområdet i Psykiatri Skåne eller privat verksamhet där patienten har erhållit vård, antal vårdkontakter (besök) under året och de yrkeskategorier som patienten har träffat.

År 2013 var andelen patienter med registrerade barn bland dem som inte hade fått heldygnsvård 11,4 procent, vilket kan jämföras med 18,3 procent bland dem som hade fått heldygnsvård. Det fanns stora skillnader mellan olika verksamheter och verksamhetsområden när det gäller andelen patienter med registrerade barn. Högst var andelen bland dem som hade haft kontakt med flera olika verksamheter (19,4 procent). När det gäller patienter som enbart hade haft kontakt med en verksamhet eller ett verksamhetsområde var andelen med registrerade barn högst hos Lund/Landskrona/Eslöv (15,3 procent) och Capio (15,7 procent) och lägst hos Aleris (4,8 procent), tabell

2. Vidare var andelen patienter med registrerade barn lägst bland dem som endast hade haft en till två vårdkontakter under året (8,3 procent) och högst bland dem som hade haft 36 eller fler vårdkontakter (16,6 procent). När det gäller kontakten med företrädare för olika yrkeskategorier var andelen patienter med registrerade barn högst bland dem som hade träffat kurator (21,9 procent) och lägst bland dem som träffat läkare (12,7 procent). Det är viktigt att komma ihåg att samma patient kunde ha träffat flera olika yrkeskategorier och att det inte framgår av materialet vem som har registrerat att patienten har barn.

År 2014 framträdde ett liknande mönster, tabell 2. Bland de patienter som inte fått heldygnsvård ökade andelen med registrerade barn något (12,5 procent), medan andelen bland dem som erhållit heldygnsvård minskade (16,6 procent), tabell 2. Andelen patienter som har fått vård inom respektive verksamhet eller verksamhetsområde är något svårt att jämföra, eftersom det år 2014 inte framgick ur materialet vilka patienter som hade haft kontakt med flera verksamheter. Högst var andelen patienter med registrerade i Trelleborg (19,0 procent) och lägst inom Rättpsykiatri (4,8 procent). Andelen patienter med registrerade barn var liksom år 2013 högst bland dem som träffat kurator (22,7 procent) och lägst bland dem som träffat läkare (13,5 procent).

Både år 2013 och år 2014 var det vanligare att barns registrerats om patienten hade heldygnsvård än om den inte hade fått heldygnsvård. På motsvarande sätt var år 2014 andelen patienter med registrerade barn högre om patienten haft mellan 3 och 35 vårdkontakter än om antingen mycket få (en till två) eller många (36 eller fler) vårdkontakter hade förekommit.

Tabell 2. Andelen patienter där minst ett minderårigt barn har registrerats, uppdelat efter förekomst av heldygnsvård, verksamheter/verksamhetsområden, antal vårdkontakter och yrkeskategorier hos vårdgivare. Procent och antal. År 2013: n=29 677; år 2014: n=29 972.

	Andel bland patienter inom respektive kategori där minst ett minderårigt barn har registrerats	
	År 2013 % (n)	År 2014 % (n)
Heldygnsvård		
Ingen heldygnsvård under året	11,4 (2 854)	12,5 (3 367)
Heldygnsvård under året	18,3 (853)	16,6 (496)
Verksamheter/verksamhetsområden		
Lund, Landskrona, Eslöv	15,3 (1 002) ^a	14,6 (1 042) ^d
Malmö	11,8 (856) ^a	10,7 (824) ^d
Helsingborg, Ängelholm	10,5 (484) ^a	10,3 (505) ^d
Hässleholm, Kristianstad	10,3 (489) ^a	13,0 (659) ^d
Trelleborg	13,5 (173) ^a	19,0 (275) ^d
Capio	15,7 (290) ^a	16,9 (304) ^d
Aleris	4,8 (74) ^a	14,3 (245) ^d
Rättspsykiatri	10,7 (25) ^b	4,8 (9) ^d
Flera olika verksamheter	19,4 (314) ^c	-
Antal vårdkontakter under året		
1-2	8,3 (848)	7,9 (964)
3-10	12,6 (1 180)	14,8 (1 410)
11-35	16,5 (1 161)	18,4 (1 150)
36 eller fler	16,6 (518)	17,0 (339)
Kontakt med yrkeskategori. Träffat...		
Arbetsterapeut	15,9 (281)	19,0 (300)
Kurator	21,9 (983)	22,7 (968)
Läkare	12,7 (3 039)	13,5 (3 140)
Psykolog	14,8 (859)	16,2 (884)
Sjukgymnast	15,4 (249)	18,8 (306)
Sjuksköterska	14,5 (1 533)	15,0 (1 387)
Skötare	14,1 (479)	15,4 (380)
Team exkl. läkare	15,1 (714)	16,0 (663)
Team inkl. läkare	16,4 (1 215)	15,8 (1 150)

Mätning 1: ^a Patienten har haft kontakt med endast en verksamhet/ett verksamhetsområde; ^b Patienten har haft kontakt endast med rättspsykiatri eller med rättspsykiatri och ytterligare verksamhet/er; ^c Patienten har haft kontakt med två till fyra olika verksamheter

Mätning 2: ^d För varje patient redovisas endast en verksamhet/ett verksamhetsområde som patienten har haft kontakt med.

Barnen

En patient kan ha ett eller flera barn. Antalet barn som registrerats skiljer sig därför från antalet patienter med registrerade barn. I följande avsnitt redovisas antalet registrerade barn vid respektive mättillfälle, barnens åldersfördelning och fördelningen av föräldrarnas huvuddiagnos bland barnen.

År 2013 hade de patienter där minderåriga barn hade registrerats mellan ett och nio barn (genomsnitt 1,8) var. Sammanlagt rörde det sig om 6 594 barn. Av dessa var 7,7 procent småbarn och två tredjedelar skolbarn eller tonåringar (sammanlagt 67 procent), tabell 3. Närmare 60 procent av barnen hade en förälder med antingen förstämningssyndrom eller ångest och stressreaktioner som huvuddiagnos. Det var även relativt vanligt att föräldern hade missbruk som huvuddiagnos (12,8 procent) medan relativt få av de registrerade barnen hade en förälder med schizofreni/psykos (5,7 procent) eller personlighetsstörning (3,4 procent) som huvuddiagnos, tabell 3.

År 2014 hade patienterna med registrerade minderåriga barn mellan ett och sju minderåriga barn (genomsnitt 1,8). Sammantaget hade 6 811 barn registrerats. Åldersfördelningen bland barnen liknade den år 2013; möjligen kan en liten ökning av andelen småbarn (8,4 procent år 2014, 7,7 procent år 2013) skönjas, tabell 3. Fördelningen av föräldrarnas huvuddiagnosgrupp skiljer sig en del mellan de två mättillfällen. Fortfarande hade mer än hälften av barnen en förälder med förstämningssyndrom eller ångest och stressreaktioner som huvuddiagnos (sammanlagt 52,1 procent), men färre barn hade en förälder med missbruksdiagnos (4,8 procent) medan andelen barn vars föräldrar hade en hyperaktivitetsstörning (12,2 procent) eller övrig störning (14,1 procent) var större, tabell 3.

Tabell 3. Åldersfördelning hos registrerade barn och fördelning av föräldrarnas huvuddiagnosgrupp bland barnen. Procent och antal. År 2013: n= 6 594; år 2014: n= 6 811.

	Åldersfördelning hos registrerade barn	
	År 2013 %(n)	År 2014 %(n)
Barnens ålder ^a		
Småbarn	7,7 (508)	8,4 (575)
Förskolebarn	25,3 (1 667)	24,8 (1 688)
Skolbarn	35,0 (2 300)	34,8 (2 371)
Tonåringar	32,0 (2 113)	32,0 (2 177)
Totalt	100 (6 594)	100 (6 811)
	Fördelning av föräldrarnas huvuddiagnosgrupp bland barnen	
	År 2013	År 2014
Föräldrarnas huvuddiagnos		
Schizofreni, psykos	5,7 (374)	3,6 (247)
Förstämningssyndrom	28,4 (1 871)	21,2 (1 443)
Ångest och stressreaktioner	28,1 (1 851)	30,9 (2 101)
Missbruk	12,8 (841)	4,8 (327)
Personlighetsstörningar	3,4 (227)	5,1 (346)
Hyperaktivitetsstörningar	9,1 (599)	12,2 (829)
Övriga störningar	6,5 (429)	14,1 (960)
Ingen huvuddiagnos	6,1 (402)	8,2 (558)
Totalt	100 (6 594)	100 (6 811)

Åldersindelning år 2013: småbarn födda år 2011-2013, förskolebarn år 2007-2010, skolbarn år 2001-2006, tonåringar år 1995-2000. Åldersindelning år 2014: småbarn år 2012-2014, förskolebarn år 2008-2011, skolbarn år 2002-2007, tonåringar 1996-2001.

Insatser

Som insats räknades sådant som vuxenpsykiatriens medarbetare genomförde tillsammans med patienten, dess partner eller barnen. Dit hör Information, Föra barnen på tal, Beardslee familjeintervention, Samtal med förälder och barn och Samtal med barn utan förälder. Dessutom räknades kontakt med barn- och ungdomspsykiatri och kontakt med socialtjänsten som insats. Det kunde innebära att vuxenpsykiatriens medarbetare hade fått kännedom om en pågående kontakt med barn- och ungdomspsykiatri eller socialtjänsten, att medarbetaren initierade en sådan kontakt genom att till exempel skriva en remiss eller göra en orosanmälan eller att det fanns en mer eller mindre omfattande samverkan mellan vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri respektive socialtjänsten med fokus på barnen. Insatserna beskrivs något mer ingående i rapportens metoddel. Registreringen avsåg endast *att* en insats hade genomförts, men inte *när* detta hade skett eller – i de fall då patienten hade flera barn – vilket eller vilka

barn som hade berörts av eller deltagit i insatsen. Därför redovisas insatser i det följande per patient och inte per barn.

År 2013 hade minst ett minderårigt barn registrerats för 3 707 patienter och av dessa hade 28,3 procent eller deras familjer fått minst en registrerad insats. Av de 3 707 patienterna och deras familjer hade 17,9 procent fått en insats, 7,3 procent hade fått två och 3,0 procent hade fått tre eller fler insatser. Fler än två tredjedelar (71,7 procent) hade inte fått någon insats.

År 2014 hade minst ett minderårigt barn registrerats för 3 863 patienter och av dessa hade 29,6 procent eller deras familjer fått minst en registrerad insats. Av de 3 863 patienter och deras familjer hade 17,8 procent fått en insats, 8,1 hade fått två och 3,8 procent hade fått tre eller fler insatser. Liksom år 2013 hade fler än två tredjedelar (70,4 procent) inte fått någon insats.

Även om en marginell ökning av insatser kan skönjas mellan år 2013 och 2014 är det fortfarande en stor majoritet av patienter med registrerade barn där ingen insats registrerats.

Tabell 4 visar andelen patienter där en insats har registrerats, uppdelat efter patientens kön, ålder och huvuddiagnos. År 2013 var andelen bland kvinnliga patienter där familjen hade fått någon insats högre än andelen bland manliga patienter (31,4 respektive 23,1 procent). Det var betydligt vanligare att insatser hade registrerats för äldre patienter (födda 1945-1954: 41,3 procent) än för yngre (födda 1985-1994: 22,4 procent) med registrerade barn. Det finns även stora skillnader med avseende på patientens huvuddiagnos. Nästan hälften bland patienter med schizofreni/psykos hade fått minst en insats (46,9 procent) medan en femtedel bland patienter med hyperaktivitetsstörningar hade fått det (20,5 procent), tabell 4. Det innebär samtidigt att familjen till fyra av fem patienter med hyperaktivitetsstörningar eller utan diagnos, tre av fyra patienter med ångest och stressreaktioner, missbruk och övriga störningar, två tredjedelar av patienterna med förstämningssyndrom och personlighetsstörningar samt hälften av patienter med schizofreni/psykos inte fick någon registrerat insats, trots att man hade uppmärksammat att patienten hade minderåriga barn. Resultaten för år 2014 överensstämmer till stor del med resultaten för 2013. Till exempel är det fortfarande vanligare att äldre patienter med registrerade barn har fått en insats jämfört med yngre patienter. En tydlig skillnad finns dock i andelen patienter med missbruksdiagnos och registrerade barn. Medan år 2013 en fjärdedel i denna grupp (25,3 procent) hade fått minst en registrerad insats, var det år 2014 drygt 40 procent, tabell 4.

Tabell 4. Andel patienter med minst ett registrerat barn där minst en insats har registrerats. Procent och antal. År 2013: n= 3 707; År 2014: n=3 863

	Andel patienter med minst ett registrerat barn där minst en insats har registrerats	
	År 2013 % (n)	År 2014 % (n)
Patientens kön		
Kvinna	31,4 (720)	32,1 (800)
Man	23,1 (328)	25,1 (344)
Patientens födelseår		
1945 – 1954	41,3 (19)	40,0 (14)
1955 – 1964	29,7 (135)	30,6 (123)
1965 – 1974	29,5 (438)	30,3 (449)
1975 – 1984	27,5 (384)	29,8 (450)
1985 – 1994	22,4 (72)	24,9 (108)
Patientens huvuddiagnos		
Schizofreni, psykos	46,9 (115)	52,8 (86)
Förstämmningssyndrom	30,1 (305)	28,2 (226)
Ångest och stressreaktioner	28,1 (285)	26,8 (313)
Missbruk	25,3 (130)	42,0 (89)
Personlighetsstörningar	33,1 (42)	37,3 (78)
Hyperaktivitetsstörningar	20,5 (65)	22,8 (102)
Övriga störningar	23,6 (58)	28,2 (149)
Ingen huvuddiagnos	21,9 (48)	30,2 (101)

Andelen patienter där minst ett minderårigt barn och minst en insats hade registrerats, analyserades också med avseende på olika aspekter av vården som patienten hade erhållit under året som gått. Dessa aspekter var förekomst av heldygnsvård, verksamhetsområdet eller verksamheten där patienterna hade erhållit vård, antal vårdkontakter (besök) under året och förekomst av kontakt med olika yrkeskategorier. Resultaten visas i tabell 5.

År 2013 hade cirka en fjärdedel av patienterna med registrerade barn som inte fått heldygnsvård erhållit en insats (26,2 procent), vilket ska jämföras med 35,1 procent bland de som fått heldygnsvård, tabell 5. Det fanns stora skillnader beroende på inom vilket verksamhetsområde eller vilken verksamhet patienten hade fått sin vård. Lägst var andelen patienter med registrerade barn som hade fått en registrerad insats i verksamhetsområdet Lund/Landskrona/Eslöv (15,3 procent) och hos Aleris (16,2 procent). Högst var andelen bland patienter som hade fått vård inom Rättspsykiatrin (52,0 procent) och även verksamhetsområdet Malmö hade en relativ hög andel (39,4 procent), tabell 5. Andelen patienter med registrerade barn och minst en insats var generellt högre ju fler vårdkontakter (besök) de hade haft under det gångna året (1-2 kontakter: 19,6 procent; 3-10 kontakter: 24,7 procent; 11-35 kontakter: 35,2 procent; 36 eller fler kontakter: 35,1 procent) jämfört med dem som haft färre vårdkontakter (t.ex. 1-2 kontakter: 19,6 procent). Det var vanligast att patienter med registrerade

barn hade fått minst en insats om de hade haft kontakt med skötare (42,0 procent) eller kurator (39,8 procent). Det är dock viktigt att komma ihåg att det inte nödvändigtvis var dessa yrkeskategorier som har gett insatsen. År 2013 hade patienterna med registrerade barn i genomsnitt träffat 2,5 (SD 1,5) av de yrkeskategorierna som nämns i tabell 5. Patienter vars familj hade fått någon insats hade i genomsnitt träffat 2,8 olika personalkategorier (SD 1,6) medan patienter vars familj inte hade fått någon insats i genomsnitt hade träffat 2,4 personalkategorier (SD 1,4).

Resultaten för år 2014 liknar till stor del resultaten från föregående år, tabell 5. Mönstret att andelen patienter med registrerade barn bland de som fått heldygnsvård eller fler vårdkontakter under året har förstärktes ytterligare år 2014. År 2014 hade patienterna med registrerade barn i genomsnitt träffat 2,5 (SD 1,5) av yrkeskategorierna som nämns i tabell 5. De patienter vars familj hade fått någon insats hade i genomsnitt träffat 2,8 olika yrkeskategorier (SD 1,6) medan patienter vars familj inte hade fått någon insats i genomsnitt hade träffat 2,3 yrkeskategorier (SD 1,4).

Sammantaget kan konstateras att andelen patienter med registrerade barn som har fått en insats var högre ju mer vård de hade fått under det gångna året, dvs. heldygnsvård, fler vårdkontakter eller kontakt med flera olika yrkeskategorier. Det hade också relativt stor betydelse hos vilken verksamhet eller vilket verksamhetsområde patienten hade fått sin vård.

Tabell 5. Andelen patienter där minst ett minderårigt barn och en insats har registrerats, uppdelat efter förekomst av heldygnsvård, verksamheter/verksamhetsområden, antal vårdkontakter och yrkeskategorier hos vårdgivare. Procent och antal. År 2013: n=3 707; År 2014: n=3 863

	Andel bland patienter inom respektive kategori där minst ett minderårigt barn och en insats har registrerats	
	År 2013 % (n)	År 2014 % (n)
Heldygnsvård		
Ingen heldygnsvård under året	26,2 (749)	27,3 (919)
Heldygnsvård under året	35,1 (299)	45,4 (225)
Verksamheter/verksamhetsområden		
Lund, Landskrona, Eslöv ^a	15,3 (153)	18,9 (197)
Malmö ^a	39,4 (337)	47,6 (392)
Helsingborg, Ängelholm ^a	31,0 (150)	28,3 (143)
Hässleholm, Kristianstad ^a	27,2 (133)	20,0 (132)
Trelleborg ^a	33,5 (58)	38,5 (106)
Capio ^a	37,2 (108)	46,7 (142)
Aleris ^a	16,2 (12)	9,8 (24)
Rättspsykiatri ^b	52,0 (13)	88,9 (8)
Flera olika verksamheter ^c	26,8 (84)	-
Antal vårdkontakter under året		
1-2	19,6 (166)	21,7 (209)
3-10	24,7 (291)	26,7 (377)
11-35	35,2 (409)	35,1 (404)
36 eller fler	35,1 (182)	45,4 (154)
Kontakt med yrkeskategori. Träffat ...		
Arbetsterapeut	36,9 (112)	33,0 (99)
Kurator	39,8 (391)	41,1 (398)
Läkare	28,8 (877)	30,3 (952)
Psykolog	27,4 (235)	30,3 (268)
Sjukgymnast	30,9 (77)	34,6 (106)
Sjuksköterska	30,8 (472)	34,9 (484)
Skötare	42,0 (201)	48,4 (184)
Team exkl. läkare	34,9 (249)	44,3 (294)
Team inkl. läkare	29,6 (360)	30,9 (355)

^a Patienten har haft kontakt med endast en verksamhet/ett verksamhetsområde

^b Patienten har haft kontakt endast med rättspsykiatri eller med rättspsykiatri och ytterligare verksamhet/er

^c Patienten har haft kontakt med två till fyra olika verksamheter

Diagram 1 ger en översikt över barnens ålder i de familjer som hade fått minst en insats och hur resultaten såg ut år 2013 respektive år 2014. För en detaljerad tabell där även

antalet barn i varje kategori framgår, se tabell 9 i bilagan. Som har nämnts tidigare, registrerades insatser per patient och inte per barn och resultaten redovisas därför familjevis. I familjer med flera barn kunde det till exempel finnas både småbarn och förskolebarn. Totalt erhöll 28,3 av patienterna med registrerade barn och deras familjer minst en insats år 2013, vilket kan jämföras med 29,4 procent år 2014. Siffrorna är lägre om patienten har endast småbarn (år 2013: 19,6 procent, år 2014: 18,7 procent) eller både småbarn och förskolebarn (år 2013: 20,3 procent, år 2014: 19,0 procent), diagram 1. Sammanfattningsvis är skillnaderna mellan år 2013 och år 2014 överlag mycket små. Det är också tydligt att insatser var mindre vanliga om patienten hade små barn än om patienten hade större barn.

Diagram 1. Andel patienter med registrerade barn som har fått minst en insats, uppdelat efter barnens ålder. Procent. År 2013: n=3 707; År 2014: n=3 863

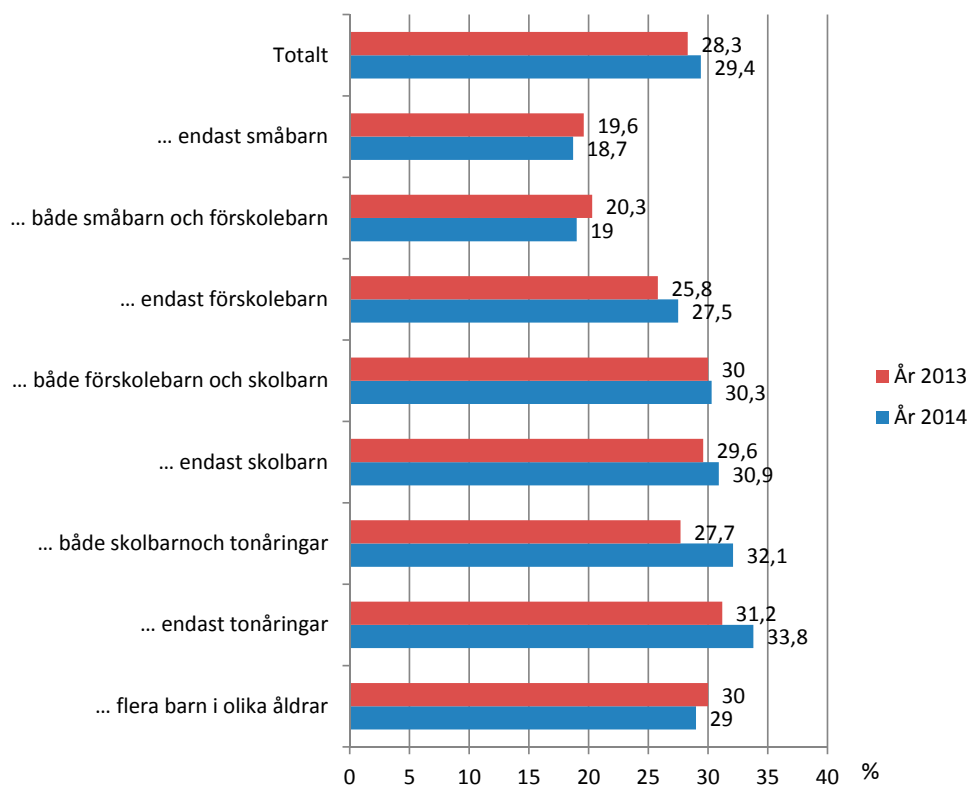
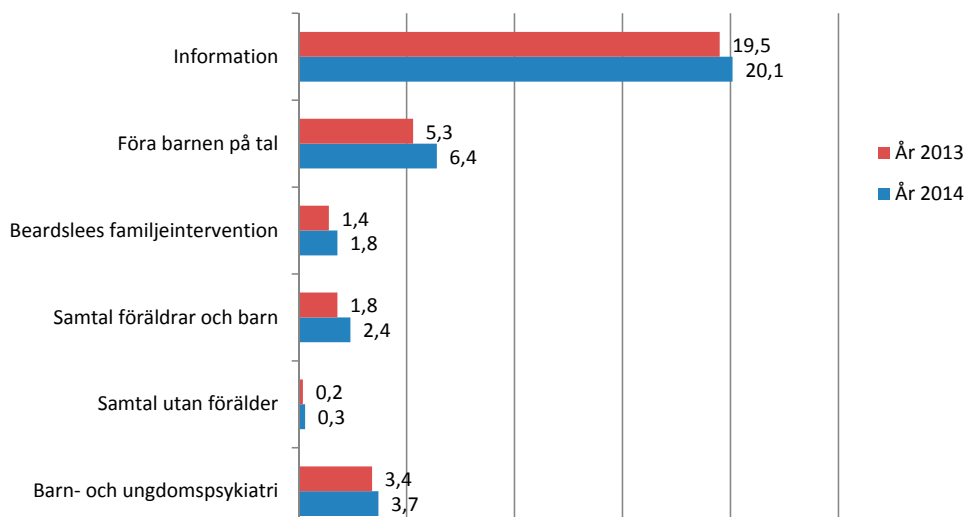


Diagram 2 visar vilka typer av insatser patienter med registrerade barn och deras familjer hade fått år 2013 respektive år 2014. Vanligast var att information hade getts (år 2013: 19,5 procent; år 2014: 20,1 procent) eller att en kontakt med socialtjänsten hade registrerats (år 2013: 10,7 procent; år 2014: 11,5 procent). Andelen patienter och deras familjer som hade fått Föra barnen på tal, Beardslee familjeintervention, Samtal

föräldrar och barn, Samtal utan förälder eller kontakt med Barn- och ungdomspsykiatrin låg mellan 0,2 och 5,3 procent år 2013 och mellan 0,3 och 6,4 procent år 2014. För alla typer av registrerade insatser fanns en marginell ökning mellan år 2013 och år 2014. Ingen insats hade dock getts till fler än en femtedel av patienterna med registrerade barn och flera insatser (till exempel Beardslee familjeintervention) var mycket ovanliga.

Diagram 2. Andel patienter med registrerade barn som har fått minst en insats, uppdelat efter typ av insats. Procent. År 2013: n=3 707; År 2014: n=3 863



Bilagan innehåller en mer detaljerad tabell med en uppdelning efter barnens ålder (tabell 10). Sammanfattningsvis kan sägas att beroende på hur själva insatsen är utformad, förekom insatser som Beardslee familjeintervention och Samtal utan föräldrar inte alls hos de mindre barnen. Andelen familjer som hade fått insatsen Information varierade beroende på barnens ålder mellan 10,9 och 22,2 procent år 2013 och mellan 10,1 och 22,8 procent år 2014. Det var vanligare att familjer med större barn fick information än familjer med mindre barn.

Diagram 3 visar andelen patienter med registrerade barn som har fått minst en insats, uppdelat efter typ av insats och patientens huvuddiagnos för år 2013. Diagram 4 innehåller motsvarande uppgifter för år 2014. Även med avseende på föräldrarnas huvuddiagnos fanns en relativt stor variation i vilka insatser som gavs. Insatsen Information varierade mellan 10,0 och 34,3 procent år 2013 och mellan 16,7 och 37,4 procent år 2014. Vid båda mätillfällena var andelen familjer som hade fått information störst om patienten hade schizofreni/psykos som huvuddiagnos (år 2013: 34,3 procent; år 2014: 37,4 procent) jämfört med andelen bland patienter med andra diagnoser. Även när det gäller övriga insatser var andelen bland patienter med schizofreni/psykos störst (år 2013: 1,6 – 7,8 procent; år 2014: 2,5 – 9,8 procent). När det gäller kontakt

med Barn- och ungdomspsykiatri var andelen bland familjer störst där patienten hade förstämningssyndrom (år 2013: 4,0 procent; år 2014: 4,4 procent), personlighetsstörning (år 2013: 5,5 procent; år 2014: 5,7 procent) och hyperaktivitetsstörning (år 2013: 5,0 procent; år 2014: 4,3 procent). Kontakt med socialförvaltningen var vanligast, om patienten hade schizofreni/psykos (år 2013: 19,2 procent; år 2014: 20,9 procent) eller missbruk (år 2013: 17,3 procent; år 2014: 34,9 procent) som huvuddiagnos.

En detaljerad tabell med uppgifter i procent och antal om andelen patienter inom varje diagnosgrupp som hade fått olika typer av insatser finns i bilagan (tabell 11).

Diagram 3. Andel patienter med registrerade barn som har fått minst en insats, uppdelat efter typ av insats och patientens huvuddiagnos. Procent. År 2013: n=3 707

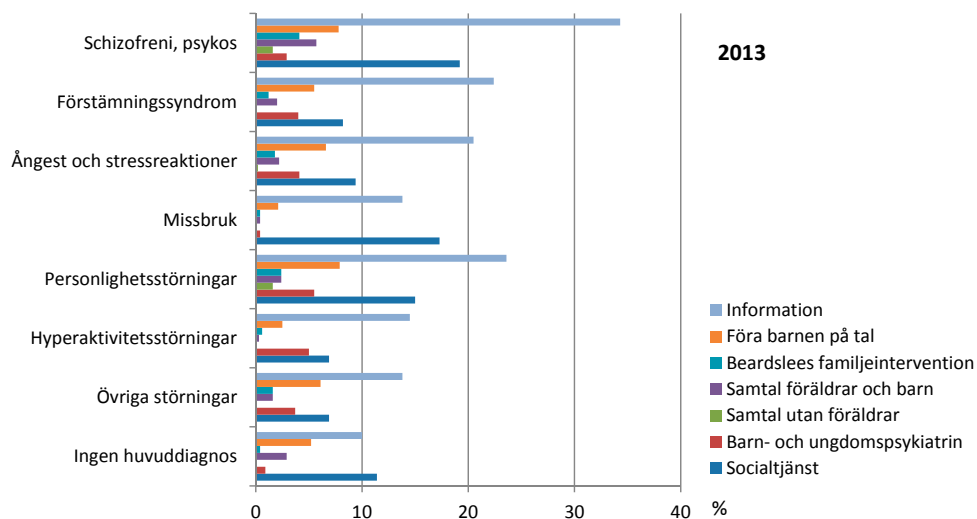
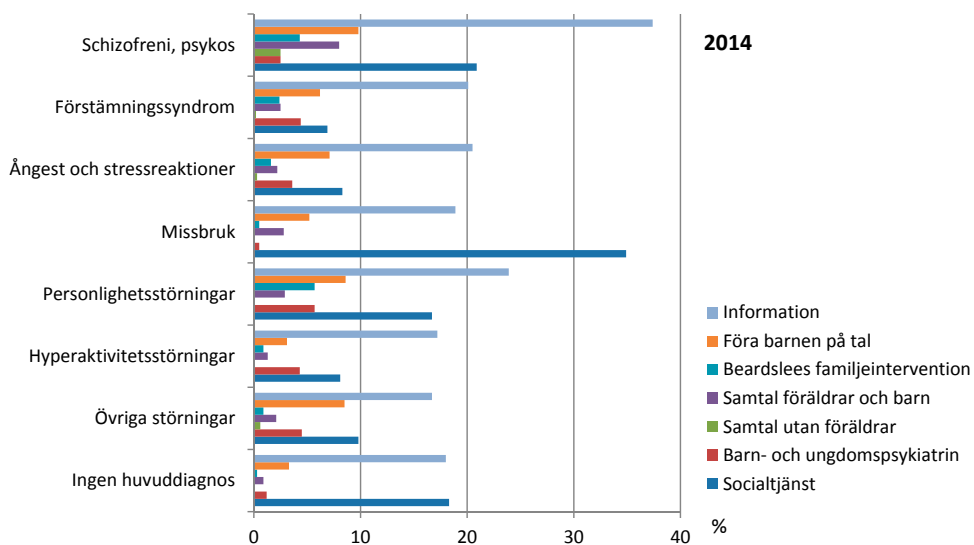


Diagram 4. Andel patienter med registrerade barn som har fått minst en insats, uppdelat efter typ av insats och patientens huvuddiagnos. Procent. År 2014: n=3 863



Fördjupad analys – missbruk

Vi har även gjort en fördjupad analys med avseende på en av diagnosgrupperna, nämligen missbruk. Vi jämför här patienter med missbruk som huvud- eller bidiagnos med patienter som inte har någon missbruksdiagnos. Bland patienterna som var aktuella för vuxenpsykiatrisk vård år 2013 hade 12,6 procent (n= 3 749) missbruk som huvud- eller bidiagnos medan det år 2014 var 6,5 procent (n=1 960). Sedan den april 2014 finns även privata LARO-mottagningar (Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende) vars patienter inte ingår i patientdatabasen som ligger till grund för vår studie. Minskningen av andelen patienter med missbruksdiagnos från år 2013 till år 2014 kan helt eller delvis bero på det.

År 2013 hade 15,8 procent (n=593) bland patienterna med missbruk som huvud- eller bidiagnos minst ett minderårigt barn registrerat, vilket ska jämföras med 12,0 procent (n=3 114) bland patienterna utan missbruksdiagnos. Tabell 6 visar andelen patienter med eller utan missbruksdiagnos där minst ett minderårigt barn hade registrerats. År 2013 var andelen män med missbruksdiagnos där barn hade registrerats betydligt större än andelen män utan missbruksdiagnos (16,0 respektive 8,8 procent). Andelen patienter med registrerade barn var i alla åldersgrupper större hos patienter med missbruksdiagnos jämfört med patienter utan missbruksdiagnos, till exempel hos patienter födda 1965 – 1974 (28,5 procent bland dem med missbruksdiagnos; 21,8 procent bland dem utan missbruksdiagnos). Likaså var andelen patienter med registrerade barn större bland dem med missbruksdiagnos jämfört med dem utan missbruksdiagnos, oavsett hur många vårdkontakter man hade haft under året. Störst var skillnaden bland dem som endast hade haft en eller två vårdkontakter under året (12,0 procent bland dem med missbruksdiagnos; 7,0 procent bland dem utan missbruksdiagnos).

År 2014 var det 12,9 procent (n=253) bland patienterna med missbruk som huvud- eller bidiagnos där minst ett minderårigt barn hade registrerats och andelen bland patienter utan missbruksdiagnos var också 12,9 procent (n=3 610). Det har alltså skett en viss minskning mellan år 2013 och år 2014 när det gäller andelen bland patienter med missbruksdiagnos samtidigt som det har skett en liten ökning bland dem utan missbruksdiagnos. Det innebär att de skillnader som år 2013 fanns mellan patienter med eller utan missbruksdiagnos till stor del har jämnats ut, tabell 6. Fortfarande var det dock vanligare att minderåriga barn registrerades om patienten var en man med missbruksdiagnos jämfört med manliga patienter utan missbruksdiagnos.

Tabell 6. Andelen patienter med eller utan missbruksdiagnos där minst ett minderårigt barn hade registrerats, uppdelat efter patientens kön, födelseår, förekomst av heldygnsvård och antal vårdkontakter under året. Procent och antal. År 2013: n=29 677; år 2014: n=29 972.

	Andel bland patienter inom respektive kategori där minst ett minderårigt barn har registrerats			
	År 2013		År 2014	
		Ej missbruksdiagnos % (n)	Missbruksdiagnos % (n)	Ej
Patientens kön				
Kvinna	15,3 (176)	14,5 (2 114)	13,4 (82)	15,5 (2 412)
Man	16,0 (417)	8,8 (1 000)	12,7 (171)	9,6 (1 198)
Patientens födelseår				
1945 – 1954	2,6 (16)	0,9 (30)	1,8 (7)	0,8 (28)
1955 – 1964	12,0 (117)	7,0 (338)	10,8 (58)	6,7 (344)
1965 – 1974	28,5 (235)	21,8 (1 251)	25,3 (98)	22,8 (1 383)
1975 – 1984	22,9 (191)	20,8 (1 207)	21,2 (72)	22,8 (1 439)
1985 – 1994	6,9 (34)	4,5 (288)	5,8 (18)	5,8 (416)
Heldygnsvård under året				
Ja	20,2 (281)	17,5 (572)	15,8 (75)	16,7 (421)
Nej	13,2 (312)	11,2 (2 542)	12,0 (178)	12,5 (3 189)
Antal vårdkontakter under året				
1-2	12,8 (109)	7,9 (739)	8,5 (53)	7,9 (911)
3-10	13,9 (134)	12,5 (1 046)	14,7 (94)	14,8 (1 316)
11-35	17,0 (137)	16,4 (1 024)	12,3 (51)	18,8 (1 099)
36 eller fler	18,9 (213)	15,4 (305)	19,5 (55)	16,6 (284)

Det har även varit av intresse att undersöka andelen barn som har en förälder med missbruksdiagnos samt åldersfördelningen bland dessa barn jämfört med barn till föräldrar med annan diagnos. År 2013 hade 15,1 procent (n=995) av 6 591 registrerade barn en förälder med missbruk som huvud- eller bidiagnos. Av dessa var 6,2 procent småbarn, 20,9 procent förskolebarn, 33,3 procent skolbarn och 40,6 procent tonåringar. Motsvarande fördelning bland de 5 599 barn med en förälder utan missbruksdiagnos var 8,0 procent småbarn, 26,1 procent förskolebarn, 35,5 procent skolbarn och 30,5 procent tonåringar.

År 2014 hade 5,7 procent (n=390) av 6 811 registrerade barn en förälder med missbruksdiagnos. Av dessa var 7,2 procent småbarn, 17,4 procent förskolebarn, 32,6 procent skolbarn och 42,8 procent tonåringar. Motsvarande fördelning bland de 6 421 barn vars förälder inte hade någon missbruksdiagnos var 8,5 procent småbarn, 25,2 procent förskolebarn, 34,9 procent skolbarn och 31,4 procent tonåringar. Även om andelen barn som hade en förälder med missbruksdiagnos minskade från år 2013 till år 2014, kvarstod mönstret att andelen småbarn och förskolebarn var lägre om föräldern hade en missbruksdiagnos.

År 2013 erhö11 26,0 procent (n=154) av patienterna med missbruksdiagnos d11r barn hade registrerats minst en insats; motsvarande andel bland patienter utan missbruksdiagnos var 28,7 procent (n= 894). 11r 2014 erhö11 41,1 procent (n=104) av patienterna med missbruksdiagnos d11r barn hade registrerats minst en insats, medan motsvarande andel bland patienter utan missbruksdiagnos var 28,8 procent (n=1 040). Det har allts11 skett en 11kning mellan 11r 2013 och 11r 2014 n11r det g11ller andelen patienter med missbruksdiagnos, medan ingen f11r11ndring har skett f11r patienter utan missbruksdiagnos.

Tabell 7 visar andelen patienter med eller utan missbruksdiagnos och med minst ett registrerat minder11rigt barn d11r minst en insats har registrerats. 11r 2013 var andelen d11r familjen hade f11tt n11gon insats registrerad st11rre bland kvinnliga 11n bland manliga patienter, oavsett om patienten hade en missbruksdiagnos eller inte. Till exempel hade en insats registrerats f11r 33,0 procent av kvinnorna och f11r 23,0 procent av m11nnen med missbruksdiagnos, tabell 7. Det var vanligare att yngre patienter med registrerade barn och utan missbruksdiagnos hade f11tt en insats (f11dd 1975 – 1984: 28,4 procent; f11dd 1985 – 1994: 24,0 procent) 11n att patienter med missbruksdiagnos i motsvarande 11ldersgrupp hade f11tt det (21,5 respektive 8,8 procent). Oavsett om patienten hade f11tt heldygnsv11rd under det g11ngna 11ret eller inte, var det vanligare bland patienter utan missbruksdiagnos 11n bland patienter med missbruksdiagnos att en insats hade registrerats. Till exempel var andelen bland patienter som hade f11tt heldygnsv11rd 30,6 procent om de hade en missbruksdiagnos och 37,2 procent om de inte hade det, tabell 7. Samtidigt var det vanligare att en insats hade registrerats f11r b11de patienter med och patienter utan missbruksdiagnos, om de hade f11tt heldygnsv11rd under det g11ngna 11ret. Om patienten hade haft m11nga v11rdkontakter under det g11ngna 11ret (36 eller fler) hade en insats registrerats f11r 26,8 procent av patienterna med missbruksdiagnos och f11r 41,0 procent av patienterna utan missbruksdiagnos.

11r 2014 hade en insats registrerats f11r h11lften av kvinnorna med missbruksdiagnos och minst ett registrerat barn, medan 36,8 procent av m11nnen med missbruksdiagnos hade f11tt en insats, tabell 7. Det 11r en betydande 11kning j11mf11rt med 11r 2013 f11r patienter med missbruksdiagnos, medan siffrorna f11r patienter utan missbruksdiagnos var of11r11ndrade. 11ven om relativt sett fler patienter med 11n utan missbruksdiagnos i de 11ldre 11lderskategorierna hade f11tt en insats registerat, var andelen i den yngsta 11ldersgruppen (f11dda 1985 – 1994) fortfarande l11gre om patienten hade en missbruksdiagnos (22,2 procent) 11n om patienten inte hade n11gon missbruksdiagnos (25,0 procent). Det var liksom 11r 2013 vanligare att patienter med eller utan missbruksdiagnos hade f11tt en insats registrerat om de hade f11tt heldygnsv11rd under 11ret som g11tt 11n om de inte hade det. Bland patienter som enbart hade f11tt 11ppenv11rd var det vanligare att de med missbruksdiagnos hade f11tt en registrerad insats (38,8 procent) j11mf11rt med de som inte hade en missbruksdiagnos (26,7 procent). I motsats till 11r 2013 var det nu ingen skillnad mellan patienter med eller utan missbruksdiagnos och flest v11rdkontakter (36 eller fler) n11r det g11ller registrerade insatser (45,5 procent med missbruksdiagnos; 45,4 procent utan missbruksdiagnos).

Tabell 7. Andelen patienter med eller utan missbruksdiagnos och med minst ett registrerat minderårigt barn där minst en insats har registrerats, uppdelat efter patientens kön, ålder, förekomst av heldygnsvård och antal vårdkontakter under året. Procent och antal. År 2013: n=3 707; år 2014: n=3 863.

	Andel patienter med minst ett registrerat barn där minst en insats har registrerats			
	År 2013		År 2014	
	Missbruksdiagnos % (n)	Ej missbruksdiagnos % (n)	Missbruksdiagnos % (n)	Ej missbruksdiagnos % (n)
Patientens kön				
Kvinna	33,0 (58)	31,3 (662)	50,0 (41)	31,5 (759)
Man	23,0 (96)	23,2 (232)	36,8 (63)	23,5 (281)
Patientens födelseår				
1945 – 1954	37,5 (6)	43,3 (13)	42,9 (3)	39,3 (11)
1955 – 1964	29,1 (34)	29,9 (101)	50,0 (29)	27,3 (94)
1965 – 1974	29,8 (70)	29,4 (368)	42,9 (42)	29,4 (407)
1975 – 1984	21,5 (41)	28,4 (343)	36,1 (26)	29,5 (424)
1985 – 1994	8,8 (3)	24,0 (69)	22,2 (4)	25,0 (104)
Heldygnsvård under året				
Ja	30,6 (86)	37,2 (213)	46,7 (35)	45,1 (190)
Nej	21,8 (68)	26,8 (681)	38,8 (69)	26,7 (850)
Antal vårdkontakter under året				
1-2	18,3 (20)	19,8 (146)	34,0 (18)	21,0 (191)
3-10	25,4 (34)	24,6 (257)	38,3 (36)	25,9 (341)
11-35	31,4 (43)	35,7 (366)	49,0 (25)	34,5 (379)
36 eller fler	26,8 (57)	41,0 (125)	45,5 (25)	45,4 (129)

Slutligen undersöktes hur många och vilka typer av insatser som hade registrerats vid respektive mättillfälle för patienter med eller utan missbruksdiagnos. Resultaten visas i tabell 8. År 2013 fanns inga väsentliga skillnader mellan patientgrupperna. I båda grupper hade ingen insats registrerats för tre fjärdedelar av patienterna och bland dem som hade fått en insats var det vanligaste att de hade fått en (17,5 procent med missbruksdiagnos och 18,0 procent utan missbruksdiagnos). År 2014 hade betydligt fler bland patienterna med missbruksdiagnos fått minst en insats (41,1 procent) jämfört med dem utan missbruksdiagnos (28,8 procent), tabell 8.

Kontakt med socialtjänsten den vanligaste insatsen för patienter som hade en missbruksdiagnos, tabell 8. År 2013 var det 16,4 procent jämfört med 32,0 procent år 2014, dvs. det har relativt sett skett en fördubbling under ett år. För patienter utan missbruksdiagnos var andelen där kontakt med socialtjänsten hade registrerats betydligt mindre (år 2013: 9,7 procent, år 2014: 10,1 procent).

I princip alla andra insatser än kontakt med socialtjänsten var vanligare hos patienter utan missbruksdiagnos och deras barn. Det gäller både år 2013 och år 2014. Till

exempel var andelen patienter med missbruksdiagnos där information hade getts 15,3 procent år 2013 och 18,6 procent år 2014, medan motsvarande andel för patienter utan missbruksdiagnos var drygt 20 procent vid båda mätillfällen.

Tabell 8. Antal insatser och typ av insats hos patienter med eller utan missbruksdiagnos där minst ett minderårigt barn har registrerats. Procent och antal. År 2013: n=3 707; år 2014: n=3 863.

	Andel patienter med minst ett registrerat barn			
	År 2013		År 2014	
		Ej missbruksdiagnos % (n)	Missbruksdiagnos % (n)	Ej missbruksdiagnos % (n)
Antal insatser				
Ingen insats	74,0 (439)	71,3	58,9 (149)	71,2 (2 570)
En insats	17,5 (104)	(2 220)	26,1 (66)	17,2 (622)
Två insatser	7,1 (42)	18,0 (560)	10,7 (27)	7,9 (284)
Tre eller fler insatser	1,3 (8)	7,4 (229)	4,3 (11)	3,7 (134)
		3,4 (105)		
Typ av insats				
Information	15,3 (91)	20,3 (632)	18,6 (47)	20,2 (729)
Föra barnen på tal	2,5 (15)	5,9 (183)	5,9 (15)	6,5 (233)
Beardslee	0,7 (4)	1,5 (48)	0,8 (2)	1,8 (66)
familjeintervention	0,3 (2)	2,1 (66)	2,8 (7)	2,3 (84)
Samtal föräldrar och barn	0	0,3 (9)	0	0,3 (12)
Samtal utan föräldrar	0,5 (3)	3,9 (123)	0,4 (1)	3,9 (140)
Barn- och ungdomspsykiatri	16,4 (97)	9,7 (301)	32,0 (81)	10,1 (363)
Socialtjänst				

Sammanfattningsvis var det vanligare bland män att barn hade registrerats om de hade en missbruksdiagnos än om de inte hade det. År 2014, men inte år 2013, var det vanligare bland män och kvinnor med missbruksdiagnos att de hade fått någon insats, jämfört med män eller kvinnor utan missbruksdiagnos. Det handlade dock framför allt om kontakt med socialtjänsten. Övriga insatser var vanligare bland patienter utan missbruksdiagnos.

Intervjustudien

Metod

För att få en mer nyanserad bild av hur Psykiatri Skånes riktlinjer används i den kliniska vardagen genomfördes ett antal kvalitativa intervjuer (Kvale, 1997). Inom Psykiatri Skåne finns det på varje enhet en eller två personal med tilläggsuppdraget att uppmärksamma patienternas minderåriga barn, och dessa benämns barnombud. Varje verksamhetsområde har även en så kallad barnsamordnare med samordnaransvar för barnombuden. En närmare beskrivning av barnombudens uppdrag och hur deras arbete upplevs av patientföräldrar, deras partner och barn ges i en rapport av Östman och Afzelius (2008).

En av rapportförfattarna (M.A.) vände sig till barnsamordnarna för att undersöka möjligheten att få kontakt med barnombud som var intresserade av att bli intervjuade i studien.

För att få så stor variation som möjligt i vår studie tillfrågades personal inom både öppen och sluten vård och psykos och allmänpsykiatrisk vård. Fyra personer intervjuades. Intervjuguiden omfattade frågor såsom erfarenheter av arbetet med Psykiatri Skånes riktlinjer, vilka insatser som användes och eventuella betydelser för barnen.

Intervjuerna skedde på informanternas arbetsplatser och varade mellan 15 och 40 minuter. Informanterna var kvinnor varav två arbetade som socionomer och två som sjuksköterskor. Tre informanter hade vid tidpunkten för intervjun tilläggsuppdraget som barnombud medan en hade tidigare erfarenhet av uppdraget. Två av informanterna hade utbildning i Föra barnen på tal, och en informant i Beardslees familjeintervention.

Resultat

Uppdraget som barnombud

Informanterna försökte hålla barnperspektivet levande på sina arbetsplatser och informera om riktlinjerna på sina arbetsplatser. Till sin hjälp hade en informant utformat en egen barnpärm med information om olika stödåtgärder för barn som behandlarna kunde använda. Samtliga informanter uppfattade att riktlinjernas intention att uppmärksamma patienternas barn hade nått ut i verksamheterna och att de flesta behandlare visste om deras patienter hade barn eller inte. De insatser som informanterna använde var framför allt att ge information till patienten, undersöka om patienten/familjen hade kontakt med socialtjänsten eller barn- och ungdomspsykiatri samt vid behov etablera sådan kontakt. Informanterna arbetade också med skriftligt material såsom broschyrer för att förmedla information och stöd till patienten, men uppfattade att det saknades lättfattlig information om psykiska sjukdomar.

Samtliga informanter upplevde att de hade stöd på sina arbetsplatser för att utforma uppdraget som barnombud. Det framkom också att uppdraget kunde kännas pressande och att informanten behövde mer stöd från enhetschefen för att kunna sprida barnombudsarbetet, för att markera att det också handlade om en riktlinje som skulle implementeras.

Informanterna hade möjlighet att bjuda in representanter från t.ex. socialtjänsten för att informera personalen och även ta hjälp av andra barnombud för att genomföra familjesamtal om det behövdes. Informanterna uppfattade också att information om barnperspektivet uppskattades av de andra behandlarna. Det var också möjligt att åka på olika konferenser som behandlade barnperspektivet.

Omständligt system för registrering

Informanterna beskrev att hanterandet av registreringen av patientens barn, ålder samt insatser organiserades på olika sätt i verksamheterna. På en del enheter var det behandlaren själv som registrerade i registret, medan det på andra enheter var sekreteraren. Själva registreringsinsatsen var omständlig och för att göra detta räckte det inte med att gå in i patientens journal utan det krävdes att gå in i ytterligare ett register som var kopplat till datajournalen. Varje insats måste registreras för sig och inom systemet fanns ingen möjlighet att påminna om att behandlaren behövde uppdatera eventuella nya insatserna eller antal barn. Flera av informanterna påpekade detta och menade att det bidrog till att insatser tappades bort.

Svårighet att motivera till registreringen

Flera informanter tog upp att de ofta fick påminna sina kollegor om att de inte skulle glömma bort att registrera patienternas barn. Informanterna menade vidare att anledningen till de bristande registreringarna berodde på att riktlinjen inte var

förankrad hos behandlarna eller ledningen vilket bidrog till att det inte uppfattades som så viktigt att registrera och uppmärksamma barnen. Någon informant uttryckte en önskan om att få ta del av resultatet från vår studie för att på så sätt få behandlarna att vara mer aktiva med att uppmärksamma patientens barn. Några informanter hade också mött behandlare som uppgav att frågan om patientens barn var för privat att ställa till patienten, och att den kunde äventyra relationen mellan patienten och behandlaren.

Timing

Några informanter menade att det var viktigt att tänka på när frågan till patienten om barn skulle ställas likaså när den eventuella insatsen skulle ges. Om föräldern befann sig i ett akut skede av sin sjukdom så var det inte lämpligt men i ett lugnare skede så fungerade det bättre. Informanterna påpekade att det var viktigt att informera nästa vårdenhets om insatsen inte kunde genomföras så att de kunde fortsätta arbetet. En informant menade också att det var viktigt att uppmärksamma vilken attityd man som behandlare förmedlade när frågan om patientens barn kom upp i samtalet. Om patienten upplevde sig ifrågasatt som förälder kunde detta leda till svårigheter att fortsätta kontakten. Här fanns också något barnombud som mötts av att personal avstått från att göra insatser för patientens barn av rädsla för att samarbetet med patienten skulle förloras.

Betydelse för barnen

Sällan sökte föräldrarna själva upp barnombuden för att prata om sina barn, men informanterna kunde märka att om det fanns broschyrer i väntrummet som riktade sig till föräldrar med psykisk ohälsa så försvann de snabbt, vilket tolkades som att föräldrarna var intresserade men rädda för att prata om barnen. Informanterna återkom till att många patienter var rädda för att förlora vårdnaden om sina barn när de fick frågan om barn under samtalen, och vikten av att inte få föräldern att hamna i underläge. När informanterna lyckades nå fram till föräldrarna märkte de att deras patienter blev lättade när de vågade prata om sina barn, speciellt om de var oroliga för dem. Med hjälp av samtal, information och broschyrer kring föräldraskap och psykisk ohälsa kunde informanterna bidra till att patienten fick upp ögonen för sina barn, och möjlighet att reflektera kring sitt föräldraskap och vid behov också få hjälp och stöd. Samtliga informanter uppfattade att det var ovärderligt att få lov att möta hela familjen; det bidrog till information om familjen och deras relationer samtidigt som det också gav en förståelse och uppmärksamhet för barnens situation.

En informant tog också upp att oro för patientens barn kan sprida sig i personalgruppen. Oron i personalgruppen kunde lugnas när någon, till exempel barnombudet eller socionomen, engagerade sig i patienten och satte in insatser för patienten, barnen eller hela familjen.

Etiska överväganden

Undersökningen har prövats och godkänts av Regionala Etikprövningsnämnden i Lund (Dnr 2013/305). Frågan om information och samtycke när det gäller patienterna vars uppgifter fanns i patientdatabasen löstes i samråd med den regionala etikprövningsnämnden på följande sätt: en annons med information om studien sattes in i tidningen City den 3 juni 2013. Där fanns kontaktuppgifter till huvudansvarig forskare Gisela Priebe och till dåvarande FOUU-koordinator Lena Eidevall, så att personer som trodde att de tillhörde den grupp som studien avsåg kunde höra av sig för att få mer information eller för att meddela att de inte ville att deras uppgifter ur registret skulle användas i studien. Att skicka ut information och inhämta samtycke från var och en av de runt 30 000 berörda patienterna hade varit både kostsamt och tidskrävande, men framför allt hade personerna då inte kunnat vara anonyma för forskarna. Vad gäller intervjuerna med medarbetarna i Psykiatri Skåne blev samtliga informanter skriftligt informerade om studien och samtyckte både muntligt och skriftligt till intervjun.

Diskussion

Sammanfattningsvis kan följande huvudresultat identifieras för denna studie:

- Det finns en betydande underrapportering av barn som har en förälder med psykisk ohälsa och som kan vara i behov av information, råd och stöd
- I de fall då man har uppmärksammat och registrerat barnen ges få insatser till barnen och deras familjer
- Under tiden 2013 till 2014 har endast en marginell ökning av andelen patienter med registrerade barn och insatser för dessa barn och deras familjer skett, trots att Psykiatri Skåne, delvis i samverkan med andra aktörer, gjort ansträngningar för att implementera lagen om beaktande av barns behov av information, råd och stöd i den kliniska vardagen
- Det finns stora variationer i registreringen av hur barnens behov beaktas, framför allt mellan olika verksamheter, men även med avseende på patienternas kön, diagnos, omfattningen av vården och yrkeskategorier som har gett vården
- Det finns fortfarande en rad hinder inför beaktandet av barnens behov i den kliniska vardagen

Underrapportering av barn som har en förälder med psykisk ohälsa

En förutsättning till att barn till föräldrar med psykisk ohälsa kan erbjudas stöd är att de identifieras. Vår studie visar att andelen patienter inom vuxenpsykiatri där barn registreras är lägre än man med utgångspunkt i tidigare studier skulle kunna förvänta sig. Tidigare studier (t.ex. Skerfving, 2007 och Östman & Eidevall, 2005) visar med god överensstämmelse att cirka en tredjedel av patienterna inom vuxenpsykiatri har minderåriga barn, men i vår studie har bara 12,5 procent av patienterna vid 2013 års mätning och 12,9 procent vid 2014 års mätning registrerats som föräldrar. Studien visar alltså att det rör sig om en betydande underrapportering. I en norsk studie fann man vid en genomgång av patientjournaler vid en vuxenpsykiatrisk klinik att 27 procent av patienterna hade minderåriga barn (Havåg & BarnsBeste, 2013). Men endast för 22 procent av dessa patienter hade uppgiften om barn dokumenterats enligt reglerna (Havåg & BarnsBeste, 2013).

Även om uppgifter om patienternas barn inte registreras enligt reglerna, kan de finnas dolda i en ibland omfattande journaldokumentation och därmed bli svårtillgängliga. Det är troligt att vi hade kunnat hitta hänvisningar till fler barn, om vi i likhet med den norska undersökningen och kartläggningen vid Beroendemedicinskt centrum i Malmö även hade gått igenom journalerna. Med tanke på det mycket stora antalet patienter som ingick i studien har detta inte varit möjligt.

I det ovan nämnda projektet "Barn som anhöriga" framkom också att det är vanligare att medarbetare i Psykiatri Skåne registrerar barnen i föräldrarnas patientjournal än i patientdatabasen (Interreg-projekt: Barn som anhöriga, 2013). I intervjuerna med nyckelpersonerna i vår studie framkom att kunskapen om patienternas barn visserligen ofta finns i verksamheterna, men att det är betydande svårigheter med att registrera patientens barn och insatser som görs för barnen. I det dagliga behandlingsarbetet är det dock inte rimligt att till exempel nya medarbetare ska läsa igenom ibland omfattande journaler för att få en uppfattning om patienten har barn och vilka insatser som har genomförts. Detta gäller i ännu högre grad i de fall då barnen inte alls dokumenteras utan medarbetaren har en tyst kunskap som inte förmedlas vidare till andra medarbetare. Många patienter har också kontakt med flera yrkeskategorier och det kan finnas oklarheter i vem som ansvarar för registreringen av barnen och eventuella insatser.

Hittills har fokus för registreringen legat på barn vars biologiska respektive adoptivföräldrar har psykisk ohälsa. Samtidigt talar lagtillägget även om vuxna som barnet varaktigt bor tillsammans med. Detta skulle till exempel kunna inkludera nya partner när de biologiska föräldrarna har separerat. I vissa fall har barnen mer kontakt med dessa personer än med den ena av sina biologiska föräldrar och de blir ofta inkluderade i de insatser som erbjuds familjen. Det innebär att registreringen behöver anpassas för att även kunna ta med dessa barn, samtidigt som den behöver uppdateras

med jämna mellanrum för att beakta eventuellt ändrade familjeförhållanden.

Det är viktigt att det finns ett enkelt system där alla medarbetare snabbt kan bilda sig en uppfattning om patientens barn och deras behov. Man kan också diskutera om uppgifterna om barnen ska registreras i en separat databas eller om de ska integreras i journalen. Reedtz, Mørch och Lauritzen (2015) föreslår att det inte ska gå att komma vidare med att föra in uppgifter i journalen förrän uppgifter om barnen har registrerats. Enligt Jönsson (u.d.) är sökordet ”barn” obligatoriskt i vissa, men inte alla, journalmallar som används i Psykiatri Skåne. Att sökordet är obligatoriskt innebär att journalen inte kan signeras förrän uppgifterna är ifyllda.

Få insatser ges till barnen och deras familjer

Studien visar också att få av de familjer där barn hade registrerats hade fått någon form av insats. Sannolikt har det skett en underrapportering även här, d.v.s. insatser har getts, men inte registrerats.

Information var den vanligaste insatsen och hade getts till cirka en femtedel av de familjer där barn hade registrerats (gäller båda mättillfällen). Det är troligt att fler barn och deras familjer hade haft behov av information. Dessutom kan det vid mer långvariga kontakter finnas behov att uppdatera information som har blivit inaktuell eller att förnya informationen som har getts tidigare och anpassa den till barnens förändrade förutsättningar vad gäller ålder och mognad.

Insatser som Föra barnen på tal, Beardslee familjeintervention, Samtal med föräldrar och barn eller Samtal utan föräldrar har registrerats i mycket liten omfattning. År 2013 fick mellan 0,2 och 5,3 procent någon av dessa insatser och år 2014 mellan 0,3 och 6,4 procent som fick någon av dessa insatser. Ändå visar vår uppskattning och Interreg-projektets kartläggning (Interreg-projekt: Barn som anhöriga, 2013) att ett antal medarbetare i Psykiatri Skåne, framför allt bland barnombuden, har fått utbildning i Föra barnen på tal eller Beardslee familjeintervention. Därtill kommer utbildningar och nätverk inom andra metoder, till exempel inom ramen för ALMA-projektet i Malmö (2013). Att man har fått utbildning i en metod innebär dock inte alltid att man använder den ofta. I ett förarbete avseende effektutvärdering av Beardslee familjeintervention som genomfördes av Socialstyrelsen fann man utbildade medarbetare i genomsnitt hade genomfört två interventioner under den senaste 12-månadersperioden (Bodin, 2011).

Familjer med små barn har mer sällan fått insatser än familjer med större barn. Med tanke på att just små barn är mer sårbara och mer beroende av föräldrarna än äldre barn är det angeläget att mer fokus läggs på insatser för dessa barn. Alla typer av insatser passar inte familjer med små barn, men de som finns skulle kunna utnyttjas mer och nya metoder för familjer med små barn behöver etableras mer. Det är också viktigt att tänka på att familjer kan behöva upprepade insatser där olika metoder används över tid, anpassad till barnens aktuella utvecklingsnivå.

Typen av insatserna skiljer sig också åt beroende på föräldrarnas diagnos. Relativt sett är familjer där en förälder har schizofreni eller psykos bäst tillgodosedda, vilket dels kan bero på att det rör sig om en allvarlig problematik, men också att vårdkontaktarna ofta är långa och behandlarna lär känna patienterna och deras familjesituation väl. Samtidigt har nästan två tredjedelar av de registrerade barnen en förälder med förstämningssyndrom eller ångest och stressreaktioner, Inom dessa grupper skulle betydligt fler föräldrar och barn kunna få insatser. När det gäller familjer där en förälder har en missbruksdiagnos verkar man ofta nöja sig med att det finns kontakt med socialförvaltningen; dessa familjer får relativt sällan andra typer av insatser. Enligt kartläggningen från Beroendemedicinskt centrum i Malmö, där man även har tagit del av journaluppgifter, har orosanmälningar för barn som far illa gjorts för 45,8 procent av familjerna under den aktuella perioden 2013 och av dessa har 40 procent även fått andra insatser i form av information, råd och stöd enligt Hälso- och sjukvårdslagen (Jönsson, u.d.).

När det gäller kontakt med Barn- och ungdomspsykiatri och Socialtjänst framgår det inte av registret om kontakten redan var etablerat när den kom till vuxenpsykiatriens kännedom eller om en medarbetare från vuxenpsykiatrien har initierat kontakten och om det har skett samverkan mellan de olika organisationerna. Det framgår inte heller när kontakten var aktuell och om den fortfarande pågår. Det är angeläget att uppgifterna uppdateras så att vuxenpsykiatriens medarbetare inte får uppfattningen att kontakter är aktuella som i själva verket har avslutats.

Endast marginell ökning av registrerade barn, insatser mellan 2013 och 2014

Andelen patienter med registrerade barn ökade från 12,5 procent år 2013 till 12,9 procent år 2014. Även insatserna som getts ökade bara marginellt under denna tid (se diagram 2). Detta skedde trots att Psykiatri Skåne, även i samarbete med andra aktörer, hade genomfört en rad aktiviteter och projekt för att implementera lagtillägget och riktlinjer i den kliniska vardagen.

Liknande resultat har funnits i en jämförbar norsk implementeringsstudie (Reedtz, Mørch & Lauritzen, 2015). Författarna hänvisar till beräkningar som visar att 37 procent av alla barn i Norge har en eller två föräldrar med psykiskt ohälsa. Andelen patienter med registrerade barn var dock ännu lägre än i Sverige. År 2010 registrerades minderåriga barn hos fyra procent av patienterna som ingick i den norska studien, år 2011 var det fem procent och år 2012 sju procent. Författarna drar slutsatsen att det med bibehållen ökningstakt tar 19 år innan alla barn registreras. Om vi utgår från siffrorna i vår studie och att cirka 30 procent av patienterna inom vuxenpsykiatrien är föräldrar till minderåriga barn, tar det till år 2041 innan alla barn registreras i Skåne.

Stora variationer i registreringen

Registerstudien visar att det finns skillnader i registreringen av patienternas barn och insatser för barnen och deras familjer, beroende på bland annat patienternas diagnos, kön och hos vilken verksamhet de har fått sin vård. Det kan vara så att sannolikheten att ha barn skiljer sig mellan olika diagnosgrupper. Det förklarar dock inte skillnaden mellan olika diagnosgrupper när det gäller om insatser genomförs eller inte, när väl ett barn har registrerats. Det förefaller också som att yngre barn uppmärksammas i mindre utsträckning än äldre barn. Det kan bero på en osäkerhet inför arbetet med yngre barn hos medarbetarna eller att insatser som Beardslee familjeintervention inte lämpar sig för små barn. Samtidigt kan en insats som Föra barn på tal genomföras redan under förälderns graviditet.

Särskilt oroande är att det finns skillnader mellan olika verksamheter och verksamhetsområden både när det gäller andelen patienter med registrerade barn och framför allt när det gäller insatser för registrerade barn och deras familjer. Det är svårt att uttala sig om anledningen till detta utan att göra närmare analyser. Det ligger dock nära till hands att förmoda att enstaka eldsjälur (eller frånvaron av sådana) kan göra stor skillnad i en verksamhet. Det ska finnas en eller två barnombud på varje enhet i Psykiatri Skåne och liknande upplägg finns hos de privata vårdgivarna. Intervjuerna med barnombuden i vår studie visar att uppdraget kan kännas pressande. Kanske finns en viss risk att ansvaret att tillgodose barnens behov i första hand läggs på barnombuden, vilket leder till en sårbarhet eftersom det rör sig om ett fåtal personer. Det talar för att det finns fördelar med att engagera hela enheten i arbetet kring barnen, samtidigt som det är viktigt att ha en tydlig ansvarsfördelning.

Fortfarande hinder inför beaktandet av barnens behov i den kliniska vardagen

I intervjuerna med barnombuden framkommer flera hinder för implementeringen av lagtillägget i det dagliga kliniska arbetet. Informanterna beskriver att systemet för registrering är omständligt och att det kan vara svårt att påminna och motivera kollegor att registrera. Informanterna uppger också att en del kollegor är tveksamma till att prata med sina patienter om deras barn, eftersom de är oroliga för att det kan äventyra relationen till patienten. Dessa uppgifter stämmer väl överens med resultaten från en norsk studie (Lauritzen, Reedtz, Van Doesum & Martinussen, 2014). Författarna hänvisar till att enbart tillägg i lagstiftningen eller positiva attityder hos medarbetare till att beakta barns behov inte nödvändigtvis till förändringar i det praktiska arbetet. Man fann att yngre medarbetare med medellång utbildning och positiva förväntningar på interventionernas effekter oftare identifierade barn än sina kollegor. Man föreslår att kunskap om patienternas föräldraroll ska inkluderas i medarbetarnas utbildning.

Implementering av ett nytt arbetsätt

Implementeringen av nya metoder och arbetsätt i en befintlig verksamhet är en komplex uppgift. Fixsen, Naoom, Blase, Friedman och Wallace (2005) och Greenhalgh, Robert, MacFarlane, Bate och Kyriakidou (2004) har gjort var sin omfattande genomgång av implementeringslitteraturen. Greenhalgh och medarbetare (2004) utgår framför allt från hälso- och sjukvården medan Fixsen och medarbetare (2005) fokuserar på spridningen av evidensbaserade metoder inom socialt arbete. Fixsen och medarbetare (2005) definierar implementering som “a specified set of activities designed to put into practice an activity or program of known dimensions” och beskriver ett antal kärnkomponenter som samverkar och som är av betydelse för en framgångsrik implementering: val av metod, förberedande träning, konsultation och handledning, val av medarbetare, utvärdering och administrativt stöd. När det gäller barns behov som anhöriga till föräldrar inom vuxenpsykiatri, finns idag flera olika metoder och insatser, men ingen sammanhängande modell för när vilka insatser ska ges. Detta var också något som kom fram i våra intervjuer med nyckelpersonerna. En insats, som till exempel Beardslees familjeintervention var inte lämplig att använda i en patients akuta sjukdomsfas medan insatsen information kunde fungera mer framgångsrikt. Någon specifik modell för när och hur insatserna skulle ges till patienten och barnen fanns dock inte utan det var upp till den enskilde behandlaren att bedöma.

Flera internationella studier visar på svårigheten med att implementera ett mer barnfokuserat arbete inom vuxenpsykiatri (Fudge, Falkov, Kowalenko & Robinson, 2004; Kim & Salyers, 2008; Maybery & Reupert, 2009). Det finns också en pågående norsk studie om implementeringen av metoder för att uppmärksamma barnens behov inom vuxenpsykiatri (Lauritzen, 2013; Lauritzen & Reedtz, 2013; Lauritzen,

Reedtz, van Doesum & Martinussen, 2014; Reedtz, Lauritzen & van Doesum, 2012). Resultaten stämmer väl överens med fynden från vår studie. Många medarbetare är väl medvetna om vilka konsekvenser föräldrarnas psykiska ohälsa kan ha för barnen och vilka skyldigheter de har enligt tillägget i lagen, men bara drygt hälften uppgav att de brukade registrera om patienterna har minderåriga barn (Lauritzen & Reedtz, 2013). Ett antal faktorer relaterade till ledning och organisation, medarbetare, patienterna och deras familjer samt övrig kontext främjar en framgångsrik implementering, till exempel resurser i form av tid och antal medarbetare, stabilitet i personalgruppen och etablering av tilltro hos familjen (Lauritzen & Reedtz, 2013).

I vår studie hade nyckelpersonerna en positiv bild av att arbeta med patientens familj. De uppfattade att också patienten upplevde det som ett stöd. Att som förälder med psykisk ohälsa få lov att prata om sina barn och den oro de känner för dem beskrivs också av Skärsäter (2006). Samtidigt pekade nyckelpersonerna i vår studie på att frågor om barn och föräldraskap kan vara ett känsligt område hos patienterna och behöver förmedlas med respekt. Nyckelpersonerna hade erfarenhet av att personal inte vågade fråga om barnen av rädsla för att patienten skulle avbryta behandlingen. Maybery och Reupert (2006, 2009) och Lauritzen, Reedtz, Van Doesum och Martinussen (2014) har undersökt vilka hinder som finns i en vuxenpsykiatrisk verksamhet när det gäller att arbeta med den psykisk sjuka föräldrarnas barn. En farhåga som omnämns är att alliansen mellan patienten och personalen kan gå förlorad eller försämrats när personalen tar upp frågan kring barnen och om patienten behöver något stöd i detta. Andra hinder som beskrivs är tidsbrist, begränsade resurser att utföra arbetet och att patienten inte själv uppfattade sig som psykiskt sjuk. En finsk studie (Korhonen, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä, 2008) beskriver bristen på tid hos personalen som en bidragande faktor till att man inte arbetar med patientens familj, men också bristen på kunskap om ett familjeorienterat arbetssätt inom vuxenpsykiatri.

Inom Psykiatri Skåne är arbetet med barnombud för att identifiera barn till psykisk sjuka föräldrar etablerat sedan många år tillbaka (Östman & Afzelius, 2008, 2011). Trots det uppfattade nyckelpersonerna i vår studie att de ofta fick påminna sina kollegor om att registrera patientens barn och insatser, och att motivationen bland kollegerna att registrera fattades. Nyckelpersonerna i vår studie hade behov av att verksamheterna skulle få kunskap om vikten av att uppmärksamma patienternas barn via registreringarna. Det framkom också att riktlinjerna inte helt var förankrade i verksamheterna och det fanns en önskan om att ansvaret för att implementera dem inte skulle åläggas nyckelpersonerna. Trots att nyckelpersonerna uppfattade att de hade stöd på sin arbetsplats så framkom det svårigheter med att arbeta med riktlinjerna. Östman och Afzelius (2008) studie visar uppgiften som barnombud kan vara förenad med en del osäkerhet. En tredjedel av barnombuden uppfattade sitt uppdrag som luddigt och det var ibland svårt att framgångsrikt föra fram patienternas barn och deras situation.

Registerstudiens begränsningar

En registerstudie som denna har flera begränsningar. Till exempel bygger uppgifterna i patientdatabasen på medarbetarnas rapportering. Det innebär att det kan finnas felkällor varav den vanligaste förmodligen är underrapportering av barn trots att man hade kännedom om dem och bristande rapportering av insatser som har gjorts vilket också framkom i intervjuerna med nyckelpersonerna.

Vidare begränsas registreringen till barnens förälder medan lagen även talar om ”annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med” (HSL § 2g). Studien ger ingen kunskap om i vilken utsträckning behov hos barn som till exempel bor tillsammans med en styvförälder med psykisk ohälsa beaktas.

Otydligheter i själva patientdatabasen leder till att data kan vara svårtolkade. Om till exempel en patient är förälder till flera barn är det inte möjligt att se vilket eller vilka barn en insats avsåg. Det kan också vara så att en del av insatserna avsåg äldre syskon som nu är myndiga. Det har heller inte varit möjligt att se i patientdatabasen i vilken utsträckning båda föräldrar har kontakt med vuxenpsykiatri. Det innebär att det finns en risk för viss överrapportering av antalet barn. Samtidigt vet vi från tidigare forskning att dessa barn är relativt få. Skerfving (2007) anger att 1,5 procent av barnen i hennes studie har föräldrar som båda var patienter medan Hjern och Manhica (2013) fann att 0,3 procent av barnen födda 1987 – 1989 hade två föräldrar som under deras barndom hade vårdats i heldygnsvård på grund av missbruk eller psykisk sjukdom. Tvillingar och andra syskon som är födda samma år registreras bara som ett barn, vilket i sin tur skulle kunna leda till en viss underregistrering. Sammanfattningsvis skall uppgiften om att minderåriga barn har registrerats hos 13 procent av patienterna inte ses som en absolut siffra. Men även om det hade varit möjligt att justera för de ovan nämnda faktorerna kvarstår att det handlar om en betydande underrapportering.

Patientdatabasen innehåller inga uppgifter om patientens socioekonomiska status eller etnicitet, faktorer som i Hjern och Manhicas (2013) har visat är av stor betydelse för familjernas situation. Det finns heller ingen information i patientdatabasen om barnet bor tillsammans med patientföräldern. Att stadigt bo tillsammans med en förälder med psykisk ohälsa kan vara en stor belastning för ett barn. Samtidigt vet vi att även barn som inte bor tillsammans med en patientförälder kan bära på mycket oro för hur föräldern klarar sig (Sundström, 2012).

Slutsats och rekommendationer

Barnens behov när en förälder har psykisk ohälsa skall beaktas i större utsträckning och motsvarande tillägg i hälso- och sjukvårdslagen skall enligt lag implementeras tydligare i den vuxenpsykiatriska verksamheten.

För att uppnå detta rekommenderar vi

- att barn- och familjekompetensen utvecklas både generellt bland alla medarbetare och mer specifikt bland dem som genomför insatser. Vuxenpsykiatrien fokuserar traditionellt på den individuella vuxne patienten. Det är därför viktigt att förstärka attityden att beaktandet av barnens behov är en naturlig del av vuxenpsykiatriens uppgifter. Den traditionella individcentrerade behandlingen behöver kompletteras med systemorienterade arbetsätt hos alla vårdgivare och resurser behöver ställas till förfogande så att insatser kan genomföras. Det är en uppgift som inte enbart kan lämnas till barnombuden. Vidare behövs fortsatt utbildning i olika typer av insatser och kompetensutveckling för att kunna kommunicera med barn i olika åldrar. Barn- och familjekompetens behöver bli en del i alla aktuella yrkeskategoriers grundutbildning för att senare utvecklas vidare utifrån den aktuella arbetsplatsens behov.
- att en modell utvecklas för när vilka insatser ska ges till vilka familjer och av vem. En sådan modell underlättar inte bara för den enskilde medarbetaren i valet av lämpliga insatser, utan tydliggör också vilka resurser i form av tid och utbildning som behöver tillföras inom organisationen. För patienter med långa eller återkommande kontakter med vuxenpsykiatrien behöver insatserna uppdateras utifrån familjens sammansättning och barnens utveckling.
- att samverka med barn- och ungdomspsykiatrien, socialtjänsten, men även skola och förskola förbättras. Dessa instanser kan ofta erbjuda stöd till barnen och deras föräldrar som kompletterar, men inte ersätter, de insatser som vuxenpsykiatrien kan ge. Till exempel har många kommuner idag stödgrupper för barn med psykiskt sjuka föräldrar eller föräldrar med missbruk. I vissa fall leds grupperna av medarbetare från socialtjänst och vuxenpsykiatri tillsammans.
- att registreringen i patientdatabasen eller i journalen förtydligas, förenklas och regelbundet följs upp. Själva registreringen ska vara så enkel och tidsbesparande som möjligt för medarbetarna och de data som samlas in ska användas för feedback och fortsatt utveckling av arbetet med att beakta barnens behov
- att beslutsfattare ser över vilka barn som ska omfattas av lagen. Som lagen är formulerad idag, är en förutsättning för att barnet ska få information, råd och stöd att det varaktigt bor tillsammans med en förälder eller annan vuxen som har en psykisk störning eller funktionsnedsättning, har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel eller oväntat avlider. Men även barn som inte varaktigt bor tillsammans med sin förälder eller som har syskon med ovan nämnda problematik kan ha behov av information, råd och stöd.

Referenser

- BarnsBeste (2013). *Registrering og oppfølging av barn som pårørende ved Sørlandet sykehus*. Kristiansand: Sørlandet Sykehus.
- Bodin, M. (2011). Rapport gällande förarbete avseende effektutvärdering av Beardslee's familjeintervention. Socialstyrelsen.
- Boenish-Alert, S., Holtz, K., Müller, A.-G., Bramesfeld, A., Hierse, F., Schützwohl, M., Hegerl, U. & Kocalevent, R.-D. (2013). Mentally ill parents in psychiatric outpatient care: Results of the study 'HELP-S for Children'. *International Journal of Mental Health Promotion*, 15, 254-262.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231).
- Focht-Birkerts, L. & Beardslee, W.R. (2000). A child's experience of a parental depression: encouraging relational resilience in families with affective illness. *Family Process*, 39, 417-434.
- Fudge, E., Falkov, A., Kowalenko, N. & Robinson, P. (2004). Parenting is a mental health issue. *Australasian Psychiatry*, 12, 166-171.
- Greenhalgh, T., Robert, G., MacFarlane, F., Bate, P. & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82, 581-629.
- Hagström, B. (2001). *Barn på bräcklig grund - En kartläggning av barn mellan noll till sju år som har en psykiskt störd förälder*. (Pedagogisk-Psykologiska problem, Nr 667). Malmö Högskola: Institutionen för pedagogik.
- Hagström, B. (2013). *Att möta sitt barn/sin förälder på vuxenpsykiatrisk heldygnsvård. Ett utvecklingsprojekt inom ALMA- samverkansgruppen kring barn till föräldrar med psykisk ohälsa 2012.08.01-2012.12.31*. Region Skåne, Malmö stad.
- Handley, C., Farrell, G., Josephs, A., Hanke, A. & Hazelton, M. (2001). The Tasmanian children's project: The needs of children with a parent/carer with mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, 221-228.
- Havåg, E.B. & BarnsBeste (2013). *BarnsBeste Journalinnsyn "Barn som pårørende"*. Kristiansand: Sørlandet Sykehus.
- Hjern, A. & Manhica, H.A. (2013). *Barn som anhöriga till patienter i vården – hur många är de? Nka Barn som anhöriga 2013:1*.

Hälso- och sjukvårdslag (HSL 1982:763).

Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem (ICD-10-SE). Systematisk förteckning. Stockholm: Socialstyrelsen.

Interreg-Projekt: Barn som anhöriga (2013). *Barn som anhöriga inom psykiatrin – Kartläggning av insatserna i Psykiatri Skåne och Region Hovedstadens Psykiatri*. Hämtad 22 augusti, 2014, från http://www.skane.se/Public/psykiatri_skane/fouu/barn%20som%20anh%c3%b6riga/17332_rapport_svensk_FINAL.pdf

Jönsson, L. (u.å.). *Barn som anhöriga- En kartläggning inom BCM avseende föräldrar till minderåriga barn*. Version 1.1. Beroendecentrum Malmö. Region Skåne.

Kim, H.-W. & Salyers, M.P. (2008). Attitudes and perceived barriers to working with families of persons with severe mental illness: Mental health professionals' perspectives. *Community Mental Health Journal*, 44, 337-345.

Korhonen, T., Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A.-M. (2008). Implementing child-focused family nursing into routine adult psychiatric practice: hindering factors evaluated by nurses. *Journal of Clinical Nursing* 17, 499-508.

Korhonen, T., Pietilä, A. M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2010). Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in adult psychiatry? A questionnaire survey. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 24, 65-74.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lauritzen, C. (2013). *Implementing interventions in adult mental health services to identify and support children of mentally ill parents* (Doktorsavhandling). The Arctic University of Norway, Regional Center for Child and Youth Mental Health & Child Welfare.

Lauritzen, C. & Reedtz, Ch. (2013). Support for children of service users in Norway. *Mental Health Practice*, 16, 12 – 18.

Lauritzen, C., Reedtz, Ch., van Doesum, K. & Martinussen, M. (e-publ 15 March 2014). Factors that may facilitate or hinder a family-focus in the treatment of parents with a mental illness. *Journal of Child and Family Studies*.

Manual för Beardslees familjeintervention (utan datum). Översättning från William Beardslees manual.

Maybery, D. & Reupert, A. (2006). Workforce capacity to respond to children whose parents have a mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 657-664.

Maybery, D. & Reupert, A. (2009). Parental mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 784-791.

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

Proposition 2008/09:193 Vissa psykiatrifrågor mm. Sveriges Riksdag.

Psykiatri Skåne, Förvaltningsledningen (2010, rev. 2012). Registrering – Barn till psykiskt sjuka, rev. version

- Psykiatri Skåne, Förvaltningsledningen (2010, rev. 2011 och 2014). Riktlinjer för att beakta behov hos barn till psykiskt sjuka föräldrar. Dnr 1003912/FS
- Psykiatri Skåne, Hemsida (u.å.). Hämtad 2015-08-31 från <http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Psykiatri-Skane/Om-Psykiatri-Skane/>
- Reedtz, Ch., Lauritzen, C. & van Doesum, K.T.M. (2012). Evaluating workforce developments to support children of mentally ill parents: Implementing new interventions in the adult mental healthcare in Northern Norway. *BMJ Open*, 2:e000709.
- Reedtz, Ch., Mørch, L. & Lauritzen, C. (2015). Registreres psykiatriske pasienters barn i elektronisk pasientjournal? *Nordisk sygeplejeforskning*, 36 - 45.
- Rutter, M. & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: Effects on children. *Psychological Medicine*, 14, 853 – 880.
- Samverkansgruppen ALMA, Psykiatri Skåne, & Malmö stad (u.d.). *Manual för samtal med föräldrar och barn*.
- Skerfving, A. (2007). *Patienternas barn. Om prevalens, insatser och samverkan inom allmänpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänst – Två registerstudier vid vuxenpsykiatri i Södra Stockholm*. Stockholm: Stockholms läns sjukvårdsområde.
- Skärsäter, I. (2006). *Parents with first time major depression: Perception of social support for themselves and their children*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20, 308-314.
- Socialtjänstlag (SFS 2001:453).
- Solantaus, T. (2006). *Föra barnen på tal – när en förälder har psykisk ohälsa. Manual och loggbok*. Bearbetning och anpassning till svenska förhållanden: Marianne Borgengren, 2010. THL (Finska institutet för hälsa och välfärd)
- Statistiska centralbyrån (SCB), befolkningsstatistik för 2013. Hämtad 2014-11-30, från http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistikdatabasen/Variabelvaljare/?px_tableid=ssd_extern%3aBefolkningNy&rxid=c61e8774-6e5a-4876-987e-c05ca677d6b6
- Sundström, E. (2012). *Jag är också viktig. Att vara ung anhörig till en familjemedlem som är sjuk eller har ett funktionshinder*. Stockholm: MBM Förlag.
- Torvik, F.A. & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: Omfang og konsekvenser: (Rapport 2011:4)*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V. & Verdelli, H. (2006). Offspring of depressed parents: 20 years later. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1001-1008.
- Östman, M. & Afzelius, M. (2008). *Barnombud i psykiatri – i vems intresse?* FoU Rapport 2008:2. Malmö: Malmö Högskola.
- Östman, M. & Afzelius, M. (2011). Children's representatives in psychiatric services: What is the outcome? *International Journal of Social Psychiatry*, 57, 144 – 152.
- Östman, M. & Eidevall, L. (2005). Illuminating patients with children up to 18 years of age – A 1-day-inventory study in a psychiatric service. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 388-392.

Bilaga

Tabell 9. Andel familjer med registrerade barn som har fått minst en insats, uppdelat efter barnens ålder.
Procent. År 2013: n=3 707; År 2014: n=3 863

	Andel av familjer som har fått minst en insats	
	År 2013 % (n)	År 2014 % (n)
Familjer med ...		
... endast småbarn	19,6 (44)	18,7 (50)
... både småbarn och förskolebarn	20,3 (28)	19,0 (31)
... endast förskolebarn	25,8 (150)	27,5 (161)
... både förskolebarn och skolbarn	30,0 (125)	30,3 (122)
... endast skolbarn	29,6 (196)	30,9 (216)
... både skolbarn och tonåringar	27,7 (130)	32,1 (160)
... tonåringar	31,2 (270)	33,8 (298)
... flera barn i olika åldrar	30,0 (105)	29,0 (106)
Totalt	28,3 (1048)	29,6 (1 144)

Tabell 10. Typ av insatser, uppdelat efter barnens ålder. N=3 707 (mätning 1)

	Infor- mation % (n)	Föra barnen på tal % (n)	Beardslees	Samtal föräldrar och barn % (n)	Samtal utan föräldrar % (n)	Barn- och ungdoms- psykiatri % (n)	Social- tjänst % (n)
År 2013							
Familjer med ...							
... endast småbarn	12,4 (28)	2,7 (6)	-	0,4 (1)	-	3,1 (7)	7,6 (17)
... både småbarn och förskolebarn	10,9 (15)	5,8 (8)	-	2,2 (3)	-	2,2 (3)	8,7 (12)
... endast förskolebarn	16,7 (97)	5,9 (34)	-	0,7 (4)	-	2,4 (14)	10,2 (59)
... både förskolebarn och skolbarn	22,1 (92)	4,1 (17)	0,5 (2)	1,7 (7)	-	3,4 (14)	9,1 (38)
... endast skolbarn	20,5 (136)	6,0 (40)	2,1 (14)	2,7 (18)	0,2 (1)	3,6 (24)	11,6 (77)
... både skolbarn och tonåringar	18,7 (88)	4,9 (23)	2,8 (13)	2,8 (13)	0,6 (3)	3,2 (15)	10,6 (50)
... tonåringar	22,2 (192)	5,2 (45)	2,0 (17)	2,2 (19)	0,5 (4)	3,6 (31)	11,4 (99)
... flera barn i olika åldrar	21,4 (75)	7,1 (25)	1,7 (6)	0,9 (3)	0,3 (1)	5,1 (18)	13,1 (46)
Totalt	19,5 (723)	5,3 (198)	1,4 (52)	1,8 (68)	0,2 (9)	3,4 (126)	10,7 (398)
År 2014							
Familjer med ...							
... endast småbarn	10,1 (27)	2,2 (6)	-	0,4 (1)	-	3,4 (9)	10,8 (29)
... både småbarn och förskolebarn	12,3 (20)	6,1 (10)	-	2,5 (4)	-	1,8 (3)	6,7 (11)
... endast förskolebarn	17,4 (102)	7,2 (42)	0,3 (2)	1,4 (8)	0,2 (1)	2,9 (17)	10,8 (63)
... både förskolebarn och skolbarn	22,8 (92)	6,2 (25)	1,0 (4)	2,5 (10)	-	3,7 (15)	8,9 (36)
... endast skolbarn	20,8 (145)	6,4 (45)	1,7 (12)	2,6 (18)	0,1 (1)	3,9 (27)	12,0 (84)
... både skolbarn och tonåringar	22,2 (111)	6,8 (34)	3,2 (16)	2,6 (13)	0,8 (4)	4,6 (23)	11,8 (59)
... tonåringar	22,6 (199)	7,3 (64)	3,1 (27)	3,9 (34)	0,6 (5)	3,4 (30)	13,5 (119)
... flera barn i olika åldrar	21,9 (80)	6,0 (22)	1,9 (7)	0,8 (3)	0,3 (1)	4,7 (17)	11,8 (43)
Totalt	20,1 (776)	6,4 (248)	1,8 (68)	2,4 (91)	0,3 (12)	3,7 (141)	11,5 (444)

Tabell 11. Typ av insatser, uppdelat efter föräldrarnas huvuddiagnos.

		Föra barnen på tal % (n)	Beardslees familjeintervention % (n)	Samtal föräldrar och barn % (n)	Samtal utan föräldrar % (n)	Barn- och ungdomspsykiatri % (n)	Socialtjänst % (n)
År 2013							
Föräldrarnas huvuddiagnos							
Schizofreni, psykos	34,3 (84)	7,8 (19)	4,1 (10)	5,7 (14)	1,6 (4)	2,9 (7)	19,2 (47)
Förstämningsyndrom	22,4 (227)	5,5 (56)	1,2 (12)	2,0 (20)	0,1 (1)	4,0 (41)	8,2 (83)
Ångest och stressreaktioner	20,5 (208)	6,6 (67)	1,8 (18)	2,2 (22)	0,2 (2)	4,1 (42)	9,4 (95)
Missbruk	13,8 (71)	2,1 (11)	0,4 (2)	0,4 (2)	-	0,4 (2)	17,3 (89)
Personlighetsstörningar	23,6 (30)	7,9 (10)	2,4 (3)	2,4 (3)	1,6 (2)	5,5 (7)	15,0 (19)
Hyperaktivitetsstörningar	14,5 (46)	2,5 (8)	0,6 (2)	0,3 (1)	-	5,0 (16)	6,9 (22)
Övriga störningar	13,8 (34)	6,1 (15)	1,6 (4)	1,6 (4)	-	3,7 (9)	6,9 (17)
Ingen huvuddiagnos	10,0 (23)	5,2 (12)	0,4 (1)	2,9 (2)	-	0,9 (2)	11,4 (26)
Totalt	19,5 (723)	5,3 (198)	1,4 (52)	1,8 (68)	0,2 (9)	3,4 (126)	10,7 (398)
År 2014							
Föräldrarnas huvuddiagnos							
Schizofreni, psykos	37,4 (61)	9,8 (16)	4,3 (7)	8,0 (13)	2,5 (4)	2,5 (4)	20,9 (34)
Förstämningsyndrom	20,1 (161)	6,2 (50)	2,4 (19)	2,5 (20)	0,2 (2)	4,4 (35)	6,9 (55)
Ångest och stressreaktioner	20,5 (239)	7,1 (83)	1,6 (19)	2,2 (26)	0,3 (3)	3,6 (42)	8,3 (97)
Missbruk	18,9 (40)	5,2 (11)	0,5 (1)	2,8 (6)	-	0,5 (1)	34,9 (74)
Personlighetsstörningar	23,9 (50)	8,6 (18)	5,7 (12)	2,9 (6)	-	5,7 (12)	16,7 (35)
Hyperaktivitetsstörningar	17,2 (77)	3,1 (14)	0,9 (4)	1,3 (6)	-	4,3 (19)	8,1 (36)
Övriga störningar	16,7 (88)	8,5 (45)	0,9 (5)	2,1 (11)	0,6 (3)	4,5 (24)	9,8 (52)
Ingen huvuddiagnos	18,0 (60)	3,3 (11)	0,3 (1)	0,9 (3)	-	1,2 (4)	18,3 (61)
Totalt	20,1 (776)	6,4 (248)	1,8 (68)	2,4 (91)	0,3 (12)	3,7 (141)	11,5 (444)

