

Små barn på BUP

Uppföljning av insatser till
småbarnsfamiljer

Anna Skagerberg



Små barn på BUP

Uppföljning av insatser till
småbarnsfamiljer

Denna rapport kan beställas genom www.bup.se

Utvecklings- och utvärderingsenheten, Barn- och ungdomspsykiatri i
Stockholms läns landsting.

© Författarna och Stockholms läns landsting 2010. Omslagsbild: Margit Ekenbark

ISSN 1404-8353

Intellecta Infolog Källered 2010

Förord

Barnpsykiatri i Stockholm har tagit fram riktlinjer till stöd för utredning och behandling när det gäller psykiatriska tillstånd som kräver fördjupad kompetens, s.k. subspecialisering. Ett av dessa tillstånd är ”Störningar i utvecklingen hos små barn”. Arbetet med att ta fram dessa riktlinjer har i högsta grad tydliggjort behovet av dels aktuell kunskap om forskningsläget när det gäller behandlingsmetoder för små barn och dels kunskap om insatserna till småbarnsfamiljerna som besöker BUP.

Utifrån detta behov gav vi i uppdrag till Anna Skagerberg, psykolog och utvecklingssamordnare i BUP:s verksamhetsområden Nordost och Nordväst, att göra en kunskapsöversikt samt nu även en uppföljning av våra insatser till småbarnsfamiljer. Kunskapsöversikten presenterades i rapporten ”På vägen mot evidensbaserad praktik” (2009).

I en mindre uppföljning av insatser till småbarnsfamiljer (2006), fann Anna Skagerberg att de ärenden som prioriterats hade antingen neuropsykiatriska frågeställningar eller frågeställningar som rörde föräldrarnas oro för småbarns skrik, sömn- och uppfödningssproblem. Det visade sig att för de neuropsykiatriska ärendena fanns ett brett utbud av insatser. Men frågan som uppstod var om småbarnsärenden med allvarlig anknytningsproblematik uppmärksammades och fick tillräckliga insatser. Denna fråga var också i allra högsta grad aktuell i diskussioner i nätverket av psykologer som arbetar med små barn på mottagningarna. I syfte att försöka besvara frågan, fick Anna Skagerberg uppdraget att undersöka och beskriva arbetet med småbarnsfamiljerna som kommer till barnpsykiatri i norra halvan av Stockholms län.

I denna undersökning har ett urval av ärenden som får fler än tre besök studerats närmare. Här finns spädbarnsärenden av allvarligare karaktär, 1-3-åringar med ”trots och aggressivitet” samt neuropsykiatrisk problematik. Utifrån detta material kan man säga att småbarnsfamiljer med problematik som ska prioriteras också kommer till barnpsykiatri och får vård utifrån såväl aktuell kunskapsbas som god klinisk erfarenhet.

Vad saknas och vad kan utvecklas? Något som lyfts fram i denna rapport, är nyttan av tvärprofessionella team. Behandlingsarbetet med småbarnsfamiljerna är oftast ett ensamarbete. Att samarbeta kring och få utrymme för att kontinuerligt diskutera det kliniska arbetet skulle ytterligare säkerställa vården för de små barnen

Sammanfattningsvis ger rapporten en inblick i det barnpsykiatriska behandlingsarbetet med småbarnsfamiljer. Den kommer att vara till stor nytta i våra

fortsatta diskussioner om utveckling inom verksamheten och dessutom utmärkt som presentation av det barnpsykiatriska småbarnsarbetet till våra uppdragsgivare.

Stockholm i december 2010

Karin Forler,
Verksamhetschef
BUP
Verksamhetsområde Nordväst

Agneta Åhlund Lundell
Verksamhetschef
BUP
Verksamhetsområde Nordost

Sammanfattning

Syftet med den här rapporten är att beskriva arbetet med små barn, barn under 4 år, och deras familjer som kommer till barnpsykiatri och ge svar på frågan om hur uppdraget när det gäller små barn förvaltas.

Studien begränsas till behandlingar som omfattat mer än tre besök, detta för att i någon mån kunna beskriva arbetet med små barn med barnpsykiatrisk problematik skilt från insatser till dem som kommer för kortare förebyggande insatser. Av knappt femhundra småbarnsfamiljer som besökt någon av 7 mottagningar inom verksamhetsområde nordost och nordväst, den norra halvan av Stockholms län har 82 ärenden har valts ut slumpmässigt. Data har hämtats ur BUP:s interna statistiksystem och genom intervjuer med 44 ansvariga behandlare.

I rapporten beskrivs patientgruppen med avseende på ålder, kontaktorsak, bedömning, diagnoskategorier och typ av vårdinsats. Resultat av behandlingsinsatsen skattas.

Familjer med de yngsta barnen, barn under 1 år, är den största åldersgruppen och kommer i allmänhet på rekommendation från barnhälsovården. Den vanligaste kontaktorsaken hos dem är svårigheter som här kategoriserats som "Mammaproblem" och i allmänhet hänför sig till mammas nedstämdhet eller starka oro. För barn 1-3 år är de vanligaste kontaktorsakerna "Oro för avvikelser i barnets utveckling" och "Trots och aggressivitet".

Till förstasamtalet på mottagningen kommer, för spädbarnsärendena, oftast mamman med babyen. I de flesta fall deltar sedan också papporna. För 1-3-åringarna kommer båda föräldrarna till förstasamtalet men då ofta utan barnet. Till påföljande möten kommer barnet med.

Familjerna har fått en insats på i genomsnitt 14 besök. Den behandlare som först tagit emot familjen, med få undantag, en psykolog med speciell småbarnskompetens, har sedan kontinuerligt följt ärendet genom hela vårdtiden. Behandlingarna präglas av följsamhet, ett lyssnande förhållningssätt och en integration av utredning och behandling.

Behandlingarna har innefattat en stor variation av insatser såsom familjesamtal med undersökande, stödjande och vägledande målsättning, observation av barnen, testningar med standardiserade metoder, bedömning av barnen i samspel med föräldrarna och i förskolan, familjeterapi och samspelsbehandling för barn och föräldrar enskilt eller i grupp. Samspelsbehandling har byggt på metoder som Marte Meo, MIM, Triadfilmning, BOF, Parent Training och Theraplay. 16 barn har fått en kompletterande insats från mellanvården.

60 % av ärendena har kategoriserats i de diagnostiska systemen. 44 % har fått en symtomdiagnos, vanligast var DSM IV Axel I "Genomgripande störning i utvecklingen", DC 0-3 (R) Axel I "Affektstörning", "Regleringsstörning" och "Ätstörning". 30 % har bedömts ha avsevärda svårigheter i relation till förälder/föräldrar, enligt DC 0-3, Axel II en skattning under 60.

Behandlarna ger i intervjuerna uttryck för ett stort engagemang och beskriver i de flesta fall resultat av insatserna som av intervjuaren skattats som goda. Det skulle vara värdefullt att jämföra dessa skattningar med föräldrars värdering av insatserna från BUP.

Författarens förord

De behandlare inom BUP som arbetar med de små barnen har ett stort engagemang och en ambition att värna om och utveckla småbarnsarbetet. Behandlare, chefer och beställare följer denna utveckling och har efterfrågat uppföljning. Föreliggande rapport är avsedd som ett bidrag till en sådan. Syftet med rapporten är att beskriva hur uppdraget med de små barnen, under 4 år, med barnpsykiatrisk problematik förvaltas. Jag vill tacka mina chefer Agneta Åhlund och Karin Forler, verksamhetschefer för områdena nordost och nordväst som gett mig möjlighet och stöd i att genomföra denna studie och sammanställa denna rapport.

Rapporten bygger på en undersökning av insatser till småbarnsfamiljer som besökte någon av de 7 mottagningarna och de 2 mellanvårdsenheterna inom BUP verksamhetsområden nordost och nordväst under år 2008. Data har hämtats ur BUP:s interna statistiksystem och genom intervjuer med ansvarig behandlare. 44 behandlare har intervjuats om 82 ärenden. Jag vill rikta ett varmt tack till Er, 44 intervjuade kolleger för att Ni generöst bjudit av era erfarenheter. Jag hoppas att rapporten ger en rättvisande bild av ett, som jag fått erfara, behandlingsarbete som utförs med stort engagemang och professionalitet.

Många andra kolleger har varit delaktiga i rapportens tillkomst. Jag har haft stor nytta och hjälp av Mia Danielson och Olle Lindevall, Utvärderingsenheten, av Hans Smedje, Kungsholmens BUP, av Gunnel Berggren, Mellanvården nordväst och Agnes Thedin Mellanvården nordost, ett Tack till er alla. Ett alldeles speciellt tack vill jag rikta till Maria Dunerfeldt, Utvärderingsenheten, som nagelfarit min text och givit mig ovärderliga synpunkter på allt från rapportens struktur till kommatering. Sist men inte minst tack till Birgitta Andersson, för att Du läste och kom med tänkvärda frågor, till Margit Ekenbark för omslagsbilden och till Rolf Sjöberg för transformering från manuskript till rapport.

Anna Skagerberg

Innehållsförteckning

| | |
|---|------------|
| Förord | iii |
| Sammanfattning | v |
| Författarens förord | vii |
| Innehållsförteckning | ix |
| Inledning | 1 |
| Bakgrund..... | 1 |
| Syfte | 6 |
| Metod | 6 |
| Urval | 7 |
| Genomförande..... | 7 |
| Resultat | 9 |
| För vilka problem kommer familjerna? | 10 |
| Vilka deltar i förstasamtalet på BUP?..... | 13 |
| Vägen från kontaktorsak till behandlingsplan..... | 14 |
| Behandlingsplanernas inriktning..... | 16 |
| Diagnos och diagnostisk process | 17 |
| Insatser | 21 |
| Resultat av behandlingen | 29 |
| Resultatsammanfattning..... | 32 |
| Diskussion | 35 |
| Referenser | 43 |

Bilaga: Frågeformulär

Inledning

Bakgrund

Barn- och ungdomspsykiatrins uppdrag - små barn

Ur beställarens uppdrag till BUP står att läsa: "Barn- och ungdomspsykiatri är till för barn och ungdomar mellan 0 – 17 år med psykisk sjukdom och störning, som utgör hinder för personlig växt och mognad och till deras familjer. De psykiska problemen ska vara av sådan omfattning och intensitet att hjälpinsatser på basnivå inte är tillräckliga." (HSN 2009). I skrivningen poängteras att barnpsykiatri är en specialistresurs och att barn och ungdomar med barnpsykiatrisk problematik är målgruppen.

I BUP:s policydokument(2007) nämns bland tillstånd med särskild prioritet: Allvarliga anknytningsproblem hos barn 0-4 år, små barn med regleringssvårigheter som föräldrarna inte kan härbärgera och stark oro, ångest eller depression kopplat till föräldrabilivande. BUP har också ett förebyggande uppdrag, ett tilläggsuppdrag som innefattar konsultation till mödra- och barnhälsovården, medverkan vid bedömning av individuella vårdbehov hos blivande och nyblivna föräldrar och medverkan till tidig upptäckt av barn med psykisk ohälsa inklusive anknytningsproblem och neuropsykiatriska störningar. Det är med andra ord tydligt att BUP skall satsa på barn i alla åldrar, även de minsta. I beställningen betonas vidare att behandlingsinsatser för små och späda barn skall utvecklas och att prioriterade tillstånd förutom neuropsykiatrisk problematik också är allvarlig anknytningsproblematik.

År 2002 skedde en sammanslagning av Psykisk barn- och ungdomsvård (PBU) och Barnpsykiatri (BUP). Därpå följde en intern omorganisation, 2005, där Psykologverksamheten vid mödra- och barnhälsovården, som i Stockholm varit en PBU-verksamhet, integrerades med BUP:s öppenvårdsmottagningar. Psykologverksamheten vid mödra- och barnhälsovården hade dittills haft uppdrag att ge konsultation till mödra- och barnhälsovårdens personal och förebyggande och behandlande insatser till småbarnsfamiljer. I realiteten hade Psykologverksamheten stått för merparten av BUP:s insatser till de små barnen.

Farhågor formulerades då både av berörda psykologer och av vårdgrannar som:

- Kommer småbarnsfamiljerna att hitta vägen till BUP-mottagningarna?

- Hur skall de små barnens behov kunna hävdas i konkurrens med de äldre barnens?
- Hur kommer erfarenhet och kunskap om småbarnsbehandling tas tillvara?

Uppföljning av insatser till små barn

I en mindre uppföljning av insatser till alla de 127 småbarnsfamiljer som besökt BUP, verksamhetsområde nordväst i Stockholms läns landsting, under en tvåmånadersperiod år 2006 (Skagerberg, 2006) framkom att ärenden som kan rubriceras under två rubriker prioriterats: Neuropsykiatriska frågeställningar och föräldraoro utifrån småbarnssymtom som skrik, sömn- och uppfödningproblem. Till familjer som sökte för neuropsykiatriska frågeställningar gavs ett brett spektrum av insatser riktade till barnet, familjen och nätverket. Ärenden under rubriken föräldraoro utifrån småbarnssymtom var många men varje ärende gavs mycket begränsade insatser. Resultaten visade att verksamhetens uppdrag vad gäller små barn med neuropsykiatriska svårigheter realiserades. Däremot var det svårt att utläsa hur uppdraget genomfördes när det gällde barn med annan barnpsykiatrisk problematik. Merparten av ärenden där föräldrar oroade sig för ”småbarnssymtom” handlade troligen om problem som löstes med en kortare insats men om allvarlig anknytningsproblematik fick tillräcklig uppmärksamhet är svårt att säga. Fanns sådan allvarlig problematik bland dessa ärenden och fick familjerna i så fall en tillräcklig insats?

Arbetet med de minsta barnen var 2006 efter tidigare beskriven omorganisation i praktiken en ny uppgift på mottagningarna. Många av de behandlare som arbetade med de små barnen var nya på mottagningarna och de arbetade relativt ensamma i ärendena. Frågan var om man i den nya organisationen saknade avsatt tid för att i kollegiala diskussioner bedöma, prioritera och planera för småbarnsärenden med allvarligare problematik. Sådana svårigheter bekräftades i en diskussion i nätverket för psykologer som arbetar med de små barnen på mottagningarna i verksamhetsområdet: Man ansåg att arbetet med de neuropsykiatriska utredningarna tog mycket resurser men gav bra service till familjerna. Men man saknade tidsmässigt utrymme och kompetensstöd för att utveckla behandlingsmetodik för små barn med behov av intensiva insatser. Även på chefsnivå såg man behov av att ge speciellt stöd för arbetet med de små barnen.

Satsning på de små barnen

Ungefär 2 % av småbarnsfamiljerna finner vägen till BUP. (Patientstatistik 2003 och 2008 ur Pastill; Befolkningsstatistik 2003 och 2008, Regionplane-kontoret, SLL). Som jämförelse besökte år 2008 4 % av barnen i befolkningen BUP (Patientstatistik ur Pastill och Befolkningsstatistik, Regionplane-kontoret, SLL).

För att ge en ökad systematik och tydlighet åt de små barnens problem beslutades år 2007 att införa diagnossystemet DC 0-3 (R), Diagnostic classification, Zero-to- three, inom barnpsykiatri i Stockholm. Systemet som utvecklats på 1990-talet i USA är avsett att komplettera DSM-systemet för barn under fyra år. Då klassifikation utifrån DC 0-3 (R) förutom symtom hos barnet också innefattar beskrivning av svårigheter i barn-föräldrelationen är det till hjälp för att bedöma allvarliga relationella hinder för barnets utveckling. I samband med en generell utbildningssatsning på diagnostik inom BUP, år 2009, har fortsatt implementering också av DC 0-3 fått utrymme.

En utbildning i metoder för samspelsbehandling, som initierats i verksamhetsområde sydost, startades hösten 2008 också för behandlare i de tre andra geografiska verksamhetsområdena.

Som utvecklingsamordnare med uppdrag att stödja utveckling av arbetet med de små barnen, har jag varit engagerad i de tre delarna av satsningen på de små barnen; implementering av DC 0-3 (R) ,utbildning i samspelsmetodik och uppföljning av arbetet med de små barnen.

Vad är det speciella med småbarnpsykiatri?

Små barn är speciellt sårbara genom att de är så helt beroende av sina närmaste. För att barnet skall utveckla förmågan att reglera sina fysiologiska och affektiva tillstånd fordras ett kontinuerligt samspel med föräldrar som ger pålitlig omsorg. I denna omsorg får barnet hjälp att reglera hunger och mättnad, sömn och vakenhet och att sortera sinnesintryck. Barnet stimuleras att uttrycka sig och får svar, det knyter an och de relationer som etableras mellan barnet och föräldrarna blir en grundmodell för samvaro med och förväntan på andra människor framöver. Barnet utvecklar sin personlighet, sitt tänkande och sitt språk i samspel.

Skrik-, sömn- och matproblem, speciella svårigheter att reglera sina tillstånd, sin uppmärksamhet och att kommunicera är symtom hos det späda barnet som kan vara tidiga tecken på konstitutionell sårbarhet hos barnet eller otillräckligt stöd från omgivningen. En viktig uppgift för barnpsykiatri är att tidigt upptäcka och utreda barn med egna konstitutionella svårigheter och erbjuda dem och deras föräldrar vägledning. En annan lika angelägen uppgift

är att hjälpa barn och föräldrar med avsevärda relationsproblem, svårigheter som hindrar en tillitsfull anknytning där brister i ömsesidighet riskerar att befästas och hindra barnets utveckling. Dessa två uppgifter speglar inte två avgränsade grupper patienter. Vissa spädbarn kräver otroligt mycket hjälp med reglering och mognar med stöd medan andra visar sig ha kvarvarande svårigheter. Småbarnspsykiatrin handlar om små barns egna svårigheter och om relationella hinder för barns utveckling.

Förekomst och typ av psykiska problem hos små barn

Utvecklingspsykologi - kunskapen om små barns utveckling, småbarnspsykiatri - kunskapen om avvikelser och svårigheter, diagnostik och metoder för behandling är alla områden som genomgått en revolutionerande utveckling under senare år. Mycket av kunskapen baserar sig på forskning i USA och speglar amerikanska förhållanden. Nedan refereras några undersökningar från Norden:

Skovgaard m. fl. (2007) har studerat ett urval av 211 1½-åriga barn ur en hel befolkningskohort i Köpenhamn. Kliniska bedömningar av barnpsykiater och psykolog kompletterades med en mängd mätinstrument såsom Child Behavior Check List, CBCL, (Achenbach, 1992)), Bayleys utvecklingsskala m. fl. Barnen diagnostiserades utifrån ICD 10 och DC 0-3 (R). 16-18 % av barnen fick en diagnos. Det är en förvånande hög siffra men prevalensen motsvarar den för större barn. Vanligast var regleringsstörning, affekt-, beteende- eller ätstörning. Regleringsstörningar fann man hos 7 % och relationsstörning mellan förälder och barn hos 8 %. Forskningsresultaten visar att små barn har psykiska problem. Detta är bilden utifrån befolkningen i Köpenhamn. Hur ser det ut i en barnpsykiatrisk population?

I en dansk studie (Jeppesen, Landorph, Vestager & Skovgaard) redovisas utifrån ICD 10 och DC 0-3, relationsstörning, genomgripande störning i utvecklingen, ätstörning, regleringsstörning och affektstörning som vanligast.

Risholm Mothander och Moe (2008) har i en studie av 138 barn under fyra år som sökt barnpsykiatrin, Nic Waal i Oslo, redovisat diagnostiska bedömningar. 60 % av barnen fick en symtomdiagnos utifrån DC 0-3 (R), vanligast var regleringssvårigheter, därefter affektiva problem och trauma. 80 % bedömdes också ha svårigheter i relation mellan barn och förälder, relationsstörning eller ”risk för relationsstörning”.

Trots och aggressivitet är en av de vanligaste sökorsakerna till barn- och ungdomspsykiatrin bland barn upp till 12 år (Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri, 2003). Internationella studier har visat att hälften av 3-4-åriga barn med trotssyndrom uppvisar sådana problem också i skolåldern

(Campbell, 1995). De Gangi (2000) har visat att tidig regleringsstörning har samband med ADHD -symtom längre fram.

Behandling

Små barn behöver hjälp tidigt. Forskning har visat att om störningar i utvecklingen identifieras tidigt, blir insatta åtgärder mer effektiva. (Emde & Wise, 2003; Sameroff, Mc Donough & Rosenblum, 2005).

Vägen till hjälp för små barn måste innefatta barnets relation till sina föräldrar. Detta gäller både barn med egna konstitutionella svårigheter och barn utan speciell egen sårbarhet men med stora svårigheter i relation till sina föräldrar. I en översikt över trots, affektiva problem och matproblem hos små barn framhåller Gardner och Shaw (2008), vikten av tidig intervention. Den bör kombinera en hjälp till föräldrarna att förstå barnets reaktioner utifrån dess temperament och utvecklingsnivå med stöd för att samverka med barnet i den konkreta situationen. Författarna hänvisar till evidensbaserade metoder. Fonagy (1998) redovisar i en översikt över behandlingsstudier att många metoder visat goda resultat. Inga resultat visar dock att en enskild metod är att prioritera framför en annan men att vissa centrala faktorer är gemensamma för olika verksamma metoder. En sådan faktor är att barnet blir sett och får vara huvudperson i behandlingen.

Inom barnpsykiatri i Stockholm har behandlingsmetoder för små barn utvecklats under många år (Skagerberg, 2009) och är under intensiv fortsatt utveckling (Barn- och ungdomspsykiatri, 2010).

Syfte

Syftet med den här studien är att undersöka hur uppdraget när det gäller små barn med barnpsykiatrisk problematik förvaltas inom BUP:s verksamhetsområde nordost och nordväst, den norra halvan av Stockholms län.

Underlag för undersökningen är småbarnsfamiljer som sökt till någon av de 7 mottagningarna. Studien begränsas till behandlingar som omfattat mer än tre besök, detta för att i någon mån kunna beskriva arbetet med små barn med barnpsykiatrisk problematik skilt från kortare insatser av mer förebyggande karaktär.

För att ge en beskrivning krävs dels kvantitativa data:

- Hur många små barn kommer till barnpsykiatrin för en insats på mer än 3 besök?
- Hur fördelar de sig i ålder?
- För vilka problem kommer de?
- Vilka deltar i förstasamtalet på BUP?

Vidare krävs beskrivningar av för vilka svårigheter familjerna kommer, hur de bedöms, hur de kategoriseras i de diagnostiska systemen, hur behandling planeras och vilka insatser som ges.

Och slutligen är resultat av insatserna av största intresse, något som bara delvis kan skattas utifrån behandlarperspektiv i denna studie.

Metod

Uppgifter om antal barn, för vilka svårigheter familjerna kommer och för hur många besök, går att finna i patientstatistiken i BUP:s interna statistiksystem, kallat Pastill.

För att få svar på frågor om processen i bedömning, diagnos, planering och val av behandlingsmetod lades undersökningen upp som intervjuer med ansvarig behandlare. Intervjuerna avsågs följa en intervjumall och uppskattades ta ca en halv timme per ärende. Intervjufrågorna var tänkta att följa en tänkt tidsmässig gång i ett ärende, från kontaktorsak, över bedömning, diagnostisk process, behandlingsplan, vårdinsats till avslutning och utvärdering (Intervjumall bilaga 1).

Urval

2008 besökte 930 barn under fyra år, med föräldrar någon av de sju mottagningarna på norra länshalvan. (Ungefär lika många småbarnsfamiljer togs emot i södra delen av länet.)

Knappt hälften av dem kom för kortare konsultationer medan drygt hälften, 459 barn fick en insats på mer än 3 besök. **Ur denna population, barn under 4 år som kommit för mer än 3 besök, till någon av de 7 mottagningarna i norra halvan av länet, har 82 ärenden tagits ut till undersökningsgrupp.** Urvalet har gjorts slumpmässigt, proportionellt stratifierat utifrån barnens ålder. Slumpen fördelade barnen så att alla de sju mottagningarna blev representerade.

Genomförande

Intervjuer avseende de 82 ärendena genomfördes i augusti och september 2009 med 44 ansvariga behandlare, huvudsakligen psykologer. Behandlarna har under intervjun haft sina journalanteckningar tillgängliga. Det har varit intressant och utan problem att genomföra intervjuerna då behandlarna generöst bjudit av sin tid och sina erfarenheter.

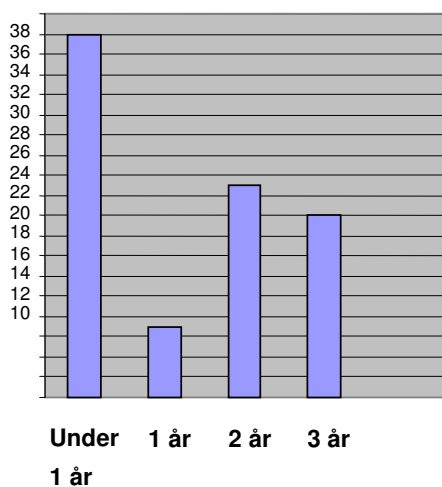
Däremot visade det sig snart att intervjumallen lagts upp utifrån en föreställning om en gång i ärendena som inte stämde med verkligheten varför intervjufrågornas ordning måst anpassas till varje intervjuad.

Resultat

Hur fördelar sig barnen i ålder?

Av de 82 barnen var 36 under 1 år vid första besök, 7 barn var 1 år, 21 barn var 2 år och 18 barn var 3 år.

Figur 1. Antal barn i olika ålder

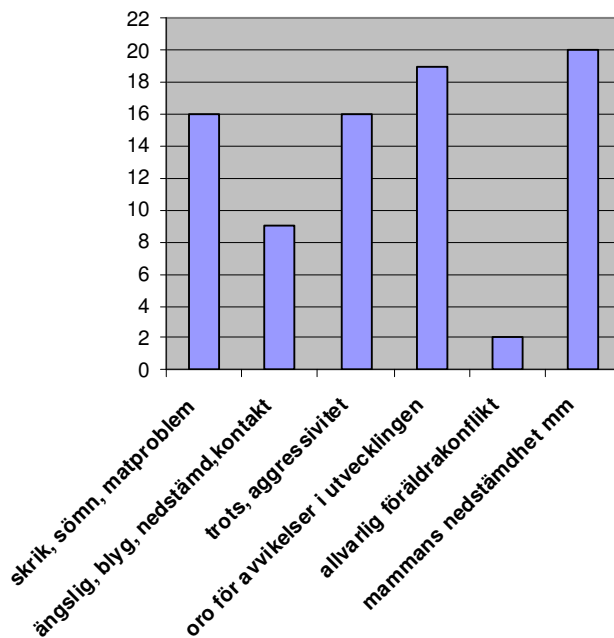


Kommentar: Urvalet har gjorts så att det motsvarar populationen avseende ålder. Barn under 1 år är den största åldersgruppen. Det har den varit konstant genom åren. Det kan avspegla de speciella svårigheter som möter spädbarnsfamiljerna men det kan också bero på att de minsta barnen kommer till barnpsykiatrin via barnhälsovården som har intensiv kontakt med familjerna under barnets första år. Det är också värt att notera att den grupp som mest sällan kommer till barnpsykiatrin är 1-åringarna. Har de så lite problem? Eller märks de så litet?

För vilka problem kommer familjerna?

När familjen ringer eller en remiss kommer till BUP antecknas en eller flera kontaktorsaker. Här redovisas den kontaktorsak som behandlaren angav i intervjun som viktigast.

Figur 2. Viktigaste kontaktorsak för de 82 barnen



20 familjer sökte för ”mammaproblem”, 19 familjer för ”oro för avvikelser i barnets utveckling”, 16 familjer för ”trots och aggressivitet”, 16 för ”skrik-, sömn- och matproblem”, 9 för att barnet var ”ängslig, blyg, nedstämd, svår i kontakten”, och 2 för allvarlig föräldrakonflikt.

Tre kontaktorsaker dominerar: ”oro för avvikelser i barnets utveckling”, ”trots och aggressivitet” och ”mammaproblem”. Barnets problem med sömn, skrikighet, mat, kontakt, ängslighet och nedstämdhet anges men som huvudsak i färre ärenden.

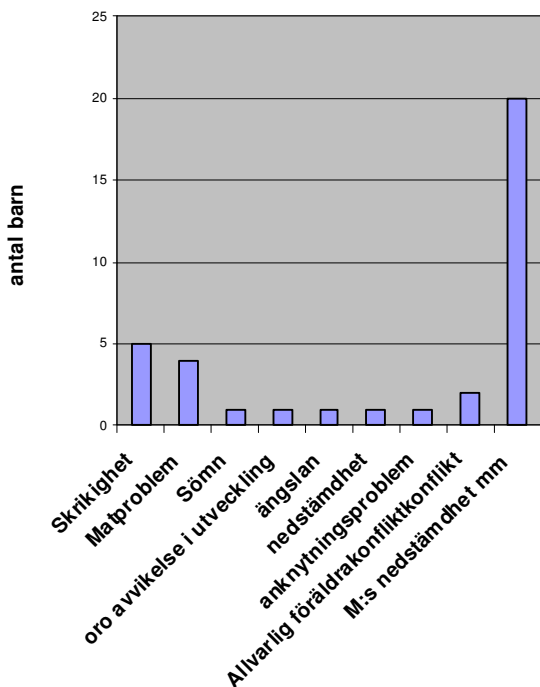
Kommentar: Hur skall denna problemkarta förstås? Oro för avvikelser i barnets utveckling och trotsproblematik är förväntade skäl för att söka barnpsykiatri. Men i en fjärdedel av ärendena formuleras problemet som föräldra-

eller mammaproblem. Hur ser de svårigheterna ut? Hur fördelar sig sökorsakerna om spädbarnsärendena skiljs från 1-3-åringarna?

Kontaktorsaker för de 36 barnen under 1 år

I de 20 ärenden där huvudorsaken till kontakt kategoriserats som ”mamma-problem” var barnet under 1 år. Denna kontaktorsak angavs i över hälften av spädbarnsärendena. Allvarlig föräldrakonflikt anges i 2 ärenden. Symtom hos barnet som skrikighet, sömn- eller matproblem anges som huvudorsak till kontakten i 14 ärenden.

Figur 3. Kontaktorsaker för de 36 barnen under 1 år



Föräldraproblem anges ofta tillsammans med frågor om anknytningsproblem hos barnet, föräldrarnas svårigheter att tyda barnets signaler, tveksamhet till föräldraskapet, oro för att tillfoga barnet skada eller att mammans oro eller föräldrarnas konflikter skall påverka barnet. När huvudorsaken till kontakt formulerats som mammans problem har jag kallat kategorin för ”mamma-problem”. Familjen eller mamman som har sökt barnpsykiatri efter hänvisning

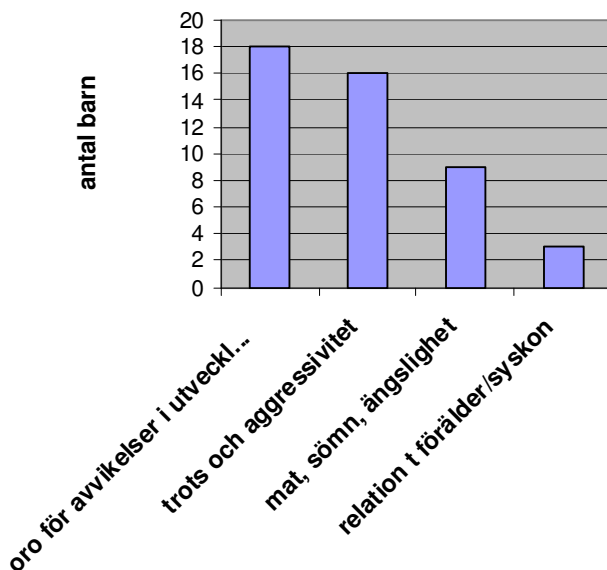
från barnavårdscentralen eller i några fall från vuxenpsykiatrin har formulerat problemen som sina. Sjuksköterskan på barnavårdscentralen har formulerat problemen som mammaproblem då hon hänvisar. Ofta har då mamman varit så nedstämd eller oroad att hon uttryckt att hon haft svårt att klara vardagen med babyn. Sex mödrar hade svårt att hantera sin nya roll p.g.a. traumatiska upplevelser i samband med graviditet eller barnets födelse. Bland dem som kom genom vuxenpsykiatrin fanns några kvinnor som behandlats för psykos eller djup depression. Andra remitterades till vuxenpsykiatri eller vårdcentral i samband med BUP-kontakten.

Kommentar: I över hälften av spädbarnsärendena formuleras den främsta kontaktorsaken vara mamma-/föräldraproblem. Barnen var små, några ett par månader gamla, då kontakten initierades av föräldrarna på rekommendation av barnhälsovården eller vuxenpsykiatrin. Den bekymrade föräldern/mamman formulerar problemet utifrån sig själv. Föräldra- och barnproblemen är sammanflätade och det är inte helt lätt att skilja ut spädbarnens problem från vuxenproblemen. Hur hanteras dessa svårigheter på BUP?

Kontaktorsak: Barn 1-3 år

I alla 46 ärenden där barnet var 1-3 år, anges huvudorsaken till kontakten som problem hos barnet. 18 familjer sökte för ”oro för avvikelser i barnets utveckling” och de vanligaste problem som angetts är överaktivitet, impulsivitet eller svårighet att leka med andra barn på förskolan. 16 familjer sökte för trots och aggressivitet, 3 familjer sökte för matproblem, 3 för sömnproblem, 3 för ängslighet, 3 för konflikter mellan barnet och mamma eller syskon. Se fig. 4.

Figur 4. Viktigaste kontaktsak för barn 1-3 år



Kommentar: Kontaktsaken för alla barn 1-3 år anges som ett problem hos barnet. Föräldra- och i synnerhet mammaproblem som dominerat som huvudkontaktsak för spädbarnen anges inte alls för barn 1-3 år.

Vilka deltar i förstasamtalet på BUP?

Till det första samtalet på BUP kommer antingen barnet med båda sina föräldrar, barnet med sin mamma eller bara föräldrarna. På mottagningen träffar de i allmänhet en psykolog som är speciellt kunnig i svårigheter hos små barn och deras familjer. För barn under 1 år är det vanligast att mamma kommer ensam med barnet och för barn 1-3 år är det vanligast att föräldrarna kommer utan barn för ett första samtal.

Kommentar: *Varför kommer mamman ofta ensam med spädbarnet till BUP? Formellt är de inte ensamstående. Återspeglar det en realitet där mammor bär svårigheterna med det lilla barnet? Då är det positivt att de finner vägen till den behandling de behöver för sig och sitt barn.*

Eller kan det vara så att behandlaren frestas att glömma familjeperspektivet när de nyblivna mammorna kommer med sina späda barn? Om så, förstärker

det den betoning av mammans problem som kontaktorsak som anges för spädbarnsärendena?

Och vad händer med barnperspektivet? Har barnet två föräldrar som ger omsorg eller bara en, den tyngda mamman?

Och i ärenden med litet äldre barn, där föräldrarna kommer utan barn: Vilken effekt får det när föräldrar kommer ensamma utan barn till första samtalet? Behandlaren får höra föräldrarnas beskrivning av problemet men hur påverkas behandlaren av att inte ha chans att göra sin egen initiala bedömning av barnet? Vad händer med barnperspektivet? Ibland kan barnets reaktioner på föräldrarnas berättelse i den första intervjun ge väsentlig information. I andra fall kan föräldrarna behöva berätta utan hänsyn till barnets närvaro.

Vägen från kontaktorsak till behandlingsplan

Behandlarens initiala bedömning

Efter en första kontakt, ett eller några besök, antas behandlaren göra en initial bedömning av problemet och ta ställning till behov av fortsatt insats. Hur formulerar behandlarna den bedömning de gjort i samband med den första kontakten?

I 75 av de 82 ärendena framgår av intervju och journal att behandlaren har gjort en initial bedömning. Bedömningen formuleras i en tredjedel av ärendena som barnets problem, i en tredjedel som svårigheter i relationen mellan förälder och barn, och i en tredjedel som föräldraproblem eller svår hemsituation. I hälften av spädbarnsärendena fokuseras mammans problem medan i 1-3-åringarnas fall fokuseras barnet eller relationen barn-förälder.

I sju ärenden avser bedömningen typ av insats, såsom ”behov av intensiv insats”. I sju ärenden formuleras inte någon bedömning.

Kommentar: Behandlarnas initiala bedömningar ligger nära formuleringarna som angetts i kontaktorsaker. I ungefär hälften av spädbarnsärendena fokuseras mammans problem medan alla bedömningar när det gäller barn 1-3 år fokuserar barnet eller relationen mellan barnet och föräldrarna.

Hur beskriver behandlarna barnet och barnets problem utifrån denna första kontakt?

I 63 av de 82 ärendena beskriver behandlaren barnets utveckling, styrka och svårigheter. Beskrivningarna kan se ut som i följande exempel:

Flicka, 0:2år. Passiv flicka, sträcker sig inte mot förälder eller behandlare vid försök till kontakt, ger ej blickfixering, blick söker ljus, motoriskt passiv, uppmärksammar ljud. Följ utveckling.

Pojke, 3:0 år. Pojkens svårigheter beskrivs utifrån observation på mottagning och förskola: Ger fluktuerande kontakt, ögonkontakt men är snabbt iväg i uppmärksamhet på annat, hyperaktiv, motoriskt och språkligt sen. Svårt att leka med jämnåriga barn, leker inte rollekar, samlar och organiserar leksaker, men utan berättande innehåll.

Flicka, 1:6 år. Välutvecklad flicka, initialt avvaktande i kontakt, ger senare god kontakt, turtagningar, visar, pekar, leker åldersadekvat. Inga frågetecken.

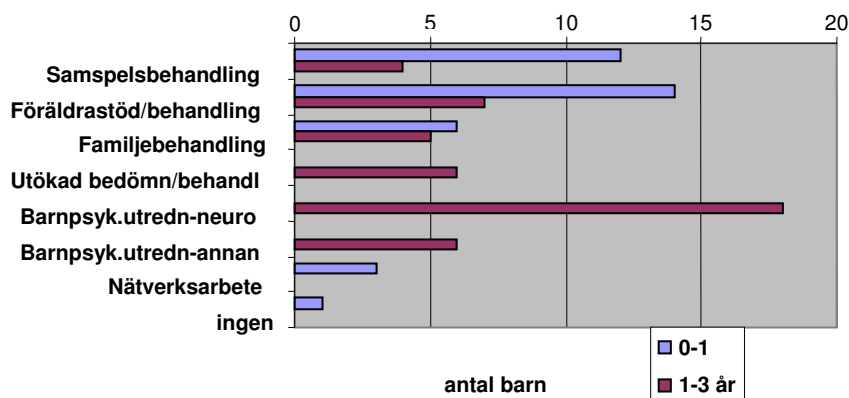
I 19 ärenden saknas beskrivning av barnet eller beskrivningen är knapphändig. Ett par av dessa ärenden har kommit till behandling på mellanvården snabbt och beskrivningar av barnet återfinns i mellanvårdens anteckningar.

Kommentar: De flesta barn är väl beskrivna i intervjuer och journaler men i ett antal ärenden saknas beskrivningar. De flesta av dem är spädbarnsärenden där kontaktorsaken är mammans svårigheter och där behandlaren i sin bedömning också fokuserar på dessa. Detta innebär inte nödvändigtvis att behandlaren glömmer att barnet är patienten men att det är svårt att explicit uttrycka en oro för barnet som mamman ännu inte är beredd att höra. Exempelvis: En mamma kom med sin baby, 1½ månad, och sökte för egen nedstämdhet. Behandlarens implicita bedömning var att barnet behövde hjälp av en mer närvarande mamma. Behandlarens explicita bedömning var en bekräftelse av mammans känsla av nedstämdhet. Barnet beskrevs i journalen i få ord och behandlingsplanen inriktades på intensiv samspelsbehandling. I det här ärendet konsulterades också vuxenpsykiatrin. BUP-behandlaren inriktade behandlingen på barnets utveckling i relation till sin mamma. Men hon dröjde med att belasta mamman med de brister i relation till barnet hon såg. Mamman uttryckte inte oro för barnet.

Behandlingsplanernas inriktning

Efter initial bedömning skall en plan för vidare behandling formuleras. Behandlingsplanerna kan innefatta vidare utredning, behandlingsinsatser med olika metoder och/eller samarbete med nätverket. Nedan redovisas behandlingsplanernas huvudsakliga inriktning. Redovisningen är förenklad då behandlingsplanerna ofta förnyas efterhand.

Figur 5. Behandlingsplanernas huvudsakliga inriktning i de 82 ärendena uppdelat på barn under 1 år och 1-3-åringar.



Behandlingsplan är tydligt formulerad i alla ärenden utom ett. Av figuren framgår att föräldrastöd/behandling är den vanligaste planen, 21 barn.

Barnpsykiatrisk utredning med fokus på neuropsykiatriska frågeställningar är den närmast vanligaste planen, 18 barn, alla 1-3 år. Den innefattar en mängd insatser vars innehåll redovisas längre fram i texten.

Samspelsbehandling planeras i 16 ärenden, hälften av dessa i form av gruppbehandling på mellanvård eller spädbarnsverksamhet.

Familjebehandling planerades i 11 ärenden.

I 6 fall planeras en barnpsykiatrisk utredning med annan frågeställning än neuropsykiatrisk.

I 6 ärenden planerades en utökad bedömning/behandling.

I 3 fall planeras nätverksarbete som huvudinriktning på insatsen. Nätverksarbete avser här samarbete tillsammans med familjen med förskola, lekotek, barnmedicin, socialtjänst och vuxenpsykiatri.

Kommentar: Vägen från kontaktorsak via behandlarens initiala bedömning av problemet, bedömning av barnet till behandlingsplan är inte alltid enkel att följa. Kontaktorsak och behandlingsplan är tydligt formulerade. Behandlarens initiala bedömning ligger i allmänhet nära den kontaktorsak familjen kom med. Det är tydligt att behandlaren lyssnat på familjen men inte alltid lika tydligt om behandlaren gjort en egen bedömning. I allmänhet framgår den professionella bedömningen av behandlarens sammanlagda formuleringar av problemet, barnet och behandlingsplanen. I andra fall är det professionella ställningstagandet ottydligare då bedömning av problemet och beskrivning av barnet saknas eller är knapphändig.

Diagnos och diagnostisk process

Intervjumallen lades upp utifrån föreställningen att en diagnos föregår och styr behandlingsplaneringen. Detta visade sig i intervjuerna vara en grov förenkling. Vägen från aktualisering av ett ärende till avslutning ses mer som en undersökningsprocess styrd av föräldrarnas frågor, där intervjuer och observationer av barnet utifrån en hypotes leder till kunskap, nya hypoteser provas genom en ny insats som ger säkrare kunskap. Frågan blir *när* nya kunskaper om svårigheter skall kategoriseras i det diagnostiska systemet.

I en del ärenden har det varit lätt att formulera diagnos tidigt medan i andra hypoteser har växlat och diagnos först kunnat formuleras efter en längre kontakt. När det gäller barnpsykiatriska utredningar är en sådan väg självklar. Det blir i slutet. Målet är resultatet av en undersökning som uttrycks i diagnostiska termer. Behandlare har ibland också ställt sig frågande inför kravet på att sätta en diagnos.

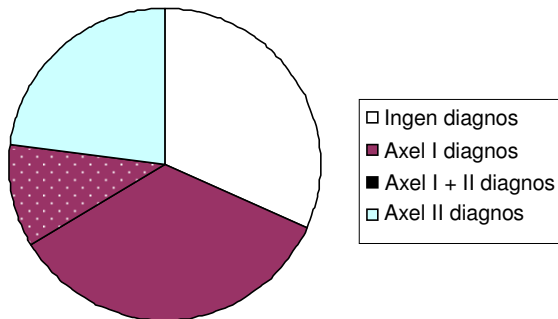
Hur bedöms och diagnostiseras de små barnen?

Två diagnossystem används, DSM IV och DC 0-3 (R). I båda anges symtomdiagnoser på Axel I.

I DC 0-3 (R) görs en bedömning av barnets relation till sin förälder/sina föräldrar i en skala från väl anpassad till gravt störd på Axel II. Nedan redovisas symtomdiagnoser på Axel I och Axel II-bedömningar under 60, d.v.s. en bedömning av avsevärda svårigheter i relationen/relationerna, en påfrestad/dysfunktionell relation eller en relationsstörning. Axel II skattningar i DC 0-3-systemet under 60 är den cut-offgräns för relationssvårigheter som tillämpats i Mothanders och Grette Moes norska studie (2009).

Hur kategoriseras barnen i diagnossystemen?

Figur 6. Hur kategoriseras barnen i diagnossystemen?



Figur 6 visar hur de 82 ärendena kategoriserats utifrån DSM IV eller DC 0-3, ingen diagnos, Axel I-diagnos, DC 0-3 Axel II-diagnos eller (prickad) både på Axel I och II. Drygt hälften, 60 %, av ärendena har kategoriserats på Axel I i DSM IV eller DC 0-3 eller Axel II i DC 0-3. 40 % av barnen har varken symtom- eller relationsdiagnos.

Knappt hälften av barnen, 44 %, har fått en symtomdiagnos och en tredjedel, 30 %, har bedömts ha avsevärda svårigheter i relation till sin förälder/sina föräldrar. Ett antal barn har både en symtomdiagnos och en relationsdiagnos.

Kommentar:

Drygt hälften av ärendena har kategoriserats i de diagnostiska systemen.

Knappt hälften har fått en symtomdiagnos.

En tredjedel har bedömts ha avsevärda svårigheter i relation till sin förälder eller sina föräldrar.. Den norska undersökningen presenterar mycket högre siffror. Kan det förklaras av skillnader hos patientgrupperna? Eller, vilket är troligare, återspeglar det en ovana eller en tveksamhet att bedöma relationerna.

Hur kan det förstås att 40 % inte fått vare sig symtomdiagnos eller bedömning av relationssvårigheter? Har så många av ärendena karaktären av svårigheter som inte kan kategoriseras som barnpsykiatriska problem utifrån vare sig DSM IV eller DC 0-3?

Figur 7. Antal diagnoser. Observera att ett barn kan ha en, två eller tre diagnoser.

| DSM IV Axel I | Antal | DC 0-3 Axel I | Antal | DC 0-3 Axel II | Antal |
|---------------------------------------|-------|---------------------|-------|-----------------------------------|-------|
| Genomgripande störning i utvecklingen | 9 | Affektstörning | 8 | Påfrestad/dysfunktionell relation | 14 |
| Ätstörning | 5 | Regleringsstörning | 7 | Relationsstörning | 10 |
| Trotssyndrom | 3 | Anpassningsstörning | 2 | | |
| ADHD/hyperaktivitet | 2 | MSDD | 1 | | |
| Sömnstörning | 2 | | | | |
| Reaktiv kontaktstörning | 2 | | | | |
| Kommunikationsstörning | 2 | | | | |
| Motorisk störning | 1 | | | | |
| Inlärningsstörning | 1 | | | | |

Diagnoskategorier

Vanligaste diagnos är avsevärda svårigheter i relation mellan barn och förälder, en DC 0-3 (R) -diagnos på Axeln II. De vanligaste symtomdiagnoserna är genomgripande störning i utvecklingen, affektstörning och regleringsstörning, därefter ätstörning och trotssyndrom.

Kommentar: Relationsstörning och påfrestad/dysfunktionell relation, genomgripande störning i utvecklingen, regleringsstörning och affektstörning är de vanligaste diagnoserna utifrån DSM och DC 0-3.

Vilka diagnoser fick de 18 barnen 1-3 år med kontaktorsak "Oro för avvikelser i utvecklingen"?

Som exempel presenteras här hur svårigheterna hos de barn, 1-3 år, vars föräldrar sökte för "Oro för avvikelser i utvecklingen" kategoriserades i de diagnostiska systemen.

Figur 8. Diagnoser för de 18 barnen med kontaktorsak "Oro för avvikelser i utvecklingen. Observera att ett barn kan ha flera diagnoser.

| DSM IV Axel I | Antal | DC 0-3 Axel I | Antal | DC 0-3 Axel II | Antal |
|---------------------------------------|-------|--------------------|-------|-------------------|-------|
| Genomgripande störning i utvecklingen | 9 | Affektstörning | 1 | Relationsstörning | 2 |
| Kommunikationsstörning | 1 | Regleringsstörning | 2 | | |
| Trotssyndrom | 1 | MSDD | 1 | | |
| ADHD/hyperaktivitet | 1 | | | | |
| Motorisk störning | 1 | | | | |
| Inlärningsstörning | 1 | | | | |

Bland dessa barn fick 12 barn en diagnos som hänför till utvecklingsavvikelse och ytterligare 1 barn en diagnos, regleringsstörning, som kan vara en förelöpare till sådana svårigheter. Ett barn bedömdes ha trotssyndrom och en affektiv störning. Fyra barns svårigheter kvalificerade inte för diagnos.

Vilka professionella deltar i behandlingarna?

I 54 av de 82 ärendena samarbetade den ansvariga behandlaren med läkare, psykologkollega eller behandlare på mellanvården i bedömning och/eller behandling. I 28 av de 82 ärendena arbetade psykologen ensam i ärendet. Behandlingsplanerna hade förankrats på behandlingskonferens, ibland kallat team, i 45 fall. I 37 fall hade den inte förankrats.

I 21 av de ärenden där psykologen arbetade ensam hade behandlingsplanen heller inte förankrats på behandlingskonferens. Dessa ärenden gällde oftast barn under 1 år.

Kommentar: Det framgår av intervjuerna att konferenstid är så begränsad att det är svårt att hinna med annat än speciellt knepiga ärenden. De flesta ärenden gäller äldre barn med egna uttalade barnpsykiatriska svårigheter.

Spädbarnsärendena skiljer sig på det sättet att svårigheterna antingen uttryckta som småbarnssymtom i mycket liknar dem alla småbarn har och därför borde kunna bemötas på barnhälsovården eller uttryckta som mamma-problem borde motivera en vuxenpsykiatrisk behandling. Behandlarna upplever svårigheter att ta upp spädbarnsärendena då de kräver ett något annorlunda perspektiv.

Insatser

Wilken insats får de 82 barnen i antal besök?

Familjerna kommer på i genomsnitt 14 besök.

De 67 familjer som bara besöker öppenvårdsmottagningarna kommer på ett medelvärde av 10 besök.

De 16 familjer som förutom besök på mottagningarna också får en intensiv insats från mellanvården kommer i genomsnitt på 34 besök.

Figur 9. Medelvärde, minimum och maximum i antal besök för de 82 familjerna, för de 67 som bara besöker mottagningen och de 15 som besöker mottagningen och mellanvården.

| | Medelvärde antal besök | min | max |
|---|---------------------------|-----|-----|
| Mottagningsbesökare | 10 | 4 | 31 |
| Mottagnings- och mellanvårds- besökare | 34 | 8 | 88 |

Av dem som kommer till mellanvården har 8 barn under 1 år först kommit för 3-4 besök på mottagningen och därefter för en intensiv insats på mellanvården på i genomsnitt 36 besök. Åtta barn 1-3 år kommer först för i genomsnitt 12 besök på mottagningen och sedan i genomsnitt 15 besök på mellanvården, i genomsnitt sammanlagt 27 besök.

Kommentar: De här småbarnsfamiljerna har fått en insats som räknat i antal besök motsvarar antal besök för barn i alla åldrar inom BUP:s öppenvård. (Statistiksystemet Pastill.

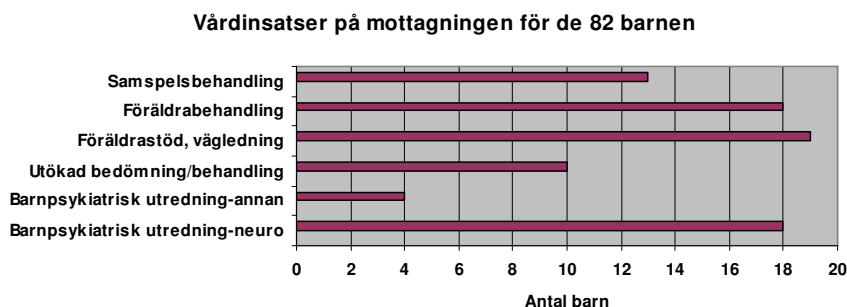
En relativt stor andel har fått insatser också från mellanvården. Barn under 1 år förs över från mottagningen relativt snabbt medan 1-3-åringarna går längre på mottagningen. Det stämmer med behandlarnas erfarenhet av att spädbarnsfamiljer med stora problem snabbt behöver intensiva insatser. De

båda mellanvårdsenheterna har också utvecklat speciell gruppbehandling för de minsta barnen.

Vilka insatser får barnen på mottagningarna?

Vilken typ av vårdinsatser får de 82 barnen på mottagningarna? Nedan redovisas insatsernas huvudinriktning i sex kategorier.

Figur 10. Typ av vårdinsats på mottagningen för de 82 barnen.



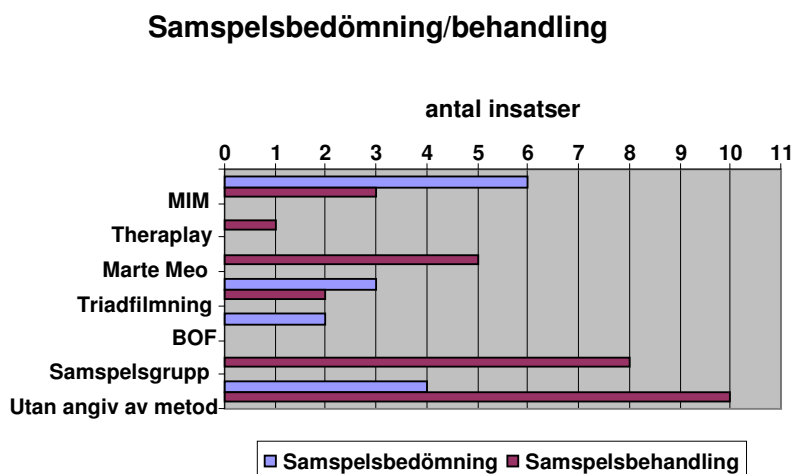
Bakom rubrikerna återfinns en variation av behandlingsinsatser. I alla ärenden ingår föräldrasamtal men bakom rubriken föräldrastöd-vägledning återfinns en insats med huvudfokus på föräldrastöd. Föräldrabehandling avser insatser som kris, trauma eller parpsykoterapi. I en barnpsykiatrisk utredning kombineras utredande och behandlande insatser. Senare i texten exemplifieras den variation av insatser som ingår i en neuropsykiatrisk utredning. Samspelsbehandling används som ett samlingsnamn för olika metoder att behandla samspelet mellan barn och mamma, barn och pappa, eller samspelet i triaden barn-mamma och pappa. I nästa stycke redovisas olika använda metoder för samspelsbehandling.

Föräldrastöd med utvecklingsvägledning är den vanligaste insatsen, 19 ärenden, därefter föräldrabehandling, 18 ärenden. Barnpsykiatrisk utredning med frågeställning neurologiska avvikelser, har startats i 18 ärenden och barnpsykiatrisk utredning med annan frågeställning i 4 fall. Utökad bedömning/behandling, 10 fall, avser en insats där bedömningen är mer begränsad än vid en full barnpsykiatrisk utredning. Samspelsbehandling som huvudinriktning har getts i 13 fall. Samspelsbedömning/behandling ingår också under andra rubriker som exempelvis vid bedömning av avvikelse i ett barns kontaktutveckling och behandling i samspel med föräldrar för att utifrån konkreta situationer se och förstå barnets resurser.

Förutom insatser på mottagningen har 16 barn fått insatser från mellanvården, i 12 fall samspelsbehandling, ofta i kombination med hembesök, familjeterapi och nätverksarbete. Insatserna till dessa barn redovisas nedan.

Samspelsbedömning och samspelsbehandling – Vilka metoder har använts?

Figur 11. Använda samspelsmetoder.



Samspelsbedömning avser bedömning av samspelet mellan barnet och mamman, barnet och pappan eller barn- mamma och pappa- triaden. Samspelsbehandling avser terapeutiska insatser med fokus på detta samspel.

I diagrammet redovisas använda metoder. I gruppbehandlingarna integreras Marte Meo, MIM eller Triadfilmning. Bakom rubriken utan angivande av metod döljer sig oftast kortare bedömnings-/behandlingssinsatser där samspelet analyseras med hjälp av videoupptagningar utifrån kliniskt relevanta variabler.

Olika insatser för olika svårigheter

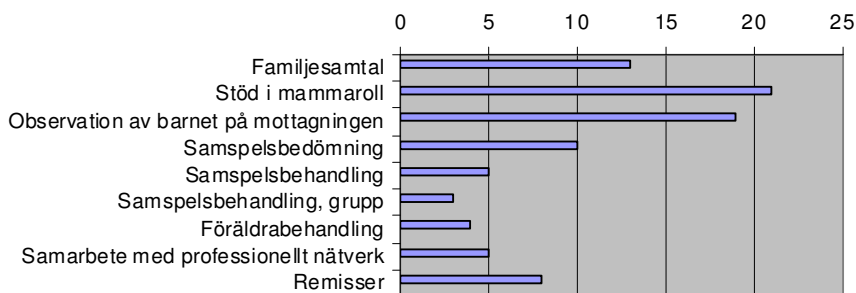
För att illustrera olika typer av insatser för olika svårigheter redovisas nedan exempel utifrån de vanligaste kontaktorsakerna: ”Mammaproblem”, ”Oro för avvikelser i barnets utveckling” och ”Trots och aggressivitet”. Dessutom

avslutas med en redovisning för vilka insatser de familjer fick som förutom sin kontakt på mottagningen också fick en insats på mellanvården.

”Mammaproblem”

De 21 familjer med kontaktorsak ”Mammaproblem” var alla spädbarnsfamiljer. De fick en vårdinsats på mottagningen på i genomsnitt 10 besök. Hur såg den insatsen ut?

Figur 12. Vårdinsatser på mottagningen till de 21familjer med barn 0-1 år med kontaktorsak ”Mammaproblem”



Den vanligaste insatsen, som gavs till alla 21, var ”stöd i mammarollen”-samtal med mamman som oftast kom med babyn. I 6 fall riktas insatsen huvudsakligen till mamman, i 4 fall som kris- eller traumabehandling.

I 19 fall observeras barnet i samband med mammans besök och i 10 fall görs en samspelsbedömning.

I 13 fall kom båda föräldrarna för familjesamtal. 5 barn och föräldrar fick en samspelsbehandling och tre mamma-barnpar gick i samspelsgrupp på mottagningen.

I 8 fall skickades remisser, oftast till vuxenpsykiatrin. I 5 ärenden samarbetade behandlaren tillsammans med familjen med vuxenpsykiatrin eller socialtjänsten.

Förutom ovan redovisade insatser fick tre av familjerna insatser från mellanvården på i genomsnitt 30 besök. Jag återkommer till innehållet i mellanvårdsinsatser.

Kommentar: Trots att kontaktorsaken formuleras som ”mammaproblem” talar barnbedömningar, samspelsbehandlingar och familjebehandlingar för att behandlarna i allmänhet utgår från ett barnperspektiv. ”Mammaproblemet” omformuleras i en bedömning där barnets behov av relation med mamman är en del och där kvinnans egna vuxenproblem är en annan del. För detta talar också hänvisningar till vårdgrannar. Kombinationen av föräldrasamtal och samspelsbehandling för mamma- barn i grupp är numera en väl beprövad metod för spädbarnfamiljer med uttalade svårigheter i relationen mamma-barn. Kortare samspelsbehandlingar väljs om föräldrarna är mindre belastade av egna inre och yttre problem. Kortare kris- och traumabehandling ges inom ramen för BUP-kontakten medan föräldrar hänvisas till vuxenpsykiatri och socialtjänst för mer omfattande hjälp.

Hur ser vårdinsatsen ut för de familjer som sökte för ”Oro för avvikelse i barnets utveckling”?

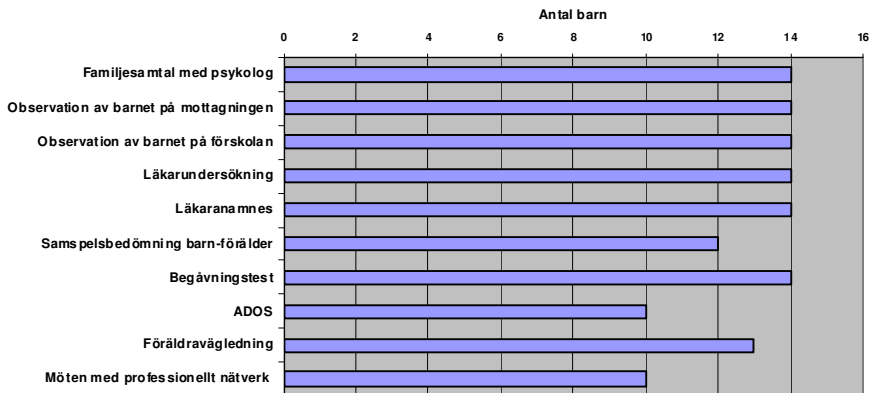
De 18 barn, 1-3 år, med kontaktorsak Oro för avvikelse i barnets utveckling kom på i genomsnitt drygt 15 besök. Behandlingsplanerna hade formulerats som behov av ”Utredning” eller försiktigare som ”Observation av barnet” med tillägget ”hypotes om behov av utredning efter en första observation av barnet på förskolan”. Mottagningarna har rutiner för arbetet med utredningar, där ”observation på förskolan” ofta är första steget efter mötet med familjen. Vad innehöll vården?

I två ärenden utmynnade en första bedömning i att barnets svårigheter med all sannolikhet kunde hänföras till barnets situation i förskolan respektive till den aktuella familjesituationen. De fick en insats med utgångspunkt från denna bedömning.

I 16 av de 18 familjerna bedömdes behov av att fullfölja en neuropsykiatrisk utredning. I två ärenden hade utredningen just påbörjats vid tiden för denna undersökning, varför de inte redovisas nedan.

Vårdinsats under neuropsykiatrisk utredning till 14 familjer med kontaktorsak ”Oro för avvikelser i barnets utveckling”

Figur 13. Insatser för de 14 familjer som avslutat en neuropsykiatrisk utredning.



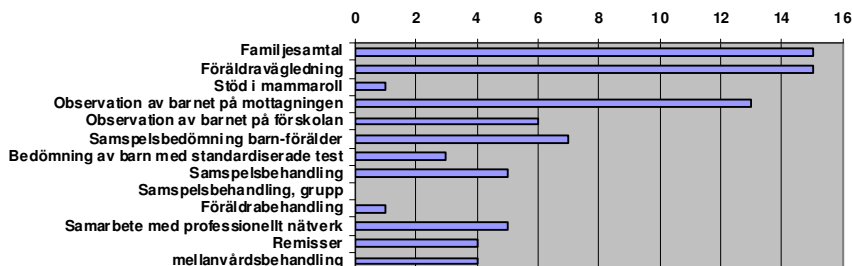
I alla utredningsärendena samarbetar barnpsykolog och barnpsykiater. Barnen observeras i fri lek, bedöms i samspel med föräldrarna och på förskolan, testas med standardiserade metoder och läkarundersöks. Alla barns föräldrar deltar i undersökningsprocessen och kommer till behandlarna för intervjuer, familjesamtal och vägledning. Remisser skickas för eventuella ytterligare medicinska undersökningar, bedömning av logoped och sjukgymnast och kontakt tas med eventuell specialförskola.

Förutom dessa insatser på mottagningen har två familjer dessutom fått en behandlingsinsats på mellanvården.

Kommentar: Utredningarna i dessa ärenden har allsidigt belyst såväl frågor om barnets svårigheter som möjligheter och hinder i miljön. Målet är naturligtvis att i den diagnostiska processen få svar på frågor om barnets svårigheter men lika viktigt är att följa och samarbeta med familjen för att ge stöd för förståelse och acceptans. Samarbete mellan familj, psykolog, läkare och förskola i en undersökande och vägledande process exemplifierar en väl integrerad bedömnings-/behandlingsprocess.

Hur ser vårdinsatsen ut för de familjer som sökte för ”Trots och aggressivitet”?

Figur 14. Vårdinsatser till de 16 barn som sökt för ”Trots och aggressivitet”



De 16 barn, 1-3 år, med kontaktorsak ”Trots och aggressivitet” kom på i genomsnitt 9 besök på mottagningen. De fick en variation av vårdinsatser, där observation av barnet i olika miljöer och i relation till föräldrar, kamrater och andra vuxna gav underlag för familjesamtal och föräldravägledning. I fem fall fortsatte kontakten med en grundlig barnpsykiatrisk utredning och i fyra fall kompletterades behandlingen på mottagningen med en insats på mellanvården.

Kommentar: Insatserna i dessa ärenden har karaktäriserats av noggranna observationer av barnet i dess relationer både till föräldrar och till kamrater och vuxna i förskolan. I en tredjedel av ärendena har det gjorts en grundlig barnpsykiatrisk utredning. Behandling med tonvikt på samspel har dominerat och en tredjedel av familjerna fick en kompletterande insats på mellanvården. Det framgår tydligt att varken familj eller behandlare tagit svårigheter-na för vanligt småbarnstrots.

Hur ser vårdinsatsen ut för de barn som förutom en insats på mottagningen också fick en behandling på mellanvården?

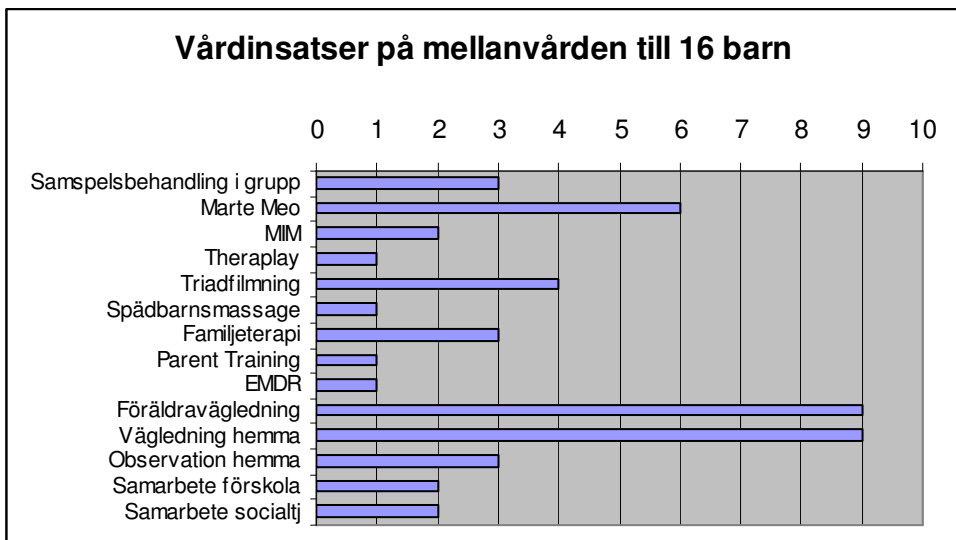
16 barn fick förutom behandling på mottagningen också en insats på mellanvården på i genomsnitt 27 besök (en sammanlagd vårdinsats på i genomsnitt 34 besök).

Sju av barnen var under 1 år och familjen hade sökt för mammans nedstämdhet, föräldrakonflikt, oro för avvikelser i barnets utveckling eller symtom hos barnet som mat- och sömnproblem. Efter en kontakt på 2-8 besök på mottag-

ningen där familjerna togs emot för bedömning, föräldra- eller samspelsbehandling kom de för en kompletterande insats på mellanvården. I de flesta fall har den aktuella relationen mellan mamma och barn bedömts som den mest överhängande svårigheten varför mor-barn fått samspelsbehandling i grupp eller enskilt kombinerat med familjesamtal.

Nio av barnen var 1-3 år och familjen hade sökt för trots och aggressivitet, oro för avvikelser i barnets utveckling och matproblem. I något fall var mellanvårdsinsatsen en akutinsats. I andra fall kompletterades en längre kontakt på mottagningen på 4-31 besök med en mellanvårdsinsats. På mottagningen har dessa barn fått en ”utökad bedömning/behandling”, i flera fall en samspelsbedömning, i något fall en strukturerad utvecklingsbedömning, i några observation på förskolan och i ett ärende gjordes en omfattande barnpsykiatrisk utredning. I de flesta fall formulerades uppdraget till mellanvården som en behandlingsinsats men i några fall var uppdraget ett led i en bedömning/behandlingsinsats.

Figur 15. Vårdinsatser på mellanvården till de 16 barn som komplement till insats på mottagningen.



Vårdinsatser på mellanvården till 16 barn

Observation av barnet tillsammans med föräldrarna och föräldravägledning hemma hos familjen eller på enheten var den vanligaste insatsen. Denna

kombinerades med samspelsbehandling i grupp, eller insatser riktade till mamma-barn, pappa-barn eller samspelet i familjen med olika metoder. Någon förälder fick enskild traumabehandling och någon fick enskild kristterapi. Insatser gjordes också i samarbete med förskola och socialtjänst.

Insatserna för de sju spädbarnen har i alla ärenden inriktats på samspelet mellan barnet och mamman eller barnet, mamman och pappan. Barnen och utvecklingen av samspelet mellan barn och föräldrar är noggrant beskrivet. Samspelsbehandlingen har kompletterats med familjesamtal och i flera fall också stöd till familjen från socialtjänst och vuxenpsykiatri.

Insatserna för de 8 barn 1-3 år har i de flesta fall varit samspelsbehandlingar. Några har mer haft karaktär av utökad observation, rådgivning i hemmet och samarbete med förskola och socialtjänst.

Kommentar: Mellanvårdsinsatserna ges som en intensiv insats i samarbete med och som ett komplement till mottagningens insats. Tonvikten ligger på behandling men kan också utgöra en del i en utredning. De minsta barnens familjer behöver ofta en snabb insats och kommer till mellanvården efter några få kontakter på mottagningen. För spädbarnsfamiljerna finns utvecklad metodik för att ge stöd till hela familjen kombinerat med mamma-barngrupp. 1-3 åringarna får en längre kontakt på mottagningen där bedömning med olika metoder är viktigt innan ett uppdrag formuleras till mellanvården. Mellanvården kombinerar konkret vägledning i hemmet med insatser till barnet i samspel med båda sina föräldrar.

Resultat av behandlingen

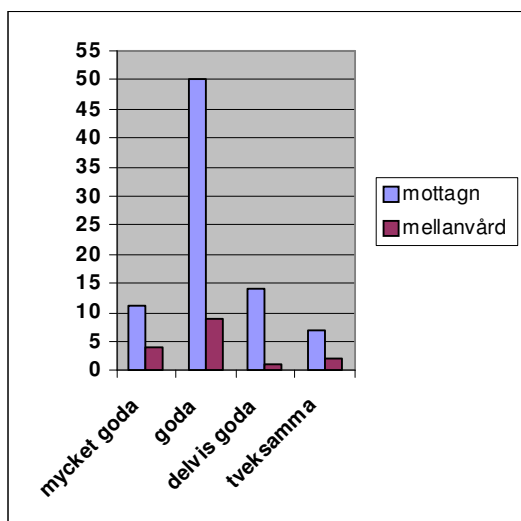
I intervjun ombads behandlarna göra en global värdering av resultatet av insatsen. De ombads att i en mening formulera resultatet med hänsyn till hur barnets utvecklats, symtomförbättring, föräldra-barnsamspelets utveckling och/eller föräldrarnas ökade förståelse för barnets svårigheter.

Intervjuaren har därpå åter frågat behandlaren om resultatet då kan skattas som, mycket gott, gott, delvis gott eller tveksamt.

Insatserna på mellanvården utgör egentligen en del av en sammanhållen behandling på mottagning och mellanvård men då ansvarig behandlare på båda enheterna intervjuats redovisas resultaten utifrån båda enheterna. Svaren har kategoriserats i goda, mycket goda, delvis goda och tveksamma resultat.

Resultat av insatserna till de 82 familjerna

Figur 16. Intervjuade behandlares skattning av resultatet av vårdinsatsen till de 82 familjerna. Insats på mottagning redovisas för sig och insats på mellanvården för sig.



Alla de 82 barnen har skattats av intervjuad behandlare. Resultaten av 11 behandlingar har skattats som mycket goda, 50 som goda, 14 som delvis goda och 7 som tveksamma.

De 16 familjer som dessutom fått en insats på mellanvården har också skattats av behandlare på mellanvården. Resultat i 4 ärenden har skattats som mycket goda, 9 som goda, 1 som delvis gott och 2 som tveksamma.

Exempel på Gott resultat: Baby, 2 mån, utan symtom, med sammanboende föräldrar. M akut deprimerad. Till mellanvården efter kort kontakt på mottagningen. 22 besök, delvis i hemmet, babymassage, Marte Meo, parsamtal, Triadfilmning. Gott resultat: Barnet utvecklas fint, ökat samförstånd mellan föräldrarna kring samarbete. Mammas upplevelse av sig själv i relation till barnet förändrades i riktning mot att se sig själv som viktig och värdefull för barnet.

Exempel på Mycket gott resultat: Barn, 2år7mån, aggressiv, mamma tappar tålamodet. Föräldrarna på samtal, pappa pressad av arbetssituation, mamma utarbetad av arbete och mesta ansvaret för barnet. 7 besök. Föräldrastöd utifrån Parent Training-metod med mål att minska konflikter mellan föräldrar och barn och öka förståelse. Mycket gott resultat: Barnet lyssnar mer på

föräldrarna, minskat trots och mamma kan hantera sin reaktion bättre. Färre konflikter. Föräldrarna mycket nöjda.

Exempel på Tveksamt resultat: Barn 1 år7mån, utbrott och kräkningar, vårdnadsstrid mellan föräldrarna. Pappa accepterar att mamma och barn kommer till BUP. Barnet okoncentrerad, söker hela tiden uppmärksamhet, får knappast svar. 4 besök,8 bokade, uteblir varannan gång. Samspelsbehandling med Parent Training-metodik och hemuppgifter. Söker senare åter.

Resultatsammanfattning

Resultaten visar att familjer med de yngsta barnen, barn under 1 år, är den största gruppen och i allmänhet kommer på rekommendation från barnhälsovården. Den vanligaste kontaktorsaken är svårigheter som här kategoriserats som "Mammaproblem" och i allmänhet hänförs till mammas nedstämdhet eller starka oro. Denna sökorsak dominerar för ärenden där barnet är under 1 år och är i vår undersökning bara aktuell under spädbarnsåret.

För barn 1-3 år är de vanligaste kontaktorsakerna "Oro för avvikelser i barnets utveckling" och "Trots och aggressivitet".

Till förstasamtalet på mottagningen kommer, för spädbarnsärendena, oftast mamman med babyn. I de flesta fall deltar sedan också papporna. För 1-3-åringarna kommer båda föräldrarna till förstasamtalet men då ofta utan barnet. Till påföljande möten kommer barnet med. Familjerna träffar, med få undantag, en psykolog med speciell småbarnskompetens.

En plan för behandling skall formuleras i dialog med föräldrarna utifrån en sammanvägning av kontaktorsak, behandlarens bedömning av barnet och problemen. Vägen från kontaktorsak till behandlingsplan har inte alltid varit lätt att följa i intervjumaterialet. Kontaktorsaker och behandlingsplaner har formulerats tydligt men behandlarens initiala professionella bedömning är ibland mindre tydlig. I de flesta fall har behandlaren formulerat sin bedömning av svårigheterna men inte alltid. Bedömningar av barnet görs oftast men i ungefär en fjärdedel av ärendena är de knapphändiga eller saknas.

I de flesta fall har behandlingsplanen förankrats med kollegor på en konferens. Den vanligaste planen för behandling innehåller stöd och vägledning till föräldern/föräldrarna, därefter utredning med inriktning på neuropsykiatriska frågeställningar och därefter samspeksbehandling. Behandlaren har i många ärenden samarbetat med kolleger på mottagningen eller mellanvården.

Undantag är ett antal spädbarnsärenden där behandlaren arbetat ensam och utan kollegialt stöd i behandlingskonferens. Däremot har behandlaren då ofta samverkat utåt med vuxenpsykiatri eller vårdcentral.

Familjerna har fått en insats på i genomsnitt 14 besök. Den behandlare som först tagit emot familjen har sedan kontinuerligt följt ärendet genom hela vårdtiden. Behandlingarna präglas av följsamhet, ett lyssnande förhållningssätt och en integration av undersökning och behandling.

Behandlingarna har innefattat en stor variation av insatser som planerats efterhand i dialog med föräldrarna utifrån den enskilda familjens behov. Insatserna har bestått av familjesamtal med undersökande, stödjande och väg-

ledande målsättning, observation av barnen, testningar, bedömning av barnen i samspel med föräldrarna och i förskolan, familjeterapi och samspelsbehandling. Samspelsbehandlingen för barnet tillsammans med föräldrarna eller för mamma och barn i grupp har byggts på metoder som Marte Meo, MIM, Triadfilmning, BOF, Parent Training och Theraplay. Även insatser som har rubricerats som barnpsykiatrisk utredning har innefattat behandlande inslag där videoinspelade samspelssekvenser analyseras tillsammans med föräldrarna.

Utifrån kontaktorsaken ”Mammaproblem” har den vanligaste insatsen varit samtal, stöd- eller krisbehandling, som getts till samtliga 21 mammor. Endast i 6 fall begränsas behandlingen till en insats bara till mamman. Familjesamtal, observation av barnet och samspelet och/eller samspelsbehandling gavs i de flesta ärenden. 6 mamma-barnpar fick samspelsbehandling i grupp.

Utifrån kontaktorsaken ”Oro för avvikelser i barnets utveckling” har barnpsykiatrisk utredning startats i 16 fall. (14 av dem var avslutade vid undersökningstillfället.) I alla utredningarna samarbetar psykolog och barnpsykiater. Barnen observeras i fri lek, bedöms i samspel med föräldrarna och på förskolan, testas med standardiserade metoder och läkarundersöks och föräldrarna får vägledning.

Utifrån kontaktorsaken ”Trots och aggressivitet” har 16 familjer fått varierande insatser, där observation av barnet i olika miljöer och i relation till föräldrar, kamrater och andra vuxna gett underlag för samtal och föräldravägledning. I fem fall gjordes en grundlig barnpsykiatrisk utredning.

16 familjer har fått en kompletterande insats på mellanvården. Av dem hade 9 familjer någon av de tre ovan nämnda kontaktorsakerna.

60 % av ärendena har kategoriserats i de diagnostiska systemen. 44 % har fått en symtomdiagnos, vanligast var DSM IV Axel I ”Genomgripande störning i utvecklingen”, DC 0-3 (R) Axel I ”Affektstörning”, ”Regleringsstörning” och ”Ätstörning”. 30 % har bedömts ha avsevärda svårigheter i relation till förälder/föräldrar, enligt DC 0-3 (R), Axel II en skattning under 60. (Flera ärenden har kategoriserats både på Axel I och II)

I intervjuerna ombads behandlarna att i en mening beskriva resultat av behandlingen. Intervjuaren har värderat utsagan och skattat resultatet som mycket gott, gott, mindre gott eller som tveksamt om något resultat uppnåts. De allra flesta, 61 av 82 behandlingar, beskrevs ha gett goda eller mycket goda resultat. I 14 fall har mål för insatsen delvis uppnåts och i sju fall är det tveksamt om något resultat uppnåts.

Diskussion

Denna studie är tillkommen under en tid av intensiv intern diskussion om specialiserad vård, utveckling av subspecialitéer och evidens för val av behandlingsmetoder.

Föreliggande undersökning bygger på ett slumpmässigt urval av småbarnsfamiljer som behandlats och kommit för mer än tre besök till barnpsykiatrin i Stockholms läns norra länshalva. Den syftar till att ge en bild av patientgruppen och vilka insatser som getts. Vilka slutsatser kan dras utifrån detta urval? Det kan nog sägas att rapporten ger en rättvisande bild av de småbarnsbehandlingar som ges på norra länshalvan då urvalet är stort, 17 % av populationen. Till barnpsykiatrin i södra länshalvan sökte ungefär lika många småbarnsfamiljer och det finns inget skäl att anta att barnens svårigheter och insatserna skiljer sig på något speciellt sätt men slutsatser om barnpsykiatrin i södra länet eller i andra delar av landet kan inte dras utifrån föreliggande material.

Tre vanliga skäl att söka BUP

I denna studie är de tre vanligaste skälen för småbarnsfamiljer att söka hjälp på BUP problem som här rubricerats som "Mammaproblem" för spädbarn och som "Oro för avvikelser i utvecklingen" eller som "Trots och aggressivitet" för barn 1-3 år. I tidigare nämnd uppföljning från 2006 var, liksom i den här, spädbarnfamiljerna många men de fick då relativt begränsade insatser medan arbetet med neuropsykiatriska utredningar krävde omfattande resurser. Då väcktes frågan om vart ärenden med allvarlig anknytningsproblematik tagit vägen. Det antogs att de doldes bland de spädbarnsfamiljer som sökt för "föräldraoro" och som fick korta insatser. I det här materialet har spädbarns ärenden av allvarligare karaktär som kräver en rejäl behandlingsinsats skiljts ut bland dem som kategoriserats som "mammaproblem". Trots och aggressivitet, problematik som är en av de vanligaste sökorsakerna för äldre barn och i forskning framhållits som svårigheter som bör prioriteras för tidiga insatser, har nu fått utrymme. Neuropsykiatrisk problematik är den tredje huvudgruppen. Det förefaller som man nu når småbarnsfamiljer med prioriterad problematik.

Men "Mammaproblem"? Om barnet behöver en insats från barnpsykiatrin, varför har kontaktorsaken för barn under 1 år formulerats utifrån mamman och inte barnet? De flesta spädbarn i materialet har varit små, bara några månader gamla då de remitterats. Mammorna har kommit med sina babyar till barnpsykiatrin via barnavårdscentralen som ofta i samarbete med konsul-

terande psykolog bedömt vårdbehovet. Många av dessa ärenden skulle ha kunnat rubriceras som allvarliga anknytningsproblem och andra som risk för allvarliga anknytningsproblem. Valet att benämna kontaktorsaken som ”Mammaproblem” har gjorts då det så tydligt framgått att barnavårdscentral, BUP-psykolog och mammorna själva angett mammans känslor som sökorsak. Mammaproblemen har rört sig mellan allt från svår oro i den nya rollen som mamma, ofta sammankopplad med problem med amning, barnets oregelbundna sömn eller skrikighet till mammans egen reaktion på trauma eller hennes allvarligare psykiatriska problematik. Erfarenhet säger att i den här perioden är en bekymrad mamma så upptagen av föräldrablivande och dygnet-runtansvar för barnet att hon har svårt att skilja egna problem från barnets. Forskning (Salomonsson, 2010) har också visat att föräldrars skattningar av spädbarns problem mer speglar mammans mående än barnets. Det är alltså inte säkert att en spädbarnsförälder i kris kan beskriva barnets problem, men hon kan känna dem som sina egna. Ärendena skiljer sig på så sätt från vad vi kunde kalla vanliga spädbarnsproblem där BVC-sjuksköterskans stöd och råd eller ett par psykologsamtal är tillräckliga. Den länk i vårdkedjan från BVC över konsultation av psykolog till hänvisning för en större insats på BUP, utgör en ovärderlig möjlighet att hjälpa dessa familjer tidigt.

Professionell bedömning och diagnostik – barnpsykologiska och barnpsykiatriska perspektiv

Med övergången till barnpsykiatri, med nyformulerade uppdrag, ett ökat patienttryck och ökat behov av prioriteringar har krav ställts på tydligare barnpsykiatrisk diagnostik. Av intervjuerna framgår att behandlarna, oftast psykologer befinner sig i en organisation som kräver nytt tänkande. Krävs ett perspektivskifte?

Den moderna utvecklingspsykologin som huvudsakligen handlar om normalutveckling är psykologens kunskapsbas och har legat till grund för bedömning av barnet och barnets svårigheter i relation till sina föräldrar och sin närmaste miljö. Föräldravägledning och metoder för småbarnsbehandling har utgått från hur barnets utveckling påverkas av främjande och hindrande faktorer. Oavsett om barnet har egna konstitutionella svårigheter eller inte, behöver föräldrar hjälp till ökad förståelse både för sitt unika barn och för sin egen roll i relation till barnets utveckling. Att se barnet i dess relationer med möjligheter och hinder har varit psykologens domän.

Basen för psykiatri är kunskaper om sjukdomar eller tillstånd som avviker från det normala. De formella diagnostiska systemen bygger på beskrivningar

av symtom på en patients psykiatriska tillstånd. Diagnostik kräver en gedigen kunskap om psykopatologi och en vana att diagnostisera och klassificera utifrån detta perspektiv.

I det barnpsykiatriska utredningsarbetet är de båda perspektiven en självklarhet. Det illustreras i vårt material i det grundliga bedömnings- och behandlingsarbetet där barnets utveckling i funktioner, relationer och avvikelser tydligt beskrivits och behandlats. Svårigheterna framträder mer i de behandlingsärenden där föräldrarna varit mycket oroliga och osäkra och formulerat sin oro väldigt allmänt, ofta refererande till egna problem. Behandlaren har med en stödjande inriktning i mycket följt föräldrarnas/frärdarnas framväxande formuleringar och intervererat efterhand. Behandlaren har haft egna hypoteser men behållit dem implicit för att låta en säkrare bedömning utvecklas. Ibland har behandlaren varit säker i sin bedömning men funnit alliansen med föräldern för skör för att delge sin bedömning av barnets svårigheter att nå fram i relation till föräldern. Att förmedla och kommunicera kring de ord som journalskrivning och kategorisering i de diagnostiska systemen kräver har inte varit lätt.

Båda dessa perspektiv behövs. Vad som krävs är inte ett skifte från ett perspektiv till ett annat. Det behövs en integration av de båda perspektiven. Kring de flesta ärenden i vårt material har behandlaren samarbetat med kollega av samma eller annan yrkestillhörighet. Men i en tredjedel av ärendena har behandlaren arbetat ensam och utan att förankra arbetet i konferens. Det finns anledning att ställa frågan om hur idén med det tvärprofessionella teamet, psykologen, läkaren och socionomen, utnyttjas i den kliniska vardagen. Vi vet att frågor kring både stora och små barn kräver sin tid i teamen men frågan är om arbetet organiserats för att kunna bidra till en utvecklande diskussion.

Följsamhet och tydlighet

Det kan finnas skäl att här väcka frågan om den goda följsamheten ibland kan ha en baksida. Ur intervjumaterialet kan utläsas att behandlarna ibland, speciellt när det gäller spädbarnsärenden, gett sin egen initiala bedömning av barnet och svårigheterna en underordnad roll till förmån för att följa en mammas formuleringar. Mamman har formulerat problemet som sitt och psykologen accepterat detta. Skulle en större tydlighet i den professionella bedömningen av barnet och barnets behov ha varit en hjälp i att motivera att pappan engageras i behandlingen? Om det handlar om hinder för barnet att knyta an, hinder i relationen mamma-barn på grund av mammas nedstämdhet, så borde det

väl vara ännu mer angeläget att se till barnets möjligheter i förhållande till sina båda föräldrar.

När det gäller barn över 1 år så har båda föräldrarna mer självklart varit med från början och problemet formulerats utifrån barnet. I dessa ärenden har också de professionella bedömningarna framgått tydligare.

Diagnostisk klassifikation

Behandlarna har sett positivt på införandet av DC 0-3 (R). Det har gjort den diagnostiska processen mer meningsfull då systemet bättre än DSM IV beskriver de små barnens svårigheter. Speciellt användbart har DC 0-3 uppfattats när det gäller komplicerade ärenden där systemet varit en god hjälp vid behandlingsplanering. En svårighet har dock varit att finna den tid som krävs för en grundlig diagnostik.

Trots ovan beskrivna svårigheter har 60 % av ärendena kategoriserats i DSM IV eller DC 0-3 (R) som symtomdiagnoser på Axel I eller/och som relations-svårigheter i DC 0-3 på Axel II. Knappt hälften har fått en symtomdiagnos i något av systemen, DSM IV eller DC 0-3. 30 % bedömts ha avsevärda svårigheter i relation till sin förälder/sina föräldrar.

Mothander (2009) redovisar i Oslostudien en symtomdiagnos för drygt hälften. Om man tar hänsyn till att spädbarnen får färre symtomdiagnoser och att de är överrepresenterade i vårt material och underrepresenterade i Oslomaterialet blir skillnaderna försumbara.

Genomgripande störning i utvecklingen, affektstörning, regleringsstörning och ätstörning var tillsammans med relationsstörning de vanligaste diagnoserna i vårt material.

Bilden överensstämmer i stort med de norska och danska studierna. I den norska studien (Mothander & Grette Moe) var relationsstörning, regleringsstörning och affektstörning vanligast, följt av trauma och MSDD. I det norska materialet återfinns inte genomgripande störning i utvecklingen då DSM IV inte användes men få barn fick den alternativa MSDD-diagnosen. Förklaringen är troligen att barn med neuropsykiatriska frågeställningar i Oslo utreds direkt av neuropsykiatriska eller habiliteringsteam (Mothander, muntligen). I den norska studien är trauma en vanlig diagnos som saknas i vårt material. Traumatiserade barn finns säkert i vår undersökningsgrupp men har antagligen kategoriserats på annat sätt. Detta är viktigt att lyfta fram då barn med trauman bör prioriteras för snar behandling. I vårt material rapporteras däremot svåra trauman hos flera spädbarnsmammor något som även det uppmärksammats vara en riskfaktor för barnet.

I en dansk studie (Jeppesen m.fl. 2008) redovisas utifrån ICD 10 och DC 0-3, relationsstörning, genomgripande störning i utvecklingen, ätstörning, regleringsstörning och affektstörning som vanligast.

I vårt material har en tredjedel av barnen bedömts ha avsevärda svårigheter i relation till förälder/föräldrar. I det norska materialet bedömdes mer än två tredjedelar ha sådana svårigheter. Denna skillnad är värd att fundera mer över. Har de barn som kommer till BUP i Oslo så mycket svårare relationsproblem än de som kommer till BUP i Stockholm? Det kan vara så. En mer trolig förklaring är att det återspeglar en speciell tveksamhet hos oss att journalföra relationsproblem. En sådan tveksamhet har också framkommit i kollegiala diskussioner. I intervjumaterialet framkommer också en diskrepans mellan de svåra familjeproblem behandlarna beskriver och de, i många fall, försiktiga relationsbedömningar som redovisas.

Behandling – mötet med familjen och val av behandlingsmetod

Idag är diskussionen högaktuell om olika behandlingsmetoders vetenskapliga evidens. Men innan en behandlingsmetod väljs, sker det undersökande möte mellan patient och behandlare som lägger grunden för den samarbetsallians som fortsatt behandling måste bygga på. Det finns nya rön som pekar mot att ett förhållningssätt där interventioner väljs i samråd mellan patient och behandlare utifrån den speciella patientens förutsättningar, en avpassad timing och med hänsyn till patientens förändringsberedskap är mer avgörande än den enskilda metoden (Högberg, Glimtar, 2010).

Intervjumaterialet i sin helhet speglar denna syn. Av de intervjuade behandlarnas berättelser framgår hur behandlarna vinnlagt sig om en flexibel anpassning till familjerna vad gäller timing och val av metod. Småbarnsfamiljerna har mötts av en behandlare, i regel en psykolog med speciell inriktning på små barn, en behandlare som följt familjen i en dialog från deras formulerade skäl för att söka hjälp, genom samtal och observationer där nya frågor väckts, bearbetats och gett ny förståelse. Kontakterna har präglats av en stor personkontinuitet. Vid behov har läkare, psykologkollega eller mellanvårdsbehandling kompletterat insatsen.

Det poängteras ofta att de som söker vård bör få komma snabbt men vårt material visar också på flera exempel där familjen behövt tid att fundera över förslag om att påbörja en utredning eller få en intensifierad insats från mellanvården.

Bredd i frågeställningarna och en integrerad bedömning och behandling

Oavsett om insatsen huvudsakligen inriktas på utredning eller behandling så integreras behandlande moment i utredningarna och utredande, undersökande moment i behandlingarna. Det exemplifieras väl av en behandling som startade utifrån en trotsproblematik men där behov av ytterligare utredning av barnet utifrån en neuropsykiatrisk frågeställning framträdde allt tydligare under behandlingens gång. I ett annat ärende påbörjades en utredning utifrån ”oro för utvecklingsavvikelse” hos barnet men det visade sig under utredningens gång mer handla om trots och relationsproblematik. I dessa ärenden har barnen bedömts i samspel med föräldrarna med metoder där föräldrarna engageras så nära i analysen av samspelet att det får en avgörande terapeutisk effekt.

Behandlingsmetoder

Föräldravägledning, familjeterapi, Parent Training, Triadfilmning, MIM, Marte Meo, BOF, Theraplay och kristerapi har valts utifrån problemställning och vad som passar barn och familj (Skagerberg, 2009; BUP:s Riktlinjer, 2010). Ingen av metoderna har tillämpats strikt efter manual. De har integrerats inom ramen för en behandlingsplan med fokus på utredning eller behandling. På så sätt har Marte Meo-filmning och föräldrasamtal kompletterat gruppbehandling för spädbarn och mammor. MIM-uppgifter har gett filmade illustrationer där föräldrar tillsammans med behandlare kunnat fördjupa förståelsen av ett barn i utredning. Föräldrarnas formulering av kontaktorsak och berättelse har, som beskrivits, varit utgångspunkt men risken i behandling av små barn är att föräldrarnas berättelse skymmer barnets uttryck och beteende. Behandlingsforskningen inom det här området framhåller samspelsbehandling utifrån konkreta vardagssituationer kombinerat med hjälp till föräldrarna att förstå barnet utifrån dess utvecklingsnivå och svårigheter. Vitsen med metoderna för samspelsbehandling är att samspelet synliggörs och ger gemensamma bilder för föräldrar och behandlare att utgå ifrån i fortsatta samtal. Behandlarna har goda erfarenheter av metoderna, som också vilar på aktuell internationell kunskapsgrund och nu rekommenderas i BUP:s riktlinjer. Materialet i stort ger bilden av en vård där stor erfarenhet kombineras med metodutveckling.

Avslutningsvis vill jag åter referera till de farhågor som formulerades i samband med integreringen av småbarnsarbetet i mottagningarna:

”Kommer småbarnsfamiljerna att hitta vägen till BUP-mottagningarna?”

”Hur skall de små barnens behov kunna hävdas i konkurrens med de äldre barnens?”

”Kommer erfarenhet och kunskap om småbarnsbehandling tas tillvara?”

Ja, småbarnsfamiljerna kommer till BUP men liksom för äldre barn så ökar patienttillströmningen ständigt och man måste prioritera de mest angelägna ärendena. När det gäller konkurrens med de äldre barnen så framgår att många behandlare uttrycker svårigheter att få stöd för småbarnsarbetet i behandlingskonferenserna. Småbarnsärendena har en speciell karaktär och kräver sin speciella kompetens. Erfarenhet och kunskap om småbarnsbehandling tas tillvara. I beställningen betonas att behandlingsinsatser för små och späda barn skall utvecklas. De utvecklas. Behandlarna har ett stort engagemang i att tillämpa och ge klinisk evidens till rekommenderade metoder. I BUP:s riktlinjer för arbetet med små barn sammanfattas och bekräftas detta utvecklingsarbete.

Vad saknas? Och vad kan förbättras? Av intervjuerna framgår att behandlarna känner stress och tidspress. Jag vill avsluta med att rikta ledningens uppmärksamhet på ett krav på en tydligare prioritering av ärenden parallellt med ett tydligare utrymme för och samarbete kring de ärenden som tas emot. Både de små barnen, deras familjer och behandlarna skulle med största säkerhet dra nytta av att behandlarna gavs bättre möjligheter att i mindre tvärprofessionella grupper kontinuerligt diskutera det kliniska arbetet.

Referenser

Achenbach, T. M. (1992). Manual for the Child Behavior Checklist (CBCL). Department of Psychiatry, University of Vermont.

Barn- och ungdomspsykiatri, SLL (2007). Genomförandeplan och policydokument

Barn- och ungdomspsykiatri, SLL. Statistiksystemet Pastill.

Barn- och ungdomspsykiatri, SLL (2010). Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling. *Skrifter från barn- och ungdomspsykiatri nummer 5*.

Campbell, S.B. m fl (1996). Boy's externalizing problems at elementary school. Pathways from early behavioural problems, maternal control and family stress. *Development and Psychopathology Vol. 8, 701-720.*)

Campbell, S.B. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 36, 113.*

De Gangi, G. A m.fl. (2000). Prediction of childhood problems at three years in children experiencing disorders of regulation during infancy. *Infant Mental Health Journal, Vol. 21(3), 156-175.*

Emde, R.N., & Wise, B.K. (2003). The cup is half full: Initial Clinical Trials of DC 0-3 and a

recommendation for revision. *Infant Mental Health Journal. Vol 24, No 4, 437-446.*

Fonagy, P (1998). Prevention-The Appropriate Target of Infant Psychotherapy. *Infant Mental Health Journal, Vol 19(2), 124-150.*

Fonagy, P. m.fl. (2002). What Works for Whom? A critical review of treatment for Children and adolescents. The Guilford Press.

Gardner F., Shaw D., *Behavioural Problems of Infancy and Preschool Children (0-5)*. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. Pp 882-893. Blackwell Publishing.

Jeppesen, P., Landorph, S. L., Skovgaard, A.M., (2008). Diagnosis, comorbidity and socio-demographic characteristics of children 0-3 years of age referred to a community based infant mental health service. Poster Presentation 18th IACAPAP Congress, Istanbul, May 2008.

Hälso- och sjukvårdsnämnden (2009) Uppdragsbeskrivning till BUP HSN 0812.1500 ADA 7626.

Barn- och ungdomspsykiatri, SLL (2010). Högberg, G. Rätt behandling vid rätt tidpunkt. *Glimtar från forskningsfronten*, nr 26.

Keren, M. & Tyano, S. (2008). A developmental approach: Looking at the specificity of reactions to trauma in infants. Ur *Treating traumatized children - Risk, resilience and recovery*. Ed. Brom, D, Pat-Horenczyk, R, Ford, J. Amazon.com.

Regionplanekontoret, Stockholms läns landsting. Befolkningsstatistik 2003, 2008.

Risholm Mothander P., Grette Moe R. (2008) Assessing Infant Mental Health. The use of DC 0-3 in an outpatient child psychiatric clinic in Scandinavia. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(3) 259-267.

Salomonsson, B. (2010). *Baby worries – A randomized controlled trial of mother-infant psychoanalytic treatment*. Avhandling 2010-04-16 vid Institutionen för Kvinnors och Barns Hälsa, Karolinska Institutet, Stockholm.

Sameroff, A.m.fl. (2004). *Treating Parent-Infant Relationship Problems*. The Guildford Press.

Skagerberg, A (2006). *Hur gick det för de små barnen? Uppföljning av insatser till 127 småbarnsfamiljer som besökt BUP år 2006..* Barn- och ungdomspsykiatri, SLL.

Skagerberg; A. (2009) *På vägen mot evidensbaserad praktik*. Rapport 2009-2. Stockholm: Barn- och ungdomspsykiatriens rapportserie, SLL.

Skovgardh A-M., Houmann T., Christiansen E., Landorph S., Jorgensen T., and CCC Study team Olsen., Heering K., Kaas-Nielsen S., Samberg V., and Lichtenberg A. (2007). The prevalence of mental health problems in children 1½ years of age – the Copenhagen Child Cohort 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48:1 pp 62-70.

Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri.(2003). *Barn och ungdomar med antisocialt eller aggressivt utagerande*. Kliniska riktlinjer för bedömning och handläggning inom barn- och ungdomspsykiatri.

ZERO TO THREE, National Center for Clinical Infant Programs (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: revised edition (DC:0-3 R)*. Washington, DC:ZERO TO THREE Press.

**Vilka barn under 4 år med vilka problem kom till BUP för fler än 3 besök år 2008? och
Vilka insatser får de och deras familjer?
Utredning-behandling, kombination utredning/behandling, vilka metoder?
Av vilka? Enskild behandlare? Team?**

Behandlare...

Mottagning

Ärende nr

Ålder

Första besök

Sista besök

Antal besök

Nationalitet, språk

Kön

1. Kontaktorsak

2. Bedömning

3. Hur är bedömningen av problemet beskriven i journalen?

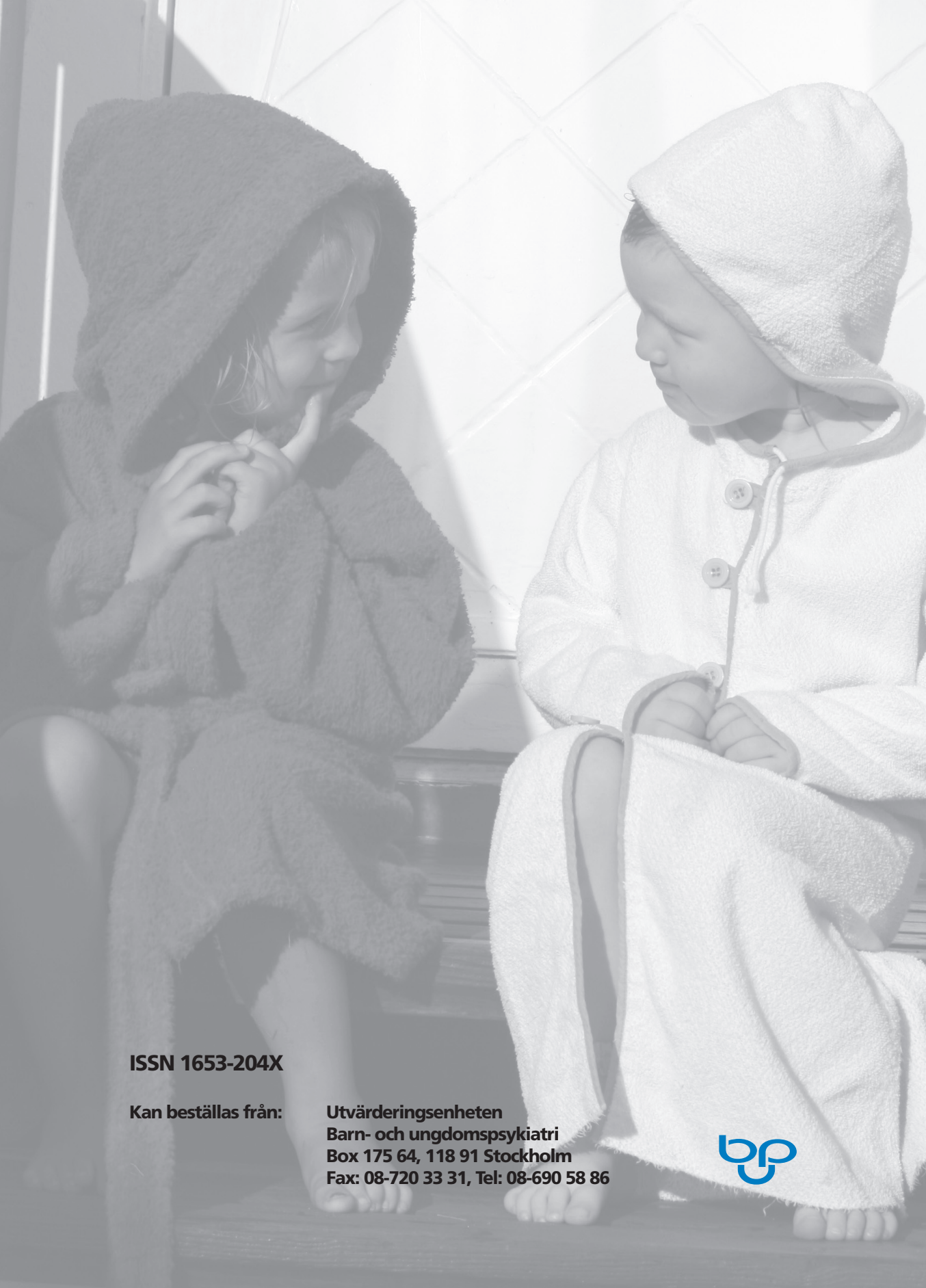
4. Hur har den kommunicerats med familjen?

5. Diagnos

6. vårdplan (behandlingsplan)

7. Vilka är inblandade i processen bedömning/diagnos/vårdplan?

- 8. Hur är familjen engagerad i processen?**
- 9. Behandlingskonferens?**
- 10. Hur beskrivs barnet och barnets svårigheter?**
11. Är barnet och barnets svårigheter beskrivna i journalen?
- 12. Andra svårigheter?**
13. Framgår det av journalen?
- 14. Hur har vårdplanen kommunicerats med familjen?**
- 15. Vilka metoder har använts?**
- 16. Hur beskrivs behandlingsprocessen?**
17. Är behandlingsprocessen beskriven i journalen?
- 18. Vilka resultat bedömer behandlaren ha uppnått?**
19. Hur framgår det i journalen?
- 20. Är ärendet avslutat?**
- 21. Fortsatt stöd? Vård?**



ISSN 1653-204X

Kan beställas från:

**Utvärderingsenheten
Barn- och ungdomspsykiatri
Box 175 64, 118 91 Stockholm
Fax: 08-720 33 31, Tel: 08-690 58 86**

