

Stor andel multipel psykisk ohälsa i familjer aktuella för behandlingsinsatser i Barn- och Vuxenpsykiatri

Erfarenheter av endagsinventering i klinisk vardag

Camilla Linderborg, Göran Rydén,
Anders Berntsson, Margareta Östman

Camilla Linderborg, socionom, folkhälsovetare, kurator, Barn-och ungdomspsykiatri, Region Stockholm. E-post: camilla.linderborg@regionstockhol.se

Göran Rydén, specialist i vuxenpsykiatri, med dr, verksamhetschef, Barn-och ungdomspsykiatri, Region Stockholm. E-post: göran.rydén@regionstockholm.se

Anders Berntsson, specialist i vuxenpsykiatri, chefläkare, PRIMA Barn-och vuxenpsykiatri AB, Stockholm. E-post: anders.berntsson@prima.se

Margareta Östman, professor emeritus, Malmö. E-post: margareta.ostman@telia.com

Ett verksamhetsutvecklingsprojekt inom delar av Barn- och Vuxenpsykiatri i Stockholm visar att hälften av patienterna inom barnpsykiatrisk öppenvård och en tredjedel av patienterna i vuxenpsykiatrisk öppenvård lever i familjer med multipel psykisk ohälsa med tillhörande vårdkontakter. Upprepade endagsinventeringar av behandlarnas kännedom om psykisk ohälsa i familjerna ligger till grund för resultaten. Båda verksamheterna har medarbetare som ser familjernas komplexa situation, utan att utarbetade former för resursanvändning mellan vårdstrukturer erbjuds. Befintlig strukturell individcentreringen och bristande integrering mellan vårdstrukturer behöver ifrågasättas för att utveckla modeller för särskilt utsatta familjer. En familjemodell utvecklad i Australien med syfte att påverka och bättre tillgodose stöd till familjer där såväl barn som föräldrar har psykisk ohälsa, kan bidra till detta.

An operational development project carried out in Child and Adult Psychiatry outpatient care in Stockholm shows that half of the patients in child psychiatry and one third of the patients in adult psychiatry live in families with multiple mental illness. Repeated one-day inventories of the treatment's knowledge of mental illness in the families form the basis of the results. Both operations have employees who see the complex situation of families, without offering elaborate forms of resource use between the structures. The existing individual centering focus and the lack of integration between organizations need to be called into question in order to develop models for vulnerable families. One approach is to introduce a family model, with the aim of influencing support to families where both children and parents have mental illness.

Bakgrund

Att psykisk ohälsa förekommer hos fler i familjesystemet än den som är vård-sökande inom specialiserad barn- och vuxenpsykiatri är väl känt i den kliniska vardagen. Däremot är kunskapsläget om incidensen av familjer med multipel psykisk ohälsa lite utforskat och hur denna incidens påverkar verksamheternas specifika struktur och behandlingskompetens. Ett verksamhetsutvecklingsprojekt, nedan benämnt Familjemodellen, har genomförts för att utöva inflytande på denna kunskapsbrist.

En riskfaktor för att utveckla psykisk ohälsa hos barn är att vara barn till en förälder med egen ohälsa [1]. Därför har lagstiftaren sett till att vården har ett särskilt ansvar att ge information, råd och stöd till barn som är anhöriga inom bl.a. vuxenpsykiatri [2]. Även de barn som har psykisk ohälsa behöver oftast extra stöd från sina föräldrar, där familjen vanligen tar ett stort ansvar för att en god behandling ska komma till stånd. Vidare vet vi att när föräldrar har psykisk ohälsa påverkar detta ibland föräldraförmågan [3].

Inom barn- och ungdomspsykiatri, BUP, och vuxenpsykiatri, VUP, är en övergripande behandlingsstrategi att möta den som söker verksamheten utifrån ett utvidgat patientperspektiv där hänsyn vanligen tas till familjeförhållanden [4, 5]. Trots att BUP arbetar för att beakta familjeförhållanden och att vuxenpsykiatri arbetar med anpassade metoder för barn som anhöriga, är det en utmaning i klinisk vardag att ge optimalt stöd till familjer där både barn och föräldrar har psykisk ohälsa med behov av specialiserade vårdinsatser [5, 6]. Tidigare studier har visat att familjeinterventioner, som syftar till att stödja hela familjesystemet när någon familjemedlem som är aktuell för behandling inom vuxenpsykiatri har svårare form av psykisk ohälsa, bör uppmuntras och att man behöver beakta anhörigas börda och behov av såväl känslomässig som praktisk hjälp [6]. Professionella behandlare uttrycker att de gärna vill stödja övriga familjemedlemmar men upplever uppgiften som komplicerad och svårhanterlig, och befintliga evidensbaserade metoder är mycket resurskrävande, anpassade framförallt till forskningsintensiva verksamheter [7]. Dessutom kräver dessa insatser ofta en samverkan med andra professionella verksamheter, en dialog som kräver förankring på flera olika nivåer inom såväl den interna verksamheten som till externa vårdgivare [8, 9].

Vid den barnpsykiatriska verksamheten i nordöstra Stockholms mellanvårdsenhet påbörjades i begränsad skala våren 2019 ett verksamhetsutvecklingsprojekt som syftade till att bättre anpassa verksamheten utifrån behov från familjer med multipel psykisk ohälsoproblematik. Efter en konstruktiv dialog med Prima vuxenpsykiatri, med verksamhet inom södra delarna av Stockholms upptagningsområde, påbörjades samma utvecklingsarbete där och ett uttalat

samarbete, förankrat på respektive verksamhets ledningsnivå, inleddes. Verksamhetsutveckling i detta sammanhang, definierat utifrån en bas i ett antal grundläggande och framgångsrika värderingar och ledningsprinciper [10, 11], som möjliggörs och underhålls av de arbetssätt och verktyg som verksamheten anser sig behöva [12]. Inom sjukvård ofta formulerat som att sätta patienten i centrum, skapa förutsättningar för delaktighet, basera beslut på fakta, samt arbeta med processer, förbättringar och ett aktivt ledarskap [10].

Arbetet syftade till att få ett mer samlat och lättillgängligt familjeorienterat arbetssätt i familjer där både barn och föräldrar uppvisade psykisk ohälsa, med en ambition om en tydlig förankring på verksamhetsnivå. Målgruppen utgjordes således av patienter som vid förfrågan identifieras med fler än en familjemedlem som uppbär vård- och stödinsatser från BUP, VUP eller annan vårdgivare t ex från socialtjänsten. Vid kontakt med Socialstyrelsen framkom att det fanns en ambition på nationell nivå att bidra till denna typ av verksamhetsutveckling, vilket innebar att Familjemodellsprojektet [13] initierades och etablerades med stöd av Socialstyrelsen.

Familjemodellen

Projektet startade med att i ett pilotprojekt pröva möjligheten att via introduktion av Familjemodellen, ett kartläggningsverktyg utvecklad i klinisk psykiatrisk verksamhet i Australien, påverka behandlingsinriktningen mot ett tydligare familjeperspektiv, stärka barnperspektivet samt skapa bättre samverkan/samordning när det finns psykisk ohälsa hos både barn och föräldrar i familjen. Familjemodellen [14, 15], som vänder sig till familjer där en eller flera familjemedlemmar har psykisk ohälsa, är ett för svenska förhållanden nytt kartläggningsverktyg, som i förhållande till tidigare prövade familjeinterventionsmodeller kräver betydligt mindre behandlingsinsatser. Familjemodellen är ett enkelt bildverktyg som belyser både barn och föräldrars ohälsa/utveckling och som fokuserar på att uppmärksamma och stärka skyddsfaktorer och resurser, samt lyfta fram resiliensens betydelse som en stödjande kraft för familjerna och behandlarna. Vidare fokuserar modellen på förekomst av behandlingskontakter i familjen, särskilt när flera olika vårdgivare är aktuella inom familjen för stöd och behandling.

Familjemodellen kom därefter att, i ett tre-årigt projekt, erbjudas som ett diagnostiskt verktyg till behandlare för familjer med komplex och multipel psykisk ohälsa inom BUP och VUP. För att öka möjligheten till samverkan inom projektet inkluderas de BUP mottagningar som har motsvarande geografiska upptagningsområde som aktuell VUP mottagning.

Som en effekt av det pågående Familjemodellsprojektet, initierades i de båda psykiatriska verksamheterna ett delprojekt med syfte att uppmärksamma behandlarnas kännedom om förekomst av multipel psykisk ohälsa i familjerna

kring deras aktuella patienter, där behandlingsstöd för psykisk ohälsa från annan vårdgivare också parallellt förekommer hos annan familjemedlem, samt behandlarnas attityder till och behov av samverkan i respektive ärende.

Metod och material

Inom ett begränsat geografiskt område i Stockholm, med ett upptagningsområde på ungefär 160 000 invånare, har samma delar av öppenvårdsverksamheter inom BUP i samarbete med öppenvård Prima VUP via en enkät genomfört två endagsinventeringar, september 2020 och april 2021. Enkäten är framtagen inom projektets ram. Frågeställningarna berör behandlarnas kännedom om psykisk ohälsa i indexpersonens familjesystem, förekomst av behandlingsinsatser i familjesystemet för psykisk ohälsa, samt behandlarnas attityder till och behov av samverkan i resp. familj.

Respektive ledning beslutade vid det första inventeringstillfället att behandlarna skulle besvara en enkät för varje inbokad patient den aktuella inventeringsdagen. Vid det andra inventeringstillfället utökades uppdraget till att behandlarna skulle besvara en enkät för varje aktuell patientkontakt under dagen, vare sig det gällde inbokade patienter eller patienter som under dagen hade kontakter med mottagningarna på annat sätt. Merparten anställda vid respektive mottagning deltog i inventeringen, inom BUP 90 % och inom VUP 94 %. Alla uppgifter som verksamheten i detta sammanhang har undersökt utgår från aktuell behandling och dennes kunskap om familjesystemet, och utgör således en undersökning av miniminivåer. Inga persondatarelaterade uppgifter insamlades. Definitionen av psykisk ohälsa gjordes utifrån behandlarnas egen bedömning och kännedom, och inte från definierade diagnostiska kriterier, vilket i denna inventering bedömdes skäligt då samtliga medarbetare som besvarat enkäten är verksamma inom specialiserad psykiatrisk verksamhet, och då inventeringen utgör underlag för verksamhetsutveckling. Syftet var återigen att verksamheterna skulle få en indikation på i vilken omfattning behandlarna känner till om patienten och hans familj har fler vård/stödkontakter i andra vårdssystem för psykisk ohälsa än den dagens inbokade.

Det första inventeringstillfället omfattade 178 indexpatienter och deras familjer, 50 från BUP och 128 från VUP, och vid det andra inventeringstillfället 315 indexpatienter, 94 familjer från BUP och 221 från VUP. Resultaten av de båda inventeringarna framgår av tabell 1, medan resultatredovisningen i text begränsas till att omfatta den mer omfattande inventeringen 2021.

Tabell 1. Numerärer avseende undersökta aspekter relaterat till Familjemodellen i en-dagsin-
ventering i BUP och VUP, september 2020 och april 2021.

	BUP 2020		BUP 2021		VUP 2020		VUP 2021	
Antal inventerade patienter	n=50	%	n=94	%	n=128	%	n=221	%
Patienten är förälder/väntar barn	0		0		50	39%	84	38%
- varav patienten väntar barn					3		2	
Patienten lever med minderårigt eller vuxet barn totalt					38	30%	73	33%
- varav patienter lever med minderåriga barn					29	76%	60	82%
- varav patienter lever med vuxna barn					9	24%	13	18%
Psykisk ohälsa hos annan familjemedlem totalt	25	50%	55	59%	33	26%	68	31%
- hos förälder	14	56%	44	80%	13	39%	19	28%
- hos make/maka	0	0%	0	0%	2	1%	12	18%
- hos syskon	12	48%	18	33%	8	24%	9	13%
- hos minderårigt/vuxet barn	0	0%	0	0%	10	30%	30	44%
- hos övrig familjemedlem	2	4%	2	1%	0	0%	4	6%
Behandlaren känner ej till förekomst av övrig psykisk ohälsa i familjen	8	16%	12	13%	77	60%	50	23%
Behandlaren upplever det angeläget med vetskap om psykisk ohälsa i familjesystemet	48	96%	88	94%	97	76%	127	57%
BUP alt. VUP enda kända vårdinstans för familjen	16	32%	7	7%	86	67%	140	63%
Totalt kompletterande stöd och behandlingsinsatser som ges av ytterligare vårdssystem	24	48%	87	93%	42	33%	81	37%
- VUP	4	8%	13	14%	18	43%	26	12%
- BUP	8				7	17%	20	9%
- Socialtjänst	17	35%	14	15%	10	24%	9	4%
- skolans elevvård	17	34%	34	36%	1	2%	10	5%
- annan hälso-och sjukvård	8	16%	15	16%	18	43%	18	8%
- habilitering	6	12%	18	19%	5	12%	6	3%
Upparbetad kontakt med kompletterande vårdgivare	14	58%	27	31%	13	31%	15	19%

Resultat

Antalet patienter som inventerats vid de båda tillfällena ökar markant mellan de båda inventeringarna, från 178 till 315.

BUP

Av resultaten av inventeringen 2021 i BUP framgår att behandlarna känner till att i minst hälften av familjerna, (59 %), förekommer psykisk ohälsa parallellt hos ytterligare minst en familjemedlem. Oftast hos en förälder, (80 %), eller ett syskon, (33 %). I några fall dessutom hos både patientens föräldrar och syskon. Vidare visar resultaten att i ungefär 15 % av familjerna känner inte behandlarna till om det förekommer psykisk ohälsa i familjen utöver den hos indexpatienten. Den allt övervägande andelen av behandlarna (94 %) uppger på förfrågan, att de

upplever det som angeläget och relevant att i ordinarie behandlingsarbete fråga indexpersonen om övriga familjemedlemmars ohälsa.

Av resultaten framkommer vidare att behandlarna uppger att en minoritet av de inventerade familjerna har BUP som enda kända vårdinstans för familjen, (7 %), medan den absoluta majoriteten av familjerna, (93 %), har ett kompletterande behandlingsstöd från andra vårdgivare. Kompletterande vårdgivare som uppges är framförallt skolans elevvård samt socialtjänst, medan habilitering, annan hälso- och sjukvård och vuxenpsykiatri anges i något mindre omfattning. I en del familjer förekommer många specialiserade vårdkontakter. Vidare framkommer att när det finns mer än en känd pågående vårdkontakt, förekommer det i omkring en tredjedel av familjerna, (31 %), någon form av upparbetad kontakt mellan vårdgivarna.

VUP

Av resultaten från endagsinventeringarna i VUP framgår att behandlarna känner till att runt 40 % av indexpatienterna är förälder. Vidare framkommer att en tredjedel av samtliga patienter lever tillsammans med barn, (33 %). Av dessa lever merparten med minderåriga barn, (82 %). Dessutom väntar några patienter barn. Behandlarna känner till ytterligare psykisk ohälsa hos en annan familjemedlem i en tredjedel av familjerna. Av dessa är knappt hälften, (44 %), minderåriga eller vuxna barn, förälder drygt en fjärdedel, (28 %), och makar och syskon något mindre andelar. Behandlarna uppger att de i en fjärdedel av familjerna, (23 %), inte känner till övriga familjemedlemmars psykiska ohälsa. En majoritet av behandlarna, (57 %), upplever det som angeläget och relevant att fråga indexpersonen om övriga familjemedlemmars psykiska ohälsa.

Av resultaten framkommer dessutom att i ungefär två tredjedelar av de inventerade patienterna, (63 %), är VUP enda kända vårdinstans för familjen. Kompletterande vårdgivare är BUP, annan hälso- och sjukvård, skolans elevhälso- och sjukvårdsteam, habilitering och socialtjänst. Resultaten visar också att i 26 familjer har minst två familjemedlemmar egen behandlingskontakt med VUP. När det finns mer än en vårdgivare i familjesystemet, förekommer en pågående upparbetad samverkan i en mindre andel ärenden (19 %).

Diskussion

Stor andel familjer med multipel psykisk ohälsa

Att hälften respektive en tredjedel av alla patienter under en klinisk vardag inom specialiserad BUP och VUP verksamhet lever tillsammans med ytterligare minst en familjemedlem med psykisk ohälsa med tillhörande vårdkontakt, har inte tidigare uppmärksammats i kvalitetsprojekt och kunskapsöversikter. En situation

som däremot varit känd av de delar inom verksamheterna som arbetat med dessa familjer, och inom forskning som belyser personer med psykisk ohälsa och deras anhörigas hälsotillstånd [16, 17]. Att detta multipla vårdbehov i familjesystemet inte mer systematiskt har uppmärksammats i de verksamheter som har som uppdrag att behandla psykisk ohälsa kan säkerligen till del förklaras av att befintliga uppföljningsmått i verksamheterna inte bygger på multipla behov inom familjesystemet, utan av en tradition som utgår från individrelaterade aspekter, och som naturligtvis också utgjort ett underlag för framväxt av kulturella mönster i behandlingsarbetet [18]. Säkerligen har också de strukturer som Hälso- och sjukvården utvecklat under decennier, med subspecialiserade parallella vårdstrukturer och framväxten av de differentierade psykiatriska disciplinerna, bidragit till att den befintliga individfokuseringen påverkat såväl framväxten av professionella mönster i behandlingsarbetet [19] som forskningens inriktning.

Underlag för verksamhetsutveckling

När vetenskapliga studier saknas, blir den kunskap som verksamheten på andra sätt, som i detta fall endagsinventeringar genomförda i verksamhetens kliniska vardag kan ta fram, en möjlighet att förse sig med underlag för verksamhetsutveckling. Upprepade endagsinventeringar är en beprövad vetenskaplig metod, som i verksamhetsutvecklings-sammanhang väl kan bidra till att öka verksamhetens möjligheter till att bättre anpassa utbud och behandlingsinsatser utifrån de vård sökandes behov och efterfrågan. Siffrorna från dessa båda inventeringar visar också tydligt att antalet ärenden som inventerats ökar betydligt i den senare mätningen, från totalt 178 till 315, trots att de undersökta verksamheterna är exakt lika vid de båda inventeringstillfällena, vilket talar för att siffrorna vid det senaste inventeringstillfället bäst överensstämmer med verksamheternas innehåll.

De redovisade endagsinventeringarna är de första i sitt slag inom både BUP och VUP i Stockholmsregionen, som har som syfte att belysa andel i patientgruppen som lever i familjer med multipel psykisk ohälsa. En första inventering har naturligtvis en del barnsjukdomar. I detta fall framförallt utifrån att verksamheten vid det första utvärderingstillfället valde att genomföra inventeringen i populationen patienter som har bokade besökstider, utan att ta hänsyn till den grupp av patienter som har kontakter via telefon eller andra former av kontakt än besök i verksamheten aktuell dag. Vid det andra inventeringstillfället beslutades därför att projektet skulle inkludera alla patientkontakter, oavsett form för kontakten, för att ingå i inventeringen. Vi kan utifrån detta förfarande dra slutsatsen att den ”mer sanna” incidensen av familjer med multipel psykisk ohälsa ligger närmre siffrorna från det andra inventeringstillfället. Dessutom framkom att medarbetarna vid andra inventeringstillfället visade en ökad förståelse för värdet av undersökningen, vilket medförde ett ökat engagemang i genomförandet, där några särskilt intres-

serade medarbetare genom ett självständigt initiativ införde generella åtgärder för att få med alla aktuella patienter i inventeringen, vilket också rustade övriga medarbetare för att maximalt inkludera möjliga kandidater för inventering.

Att upprepa en endagsinventering som aldrig tidigare genomförts i verksamheten, och därmed ge verksamhetens medarbetare möjlighet att få pröva modellen vid mer än ett tillfälle för att utveckla känsligheten i mätningen och ytterligare anpassa metoden till verksamhetens vardag visade sig lyckosamt för insamlandet av uppgifter.

De redovisade inventeringarna har uteslutande behandlat uppgifter som aktuell behandlare för patienten lämnat, vilket i sig naturligtvis kan komma att utgöra felkällor vid uppgiftsinhämtandet, främst att behandlarna inte känner till indexpatientens familjesituation m.m. Detta förfaringssätt föredrogs ändå framför att inhämta direkt patientinformation, som också har begränsningar i bl.a. svarsfrekvens, resursåtgång och datainsamlingsaspekter. Det synes därför klädsamt att se de redovisade resultaten som miniminivåer i verksamheten, och som en fingervisning av förekomst och som sådan fullt tillräckligt som ett fundament för en verksamhetsutveckling.

Behandlarna känner väl till familjesituationen

Frånvaro av systematisk familjerelaterad kunskap i verksamhetsbeskrivning och i befintlig forskning kontrasterar starkt till ett resultat i inventeringen som visar att merparten av behandlarna känner till situationen vad avser psykisk ohälsa hos indexpatientens övriga familjemedlemmar. Vidare att en stor andel av behandlarna uttrycker det som en angelägen uppgift att ha kunskap om den övriga psykiska ohälsan i familjesystemet när någon söker för egen psykisk ohälsa. Denna diskrepans mellan behandlarnas ambition och verksamheternas befintliga uppföljningssystem och behandlingsutbud kan komma att utgöra den kraft, som med utökad fokus, bidrar till den förändring som verksamheterna behöver utveckla för att förbättra befintliga metoder att lösa sina ofta komplexa åtaganden.

Multipel psykisk ohälsa medför multipla vårdkontakter i familjen

Ett ytterligare resultat av inventeringen visar att av totala antalet inventerade patienter/familjer har tre fjärdedelar VUP som enda vårdgivare för psykisk ohälsa i patientens familj, ibland dock med flera individuella kontakter inom samma familjesystem, medan motsvarande tal för BUP är en tredjedel av de inventerade patienterna. Problematiken med multipel psykisk ohälsa berör således i främsta hand den fjärdedel inom vuxenpsykiatrin och de två tredjedelar inom barnpsykiatrin som har flera vårdgivare, både inom annan hälso- och sjukvård och inom socialtjänst. Lösningen för individer och familjer med mångfaset-

terade behov inom såväl hälso- och sjukvård som kommunal socialtjänst har det senaste halvsekleet förklarats med ökat samarbete mellan olika vård- och stödsystem [19]. Endagsinventeringen visar att i en övervägande majoritet av de inventerade familjerna från VUP, där flera vårdgivare samtidigt är inkopplade i familjen, saknas ett upparbetat samarbete mellan de olika vårdgivarna. Inom BUP är samma tal minst en tredjedel av familjerna. Detta trots den kompakta rekommendationen om samverkan mellan vårdgivare som förespråkats i olika såväl politiska som verksamhetsrelaterade styrdokument under ansenlig tid [18, 20]. Sekretessbestämmelser och resursbrister brukar framhållas som faktorer som bidrar till bristande samverkan [21], men skilda organisationsformer med separata budgetar, ledningsstrukturer och brist på samsyn, bidrar säkerligen inte heller till ett ökat samarbete mellan skilda vårdgivare [19].

Omprövning av modeller för resursanvändning

Med stora definierade behov och omfattande köer till såväl efterfrågade som dolda behov av specialiserad psykiatrisk vård, både inom BUP och inom VUP, behöver nya oprövade modeller för resursanvändning testas. Detta gäller speciellt i familjer med multipel psykisk ohälsa. Är ökat samarbete enda lösningen? Oftast beskrivs vårdbehov för multi-problembelastade familjer som obefintliga eller otillfredsställda. Våra hittillsvarande erfarenheter i detta pågående verksamhetsutvecklingsprojekt visar, förutom mängden av insatser som erbjuds, dessutom att befintliga vårdinsatser för dessa familjer till viss del inte är samordnade. Mängden av insatser kan även i familjerna medverka till en utmattning av familjens potential genom en alltför stor mängd kontakter.

Kanske kan dessa redovisade endagsinventeringar bidra med ny kunskap som medverkar till att lyfta fram den mängd av olika vård- och stödåtgärder som förekommer i vissa familjesystem, och som trots detta inte regelmässigt samordnas vårdgivare emellan? Skulle fynden kunna bidra till att stimulera till nya adekvata lösningar till gagn för familjen, såsom en koncentrerad av pågående stödåtgärder och reduktion av antalet vårdkontakter? Detta naturligtvis med bibehållen eller ökad kvalitet.

Referenser

1. Hjern A. Barn som anhöriga till patienter i vården - hur många är de? Rapport 1 från projektet "Barn som anhöriga" - en kartläggning. Kalmar: Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga 2013:1.
2. SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30.
3. Beardslee WR, Gladstone TRG, & O'Conner EE. Transmission and prevention of mood disorders among children of affectively ill parents: A review. *J Am Acad of Child and Adol Psych*. 2011; 50 (11), 1098-1109.

4. Barn- och ungdomspsykiatri (BUP), Stockholms läns landsting *Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling*. Karlskrona: Printfabriken 2015.
5. Socialstyrelsen. (2020). Stärkt stöd till barn som anhöriga - Slutrapport från regeringsuppdrag 2017–2020. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-6-6851.pdf>
6. Wirsén E, Åkerlund S, Ingvarsdotter K, et al. Burdens experienced and perceived needs of relatives of persons with SMI – a systematic meta-synthesis. *J Ment H.* 2017; 29 (6), 212-221.
7. Ingvarsdotter K, Persson K, & Östman M. How professionals view multifamily psychoeducation: A Quality Study. *Psychiatr Q.* 2016; 87, 479-49.
8. Hjärthag F, Persson K, Ingvarsdotter K. et al. Professionals views of supporting relatives of mental health clients with severe mental illness. *I J Soc Psych.* 2016; 63(1), 63-69.
9. Persson K, Östman M, Ingvarsdotter K. et al. A mishmash of paradigms disrupts the introduction of psycho-educative interventions for families of persons with SMI: An interview study with staff from community services. *Com Ment Health J.* 2019;55, 663-671.
10. Bergman B, & Klefsjö B. *Kvalitet från behov till användning*. Lund: Studentlitteratur; 2012.
11. Sörqvist L. *Ständiga förbättringar*. Lund: Studentlitteratur; 2004.
12. Ljungberg A, & Larsson E. *Processbaserad verksamhetsutveckling*. Lund: Studentlitteratur; 2012.
13. Falkov A. The Family Model. *J Parent Fam Ment Health.* 2017; 2 (2):1004.
14. Hoadley B, Falkov A, & Agalawatta N. The acceptability of a single session family focused approach for children/young people and their parents attending a child and youth mental health service. *Advances in Mental Health.* 2018; 17(1), 44-54.
15. Hoadley B, Smith F, Wan C, Falkov A. Incorporating children and young people's voices in children and adolescent mental health services using the family model. *Soc Inclusion.* 2017; 5 (3), 183-194.
16. Östman, M. & Hansson, L. Children in families with a severely mentally ill member Prevalence and needs for support. *Soc Psychiat and Psych Epidem.* 2002; 37 (5), 243-248.
17. Campbell TCH, Reupert A, Sutton K, Basu S, Davidson G, Middeldorp CM, Naughton M, Maybery D. Prevalence of mental illness among parents of children receiving treatment within child and adolescent mental health services (CAMHS): a scoping review. *Eur Child Adolesc Psychiat.* 2021; 30(7), 997-1012.
18. SKR (2020). Att stärka samverkan med hjälp av SIP – Förstudie innehållande nulägeskartläggning och rekommendationer för framtida arbete. <https://skr.se/download/18.1f376ad3177c89481f73f22e/1615217748263/Att-starka-samverkan-med-hjalp-av-SIP.pdf>
19. SBU. *Samverkan vid psykisk ohälsa inom hälso- och sjukvård, socialtjänst samt socialförsäkring*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2017. SBU-rapport nr 273.
20. Socialstyrelsen (2013). *Samverka för barns bästa – en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer*. Västerås: Edita Västra Aros.
21. Danermark, B. & Kullberg, C. (1999). *Samverkan: välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur.