

# ALHVA – hembaserad behandling för riskutsatta spädbarn och deras föräldrar

Birthe Hagström, Annelie Lindberg

Birthe Hagström, fil dr i pedagogik. E-post: birthe.hagstrom@telia.com  
Annelie Lindberg, utvecklingsledare/teamledare AHLVA, Arbetsmarknad och  
Socialförvaltning, Malmö Stad. E-post: annelie.lindberg@malmo.se

Behovet av omfattande insatser riktat till föräldrar med långvarig psykisk ohälsa/sjukdom och deras späda barn uppmärksammades inom en etablerad samverkan. Inom ramen för ett forskningsprojekt startades ett hembaserat arbete i samverkan med andra vårdgivare och myndigheter under spädbarnsåret. Syftet var att erbjuda behandling och undersöka om insatserna påverkade barnens utveckling och familjens situation positivt. Tre centrala områden lyfts fram i denna artikel, helhetsperspektivet, att merparten av behandlingen sker i hemmiljö och samarbetet med förskolan. Resultatet visar på en positiv förändring för barnen och deras föräldrar men också att många svårigheter kvarstod och att ett viktigt utvecklingsområde bland andra är kompensatoriska insatser för barnen. Ett kort avsnitt beskriver fortsatt arbete efter projekt slut.

The need for extensive efforts targeting parents with long-term mental illness and their infant children was noted in an established collaboration. Within the framework of a research project, a home-based initiative was undertaken in collaboration with other healthcare providers and authorities during child infancy. The purpose was to offer treatment and to investigate whether the interventions affected the development of children and the family's situation positively. Three central themes are highlighted in this article; 1) the overall perspective, 2) most of the treatment takes place in the home environment and 3) cooperation with the pre-school. The results showed a positive change for the children and their parents but they also revealed that many difficulties remain in the family and an important area of development, among others, is in compensatory efforts for the children.

## Inledning

Många späda och små barn växer upp i familjer där föräldern/föräldrarna har psykisk ohälsa/sjukdom, missbruk och/eller där det förekommer våld. Idag har vi stor kunskap om hur små barn utvecklas i samspel med sin omgivning och att svårigheter riskerar att påverka barnets utveckling negativt

(Broberg et al. 2015). Vi vet också att ju fler riskfaktorer som finns för barnet desto större är risken för en negativ utveckling (Masten & Coatsworth 1996; Rutter & Quinton 1984). Istället för att skydda och reglera barnets känslor kan omsorgsgivaren vara otillgänglig och/eller oförutsägbar och kan även vara någon som väcker rädsla, vilket har en negativ påverkan på barnets

anknytningsutveckling (Lyons Ruth & Jacobvitz 2008) samt en neurologisk påverkan (Glaser 2000; Nordanger & Braarud 2017). För ett litet barn är den rädsla och stress som pågår i vardagen och som kommer från barnets omsorgsgivare den allvarligaste (Nordanger & Braarud 2017). En svensk studie visar att barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller missbruk riskerar att utveckla egna svårigheter (Hjern et al. 2014). I denna artikel beskrivs kunskap och erfarenhet från det hembaserade forskningsprojektet ALHVA, som riktade sig till späda barn och deras föräldrar som levde i en risksituation och där andra insatser ansågs otillräckliga. Först ges en bakgrund, därefter delar av innehåll och resultat från tre centrala områden där vi ännu saknar mycket kunskap utifrån svenska förhållanden. Det första är helhetsperspektivet som genomsyrar behandlingen, det andra är att merparten av arbetet sker i familjens hem och slutligen det nära samarbetet med förskolan. Därpå summeras vad som hänt efter projektslut och slutligen ges våra reflektioner.

### Bakgrund

I Malmö startade 1999 ett samverkansarbete (ALMA) för att utveckla en modell där verksamheter tillsammans försöker stödja föräldrar med psykisk ohälsa/sjukdom och deras barn (Hagström 2003; 2010). Inom denna samverkan, som involverar socialtjänst, barn- och vuxenpsykiatri, mödra- och barnhälsovård, inrättades bl.a. tvärfackliga konsultationsteam dit personal som möter barnfamiljer

med svårigheter kan vända sig för att rådgöra om lämpligt stöd. Via konsultationsteamet blev det succesivt synligt att till de mest utsatta späda och små barnen och deras föräldrar saknades insatser som var anpassade till föräldrarnas förmåga och barnens behov. I Region Skåne finns sedan 1982 spädbarnsverksamheter dit merparten föräldrar med svårigheter i kontakt och samspel med sitt barn kan få behandling. För gruppen spädbarnsföräldrar med långvariga egna svårigheter samt problem att klara vardagen, bristande motivation, svårigheter att passa tider och formulera sitt hjälpbehov är det nödvändigt att använda sig av och vidareutveckla den kunskap som finns (Sund Sjøvold & Furuholmen 2015). Från forskning dras slutsatsen att för denna grupp föräldrar och barn behövs individualiserade, målinriktade insatser som utgår från den komplexa situation som barnet lever i (Egeland & Erickson 2004; Jones Harden 2010; Olds 2002; Sadler et al. 2006).

### ALHVA växer fram

Att de mest behövande spädbarnen och deras föräldrar var de som i lägst grad erhöll hjälp blev inledningen till en diskussion i ALMA på lednings- och verksamhetsnära nivå. Diskussionen tog sin utgångspunkt i tidigare forskning och kliniska erfarenheter och utmynnade i ett förslag på hembaserat arbete under spädbarnsåret. Med stöd av medel från Folkhälsomyndigheten startades 2013 ett tvåårigt forskningsprojekt i samarbete mellan Malmö stad och Malmö Högskola. Syftet var att erbjuda hembaserade insatser i

samverkan med andra vårdgivare och myndigheter under spädbarnsåret och utvärdera om dessa insatser bidrog till att föräldraförmågan utvecklades och att det tillsammans med ett kompen- serande stöd blev tillräckligt för en god fysisk och psykisk utveckling hos barnet.

### **ALHVAs teoretiska ram**

Barnen som ALHVA kom i kontakt med lever över tid med ogynnsamma omgivningsfaktorer och ett använd- bart teoretiskt perspektiv kan vara utvecklingspsykopatologi. Att följa utvecklingen över tid och se avvikelser från ”normalutvecklingen” bi- drar till förståelse och kunskap kring barn som växer upp i miljöer där det finns flera riskfaktorer i familjen och/ eller i omgivningen (Andersson 2008; Egeland 2009; Rutter 1996; Sroufe et al. 2005). Kunskap från utvecklings- psykopatologin bidrar till att man idag betonar vikten av att inte ”vänta och se” utan erbjuda tidiga insatser. I spä- och småbarnsåren är en cen- tral utvecklingsuppgift att utveckla en anknytning till sin förälder. Beroende på den hjälp barnet får i anknytnings- situationer och i situationer av utfors- kande utvecklas en trygg, otrygg eller en desorganiserad anknytning (Bro- berg 2006 kapitel 7). Ett brett interna- tionellt forskningsfält visar på vikten av att föräldern är förutsägbar och till- gänglig i anknytningsituationer och att anknytningens kvalitet har bety- delse för vidare anpassning och social utveckling (Cassidy & Shaver 2016). Denna kunskap är central i ALHVAs verksamhet.

### **Utvärdering**

Projektet utvärderades med hjälp av en kvalitativ metod och data samlades in genom:

- Intervjuer med föräldrar, behandla- re, ansvarig socialsekreterare, ansvarig sjuksköterska på barnvårdscentralen och barnets anknytningspedagog i förskolan.
  - Loggböcker som skrevs av behand- larna varje vecka
  - Vineland-II (0-2 år), ett självskatt- ningsformulär angående barnets adap- tiva färdigheter avseende kommunika- tion och kontaktförmåga fylldes i av behandlare och av anknytningspeda- gog i förskolan.
  - Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). Ett självskattningsfor- mulär avseende den vuxnes sinnes- stämning fylldes i av föräldrar.
- Samtliga 15 familjer som ALHVA hade kontakt med under projektet del- tog i utvärderingen och sex familjer hann fullfölja sin behandling. För in- gående presentation av studiens upp- lägg och resultat hänvisas till Björk- hagen Turesson & Hagström (2015).

### **Tre centrala områden i behandlingen**

Utifrån forskningsprojektet presente- ras delar av innehåll och resultat.

#### *Ett behövs perspektiv med barnet i centrum*

Samverkan kring utsatta barnfamil- jer har lyfts fram som ett viktigt ut- vecklingsområde nationellt (t.ex. SOU 1998:31; SOU 2001:72; SOU 2006:1000). I ALHVA strävades efter samverkan tillsammans med andra kring en avgränsad grupp och med



Figur 1. Figuren illustrerar helhetsperspektivet, med utgångspunkt från barnet och den samverkan som skedde under behandlingstiden.

ett tydligt mål, en samverkan som beskrivs av Danermark (2000). Syftet var att ge föräldrarna, det lilla barnet och eventuella syskon den hjälp som behövs, se till att överenskommelser sker kring "vem som gör vad", samt bevaka att dessa följs upp.

Modellen (Fig. 1) ska betraktas som en ram och inom denna ram anpassades innehåll och metoder till varje familj. Gemensamt var däremot att inledningsvis skedde en kartläggning under några veckor av befintliga kontakter samt observation av förälder barn samspelet i olika situationer.

Samtliga "cirklar" uppmärksammades i behandlingen och teamet strävade efter att de skulle fyllas med innehåll som var "tillräckligt bra" för barnet. Familjerna var homogena på det vis att socialtjänsten gjort bedömningen att det fanns en stor oro över barnets utveckling och att mera avgränsade insatser hade provats utan positivt resultat eller ansågs omöjliga utifrån förälderns förmåga och barnets behov. Inom gruppen fanns däremot en variation vad gäller föräldrarnas personlighet och deras svårigheter som handlar om psykisk ohälsa/sjukdom

för samtliga, men också missbruk, våld och socioekonomiska problem. Ofta var svårigheterna flera och påverkade föräldrarnas omsorgsförmåga och barnets vardag på ett negativt sätt.

Socialtjänsten har huvudansvar för ALHVA och ett bistånd beviljades av ansvarig socialsekreterare innan en familj påbörjade sin ettåriga behandling. Behandlingsteamet bestod av ansvarig chef, teamledare (70 procent) samt två familjehandlare på heltid, alla med mångårig erfarenhet av arbete med utsatta barnfamiljer inom barnpsykiatri och socialtjänst. Teamet fick handledning varannan vecka av en spädbarnspsykologisk specialist, avseende arbetet i kontakt och samspel.

I merparten av familjerna fungerade inte det mest basala kring pengar, mat, myndighets- och vårdkontakter, vilket gjorde samverkan angelägen. En viktig uppgift var att skapa ett tillräckligt lugn i vardagen för att kunna sätta spädbarnets behov i centrum. Vid behandlingsstart tillfrågades föräldrarna om medgivande till att behandlarna kontaktade andra verksamheter för att i samverkan hjälpa familjen. I en del familjer fanns få kontakter och i andra många, vilka ofta inte hade kontakt eller ens visste om varandra.

Förutom att behandlarna i ALHVA tog kontakt och samverkade med professionella kring familjen ansvarade de för att möten med socialtjänsten, läkarbesök och besök inom barnhälsovården blev av. De följde med, var stödjande och kunde återkomma till och följa upp vad som bestämdes. En annan viktig samverkanspart kan vara familjens eget nätverk som kontakades med föräldrarnas medgivande.

### *Arbete i hemmet*

Att erbjuda behandling i hemmet för riskutsatta barn och deras föräldrar är ovanligt i Sverige men har genomförts och utvärderats på andra håll (Egeland et al. 2004; Olds 2002; Sadler et al. 2006). Ett sådant behandlingsarbete ställer stora krav och en grund är en tillitsfull relation mellan förälder och behandlare. En utvärdering av olika hembaserade program pekar på tre viktiga saker för framgång, nämligen kunskapsnivån hos behandlarna, att arbetet är målinriktat och sampelsarbetet centralt, samt att behandlarna får handledning (Jones Harden 2010).

En del föräldrar var inledningsvis ambivalenta till kontakten med ALHVA vilket bl.a. visade sig i att de avbokade avtalade tider. Centralt för behandlarna var att hålla avtalade tider, försöka förstå svårigheter och erbjuda hjälp, försöka etablera ett förtroende, planera och sätta upp tydliga mål utifrån barnets behov. Vägarna till en förtroendefull kontakt var olika, men gemensamt fanns en kombination av praktisk hjälp, hög tillgänglighet och samtal. Att behandlarna kom hem innebar att föräldern aldrig behövde överväga att gå eller inte. Någon förälder uttryckte problem med att behandlingen skedde i hemmiljö medan merparten menade att även om det var svårt ibland, så hade de inte åkt iväg om de själva skulle ta sig någonstans.

Många av föräldrarna hade förutom problem med omsorgsförmågan också svårt att planera dagen, maten och ekonomin. De var i hög grad upptagna av sina egna svårigheter och hade svårt att ta barnets perspektiv el-

ler förstå vad de behövde hjälp med. Familjerna fick minst två hembesök i veckan av samma behandlare. Samspelsarbetet var centralt och pågick i alla vardagliga situationer som matning, sömn, blöjbyte, på- och avklädning. Dessutom arrangerades stunder av samspel och lek vid varje hembesök, stunder som lätt kunde försvinna i en svår vardag. En del av föräldrarna gick inte ut med sina barn och träffade inte andra föräldrar och barn. Därför kompletterades arbetet i hemmet med familjegruppen där föräldrar och barn möttes i ALHVAs lokaler en gång i veckan. Syftet var att träffa andra och samtidigt kunna uppmärksamma sitt barns behov. Varje tillfälle hade en igenkännbar struktur med lek på golvet, gemensam sångstund och lunch. Föräldrar som inledningsvis inte kunde eller vågade ta sig dit, fick hjälp att t.ex. lära sig åka buss med sitt barn.

#### *Förskola som långsiktigt stöd*

För barn som växer upp i riskmiljöer är det inte tillräckligt med en avgränsad behandling under spädbarnsåret utan ett långsiktigt stöd behövs (Kil-lén 2010; Nordanger & Braarud 2017). Ett sådant stöd kan vara förskolan. Forskning visar att en förskola med god kvalitet kan få positiv betydelse för dessa barn (Broberg, Hagström & Broberg 2012; Hagström 2010; Howes & Spieker 2016; Johannessen 2015; Taggart 2010). Med god kvalitet menas rimligt stora barngrupper, god personaltäthet, kontinuitet och inte minst en positiv relation mellan barn och minst en pedagog (Philip & Lowenstein 2011). Barn som har erfarenheter

av upprepade brister i omsorgen kan vara svåra att förstå och deras sårbarhet blir tydligast i anknytningssituationer (Broberg et al. 2015). Detta ställer extra höga krav på pedagogerna att försöka förstå barnet och handla så att barnet känner sig förstådd.

I slutfasen av behandlingsperioden valdes, i samarbete mellan förskoleförvaltningen, en lämplig förskola åt varje barn. Rimligt nära hemmet, med en stabil personalgrupp som var beredda att arbeta tillitsbaserat och samarbeta med ALHVA under första tiden. För att stödja pedagogerna i att skapa en trygg och förutsägbar miljö erbjöds hela arbetslaget viss fortbildning kring anknytningens betydelse i förskolan samt handledning från ALHVA under sex månader.

Varje barn fick, med föräldrarnas medgivande, en så kallad anknytningspedagog vars uppgift var att etablera kontakt och utveckla en relation med barnet. Trösta och skydda vid behov och uppmuntra till utforskande och lek när det var möjligt. Kort sagt att använda sig av kunskap från anknytningsteorin i förskolans praktiska vardag. Avsikten var att ge barnet positiva erfarenheter och förväntningar på att det finns hjälp i svåra situationer, en erfarenhet som är viktig för utforskande och vidare utveckling tillsammans med andra vuxna och barn. Inskolning planerades individuellt och pågick vanligtvis under två veckor. Behandlaren från ALHVA fanns med som stöd åt föräldern åtminstone under den första veckan, och kom därefter en gång i veckan vid hämtning eller lämning tillsammans med föräldern. Anknytningspedagogen arbetade också med

andra barn men tog huvudansvar för en förutsägbar dag, vid överlämning, hämtning, mat vila och i leken samt hade ansvar för föräldrakontakten. Om anknypningspedagogen var sjuk eller ledig fanns en sekundär anknypningspedagog som barnet kände.

### **Hade ALHVAs arbete betydelse?**

*Samverkan*, som med samtliga föräldrars medgivande skedde mellan ALHVA, vårdgivare och myndigheter, var möjlig och viktig för ett verksamhetsövergripande stöd åt barnen och deras föräldrar. Förutom att samverkan ledde till ett ändamålsenligt stöd synliggjorde den brister som blev åtkomliga för diskussion och förändring. Rutiner tillsammans med andra verksamheter etablerades successivt. Ett exempel var att en och samma läkare inom den regionala psykiatrin samt hos en privat aktör ansvarade för en första bedömning av de föräldrar som saknade en psykiatrisk kontakt. Personal i samverkande verksamheter uttryckte mest positiva erfarenheter av att hjälpas åt utifrån sina kunskaps- och ansvarsområden. Några socialsekreterare delade inte alltid ALHVAs bedömning av barnets och föräldrarnas svårigheter, vilket blev särskilt tydligt i akuta situationer.

*Arbetet i hemmet* tydliggjorde de mycket stora svårigheter som familjen hade och som spädbarnet växte upp i. Behandlarna lyckades vinna föräldrarnas förtroende och arbetade långsamt och tålmodigt mot en struktur och förutsägbarhet i vardagen. Deras samlade erfarenhet var att det viktiga arbetet i kontakt och samspel måste ”skyddas”

för att inte slukas upp av vardagen.Handledningen med fokus på barnet och föräldern spelade en viktig roll för att hålla barnets perspektiv i centrum. De sex barn vars föräldrar hann avsluta sin ettåriga behandling utvecklades positivt med avseende på kontakt och kommunikation. Vardagen blev mer förutsägbar och måltider, nattning och sömn fungerade bättre. Föräldrarnas tillgänglighet i anknypningssituationer ökade liksom förmågan att förstå och svara sitt barn.

*Förskolan* fick en viktig roll som kompensatoriskt stöd. Samtliga föräldrar var positiva till ALHVAs hjälp vid inskolning, till personalen i förskolan och lämnade sina barn regelbundet. Förskolans pedagoger beskrev nyttan av fortbildning och handledning samt sin ovana vid att både bli inbjudna till och ingå i en samverka kring barn som växer upp i riskfyllda miljöer. Samtliga pedagoger var positiva till ett fortsatt samarbete med ALHVA.

Trots positiva resultat kvarstod många svårigheter i familjerna och för en fortsatt gynnsam utveckling är det troligen viktigt att bygga upp ett långvarigt stöd för barnen och deras familjer.

### **Fortsatt arbete efter projektavslut**

Efter projektavslutet beslutade ansvarig förvaltning att ALHVAs verksamhet skulle fortsätta. Vi summerar här utifrån dokumentation som sker i gängse system.

Totalt har 16 familjer med 18 spädbarn (två tvillingfamiljer) påbörjat behandling 24 månader efter projektavslut. I tre familjer har barnen om-

händertagits med stöd av Lagen om vård av unga (LVU) (1990:52). Förutom spädbarnen finns ytterligare 12 barn i familjerna. I fem av familjerna har behovet av hjälp uppmärksammats och planerats redan under graviditeten. Behandlarna beskriver en ökad tyngd vad gäller föräldrarnas problem jämfört med projekttiden. Merparten har svagt eller inget nätverk, psykisk sjukdom hos egna föräldrar, låg funktionsnivå samt saknar all erfarenhet från arbetslivet.

Förutom att vidmakthålla kunskap som uppnåtts under projekttiden sker kontinuerligt en utveckling av innehållet i behandlingen. Kartläggningsperioden har förlängts till mellan sex och åtta veckor. Den omfattar kontakter runt familjen, barnet samt det egna nätverket. Observation av förälder- barn i olika situationer och samtal med föräldern om egen uppväxt, viktiga relationer, fysisk och psykisk hälsa. Parallellt pågår arbetet med att etablera förtroende, skapa rutiner och bygga samverkanskontakter. Allt med utgångspunkt från barnet. Därefter görs en planering tillsammans med föräldrarna och ansvarig socialsekreterare med begripliga mål och utvärderingspunkter. Att socialsekreteraren bör ha en tydlig roll redan från början är en lärdom från projekttiden.

Flera av barnen har två fysiskt tillgängliga föräldrar och ALHVA betonar barnets rätt till den föräldern som ”mår bäst” och att den föräldern bör ta huvudansvaret för omsorgen om barnet. Detta har b.l.a. medfört en ökad delaktighet i behandlingen av vissa pappor.

Även om arbetet i kontakt och sam-

spel är centralt och sker i många dagliga situationer är erfarenheterna att samspelet måste ”skyddas” för att inte försvinna i vardagens svårigheter. Det har medfört att behandlaren, med hjälp av en speciell filt och några leksaker, praktiskt markerar en stund vid varje hembesök. Tiden på filten är ”fredad” från annat och enligt behandlarna hjälper det föräldern att koncentrera sig på sitt barn.

Inom de olika verksamheter som deltar i samverkan kring familjerna sker förändringar som påverkar och behöver diskuteras. En sådan är den läkarbrist som råder inom den Regionala psykiatrin och som medfört att tidigare överenskommelse om att en och samma läkare finns för ALHVAs föräldrar inte kan genomföras. Dock kvarstår viljan att samverka och erbjuda en snabb bedömning/behandling även om det just nu är olika läkare.

Fler familjer än vad som är möjligt att ta emot önskar behandling. Diskussioner äger rum kring behandlingsteams storlek och sårbarhet samt hur uppföljning av familjer som avslutat kan utvecklas.

### Avslutande reflektioner

För att samhället ska kunna stödja riskutsatta spädbarn och deras föräldrar krävs förutom kunskap om barns utveckling och samspelets betydelse, en fungerande samverkan mellan kommun och region/landsting. Att samverkansgruppen ALMA redan fanns, med upparbetade strukturer för samverkan, hade troligen betydelse för att spädbarnens och föräldrarnas omfattande svårigheter uppmärk-



sammades och att man kunde agera. Kunskap och erfarenhet från ALHVA bekräftar det som framkommit i annan mer omfattande forskning, att individualiserade hembaserade insatser krävs för spädbarnsfamiljer med en komplex problematik (Egeland 2009; Jones Harden 2010; Olds 2002; Sadler et al. 2006). Varför ALHVA lyckats nå många familjer som ofta anses svåra att ingå i ett behandlingsupplägg finns inget entydigt svar på. En känd framgångsfaktor är ”behandlaren” som föräldern lärt lita på och tycka om (Brantzæg et al. 2011). Att behandlarna kom hem, erbjöd hjälp i ibland svåra situationer, samt att arbetet var tydligt och målinriktat hade troligen betydelse för förtroendet som utvecklades och som gjorde förändring möjlig.

Familjernas svårigheter är inte tillfälliga och en viktig utvecklingsfråga är dels hur man vidmakthåller den positiva utveckling som skett och dels planerar för ett kompensatoriskt stöd till barnen över tid. Förskolan är till stor del en oprovad verksamhet trots att det i läroplanen (Lp1998/2016) finns angivet att varje barn ska få tillräcklig hjälp för en positiv utveckling. Den sammantagna tid som barnet vistas i förskolan är lång och kan bli en viktig bas för positiva erfarenheter (Hagström 2010). Förskolan kan också hålla en ”skyddande hand” över barnet och fånga upp svårigheter. Personalen möter både barn och föräldrar så gott som varje dag och har en skyldighet att anmäla om de misstänker att barnet far illa (14 kap. 1§ Socialtjänstlagen). Pedagogernas positiva inställning till samverkan antyder också utvecklings-

möjligheter. En förutsättning är dock att förskolan har kompetens och resurser för ett tillitsbaserat arbetssätt.

Resultat och kliniska erfarenheter från ALHVA antyder att integrerade behandlingsmodeller är ett angeläget forsknings- och utvecklingsområde, inte bara i Malmö utan även nationellt. Förutom spädbarnets behov av god vardaglig omsorg och en känslomässigt tillgänglig förälder behöver andra svårigheter i familjen som psykisk ohälsa/sjukdom, missbruk, våld och socioekonomiska problem samtidigt beaktas. Att utveckla kunskap och att implementera metoder tar emellertid tid och barnen kan inte vänta. Låt oss därför samtidigt använda den kunskap som finns om spädbarn och deras föräldrar, omsätta den i praktiskt arbete och kontinuerligt utvärdera insatserna.

## Referenser

- Andersson, Gunvor (2008). Utsatt barndom-olika vuxenliv. Ett longitudinellt forskningsprojekt om barn i samhällsvård. Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Björkhagen Thuresson, Annelie & Hagström, Birthe (2015). ALHVA-Hembaserat, verksamhetsövergripande arbete riktat till späda och små barn och deras föräldrar. Forskningsrapport. Folkhälsomyndigheten.
- Brandtzæg, Ida, Smith, Lars & Torsteinson, Stig (2011). Mikroseparasjoner: Tilknytning og behandling. Bergen: Fagbokforlaget.
- Broberg, Anders, Granqvist, Pehr, Ivarsson, Tord & Risholm Mothander, Pia (2006). Anknypningsteori: betydelsen av nära känslomässiga relationer. Stockholm: Natur och Kultur.
- Broberg, Anders, Almqvist, Kjerstin, Risholm Mothander, Pia & Tjus, Tomas (2015). Klinisk barnpsykologi: Utveckling på avvägar. Stockholm: Natur och Kultur.

## tema

- Broberg, Malin, Hagström, Birthe & Broberg, Anders (2012). Anknötning i förskolan: Vikten av trygghet för lek och lärande. Stockholm: Natur & Kultur.
- Cassidy, Jude & Shaver, Phillip R. (red.) (2016). Handbook of Attachment. Theory, research, and clinical implications. (tredje upplagan). New York: Guilford Press.
- Danermark, Berth (2000). Samverkan-himmel eller helvete?:[en bok om den svåra konsten att samverka]. Stockholm: Gothia.
- Egeland, Byron & Erickson, Martha F. (2004). Lessons from STEEP: Linking theory, research, and practice for the well-being of infants and parents. [Digital version]. I AJ Sameroff, SC McDonough, & KL Rosenblum, Treating Parent-Infant Relationship Problems. Strategies for Intervention, s. 213-242.
- Egeland, Byron (2009). Taking stock: Childhood emotional maltreatment and developmental psychopathology. Child Abuse & Neglect, vol. 33 nr. 1 s. 22-26.
- Glaser, Danya (2000). Child abuse and neglect and the brain—a review. Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol. 41 nr. 01 s. 97-116.
- Hagström, Birthe (2003). Barnen ett område som förenar oss. Rapport, Malmö stad.
- Hagström, Birthe (2010). [Digital version]. Kompletterande Anknötningssperson på Förskola. Doktorsavhandling. Malmö Högskola.
- Hjern, Anders, Arat, Arzu & Vinnerljung, Bo (2014). Att växa upp med föräldrar som har missbruksproblem eller psykisk sjukdom - hur ser livet ut i vuxen ålder? Nationellt kunskapscentrum anhöriga. CHESS, Stockholms universitet/Karolinska institutet i samarbete med Institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet. Nr 4.
- Howes, C. & Spieker, S. (2016). Attachment Relationships in the Context of Multipel caregivers. I J. Cassidy & P.R. Shaver (red.) Handbook of Attachment: Theory, research and clinical application (tredje upplagan). New York: Guilford Press.
- Johannessen, Charlotte U. (2015). Tidlig insats for barnehagebarn i risiko. Specialpedagogikk, nr. 3 s.16-21.
- Jones Harden, Brenda (2010). Home Visitation With Psychologically Vulnerable Families. Development in the Profession and in the Professional. Zero to Three, vol.30 no.6 s. 44-51.
- Killén, Kari (2010). Sveket. Ansvar och behandling. (fjärde uppdaterade utgåvan). Oslo: Kommuneforlaget.
- Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.
- Lpfö (Läroplan för förskolan) (98/2016). Reviderad 2016. Stockholm: Fritzes.
- Lyons-Ruth, K. & Jacobivitz, D. (2008). Attachment disorganization: genetic factors, parenting context and developmental transformation from infancy to adulthood. I: J. Cassidy & P.R. Shaver (red.), Handbook of Attachment: theory, research and clinical application (andra upplagan) (s. 666-697). New York: Guilford press.
- Masten, A. S & Coatsworth, D. (1995). Competence, resilience and psychopathology. I: D. Cicchetti & D. J. Cohen (red.) Developmental Psychopathology. (s. 715-752). New York: John Wiley & sons, Inc.
- Nordanger, D.Ø. & Braarud, H.C. (2017). Utviklingstraumer. Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi. Bergen: Fagbokforlaget.
- Olds, David L. (2002). Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication. [Digital version]. Prevention Science, vol. 3 nr. 3 s. 153-172.
- Phillips, Deborah A. & Lowenstein, Amy E. (2011). Early care, education, and child development. [Digital version]. Annual Review of Psychology, vol. 62 s. 483-500.
- Rutter, Michael (1996). Transitions and turning points in developmental psychopathology: As applied to the age span between childhood and mid-adulthood. [Digital version]. International Journal of Behavioral Development, vol. 19 nr. 3 s. 603-626.

- Rutter, Michael & Quinton, David (1984). Parental psychiatric disorder: effects on children. [Digital version]. *Psychological Medicine*, vol. 14 s. 853-880.
- Sadler, Lois S., Slade, Arietta & Mayes, Linda C. (2006). Minding the baby: A mentalization-based parenting program. [Digital version]. *Handbook of Mentalization-Based Treatment*, s. 271-288.
- SFS 2001:453. Socialtjänstlagen.
- Sroufe, L. A., Egeland, Byron, Carlson, Elizabeth A. & Collins, W. A. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford Press.
- SOU 1998:31 Det gäller livet. Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem. Betänkande från barnpsykiatrikommittén. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2001:72 Barnmisshandel: Att förebygga och åtgärda. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2006:100 Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Stockholm: Socialdepartementet.
- Sund Sjøvold, Mette & Furuholmen Kristin G. (2015). *De minste barnens stemme. Utredning og tiltak for risikoutsatte sped-og småbarn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Taggart, B. (2010). Vulnerable children: identifying children at risk. I K. Sylva, E. Melhuish, P. Sammons, I. Siraj-Blatchford & B. Taggart. *Early childhood matters: evidence from the effective preschool and primary educational project*, s. 167-191. New York: Routledge.

## Vill du annonsera i Socialmedicinsk tidskrift?

En annons i Socialmedicinsk tidskrift når många olika grupper av intresserade och medvetna läsare. Det finns möjlighet att annonsera både i tidskriften och på hemsidan. Eftersom många av prenumeranterna är bibliotek och institutioner når du ut till en bred läsekrets. Bland våra läsare finns bl.a. intresserad allmänhet, tjänstemän i kommuner och landsting, politiker, personer som arbetar inom socialtjänst, vård och omsorg samt studenter och forskare vid universiteten.

Annonserpriserna för annons i tidskriften år 2017 följer nedan, moms och eventuella kostnader för sättning och repro tillkommer:

• Hellsida baksida omslag 165 x 242 mm	7000 kr
• Hellsida insida av omslag	5000 kr
• Hellsida inlaga	4000 kr
• ½ sida	3500 kr
• ¼ sida	2000 kr

För tryckta annonser kan 4-färg fås på omslaget mot kostnadstillägg. Normalt trycker vi inlagan i svart och omslaget i svart + dekorfärg.

Annonsering på webbplatsen:

• Liten annons/vecka	500 kr
• Liten annons/månad	1 500 kr

För frågor om och beställning av annons kontakta:  
redaktionen@socialmedicinsktidskrift.se