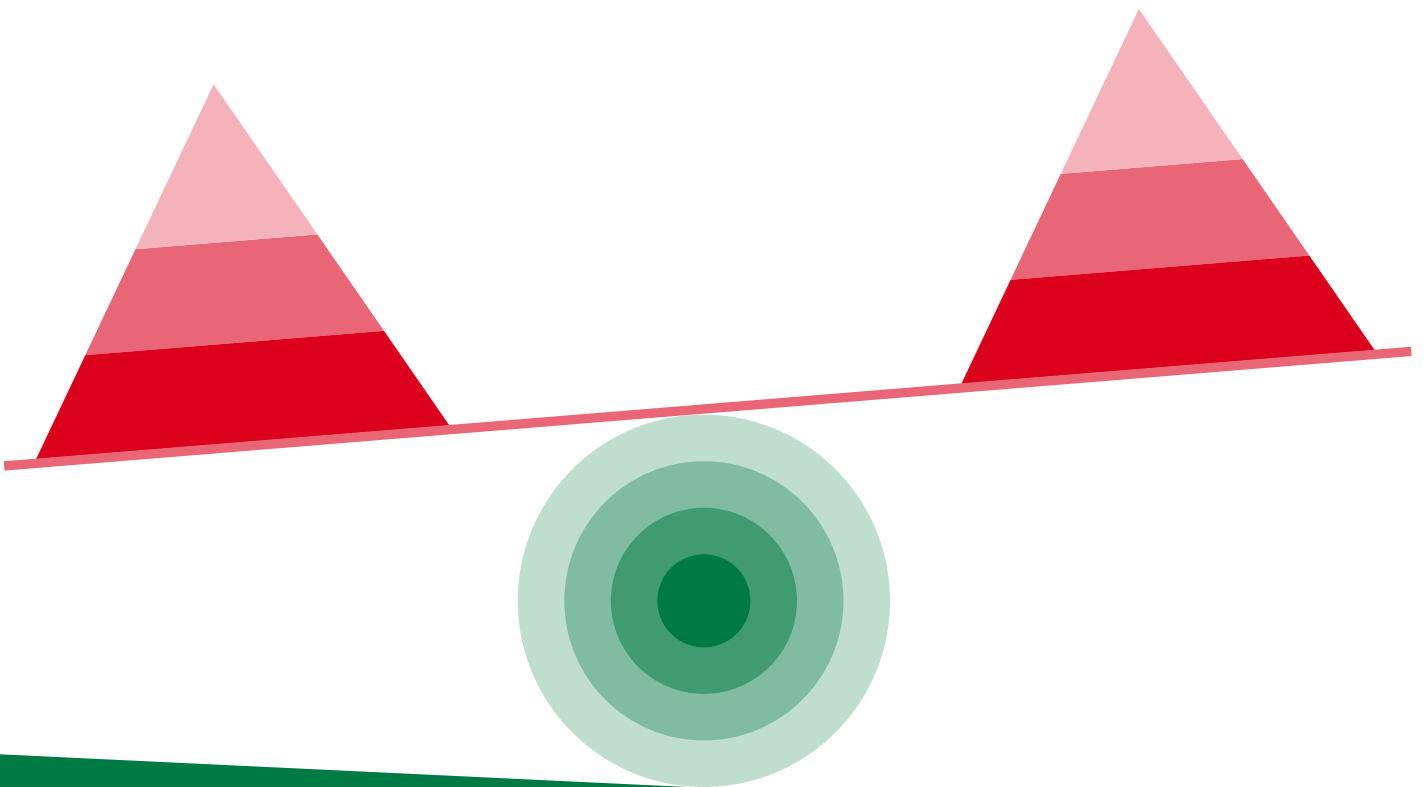


# Børn af forældre med psykisk sygdom

*Anbefalinger til god praksis i psykiatrien  
og det tværsektorielle samarbejde*





# **Børn af forældre med psykisk sygdom**

*Anbefalinger til god praksis i psykiatrien  
og det tværsektorielle samarbejde*

*Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark*

Oktober 2007

ISBN: 978-87-91688-13-3

## **Børn af forældre med psykisk sygdom**

*Anbefalinger til god praksis i psykiatrien og det tværsektorielle samarbejde*

*Udgivet af:*

**Sekretariat for Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark**

Bispebjerg Hospital

Bispebjerg Bakke 23

2400 København NV

Tlf.: 35 31 24 38

E-mail: forebyggendesygehuse@bbh.regionh.dk

www.forebyggendesygehuse.dk

*Rapporten har været i høring ved følgende parter (alfabetisk):*

- **Børne- og UngdomsPsykiatrisk Selskab i Danmark**
- **Børnerådet**
- **Dansk Psykiatrisk Selskab**
- **Dansk Psykolog Forening**
- **Dansk Selskab for Distriktskykiatri**
- **Danske Regioner**
- **Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker**
- **Kommunernes Landsforening**
- **Landsforeningen BEDRE PSYKIATRI**
- **Landsforeningen SIND**
- **Region Hovedstadens Psykiatri**
- **Region Nordjylland**
- **Psykiatrien i Region Midtjylland**
- **Psykiatrien i Region Sjælland**
- **Psykiatrien i Region Syddanmark**
- **Servicestyrelsen**
- **Socialpædagogernes Landsforbund**
- **Sundhedsstyrelsen**

**Oktober 2007**

*Layout: Martin Savery, Marusa Design*

*Tryk: Glumsø Bogtrykkeri A/S*

# Indhold

Netværksgruppens medlemmer .....	5
Forord.....	7
Resumé og anbefalinger .....	8

## Kapitel 1

### Psykiatriens ansvar og indsats for børn af forældre med psykisk sygdom 11

Beskrivelse af målgruppen for indsatsen .....	11
Problemet omfang .....	11
Risikofaktorer .....	12
Beskyttende faktorer .....	12
Mulig sammenhæng mellem forældrens diagnose og barnets/den unges psykosociale problemer .....	13
Det skizofrene spektrum .....	13
Det affektive spektrum .....	14
Forstyrrelser af personlighedsstruktur og adfærd .....	16
Misbrug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer (narkotika) .....	18
Psykisk sygdom hos forældre med anden etnisk baggrund ...	20
Børns reaktion på forældrenes psykiske sygdom på tværs af diagnoseerne .....	21

## Kapitel 2

### De usynlige børn er sat i fokus 23

Indledning .....	23
Udviklingen i behandlings- og socialpsykiatriens indsats	23
Børn og forældre i voksenpsykiatrien – en undersøgelse fra Socialt Udviklingscenter SUS .....	24
Undersøgelens anbefalinger .....	26
Udviklingen i de kommunale forvaltningers indsats	26
Specifikke tilbud .....	27
Almene tilbud .....	27
Udviklingen inden for de frivillige organisationer ...	27
En fælles indsats med mange aktører .....	28
Internationale erfaringer .....	28

## Kapitel 3

### God praksis for psykiatrisk behandling i et forældre- og børneperspektiv 31

Psykisk sygdom påvirker hele familien .....	31
Psykiatriens opgave i forhold til børn af forældre med psykisk sygdom.....	31
Respektfuldt samarbejde med forældrene .....	32
Registrering .....	32
Registreringsredskaber .....	32
Vurdering af børnenes omsorgssituation .....	33
Familiesamtalen med fokus på børnenes perspektiv	33
Kortlægning af ressourcer i det sociale netværk .....	36
Vurdering af børnenes behov for støtte .....	36
Udskrivning .....	38
Børnegrupper .....	38
Børnevenlige besøgsforhold .....	39
Tidlig indsats over for gravide og spædbarnsforældre med psykisk sygdom .....	40
Anbefalinger om indsats over for gravide og spædbarnsforældre .....	41
Akut indlæggelse af spædbarnsmødre på psykiatrisk afdeling	41
Tidlig indsats ved børne- og ungdomspsykiatriske symptomer .....	42
Barrierer for varetagelsen af opgaverne .....	43

## Kapitel 4

### Tværasektorielt samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og den sociale sektor 45

Forældrenes aktive involvering er udgangspunkt for det tværasektorielle arbejde .....	45
Det tværasektorielle samarbejde .....	46
Sundhedsaftaler som middel til tværasektorielt samarbejde ...	47
Samlet plan for indsatsen i familien på tværs af sektorerne ...	47
Plan for fælles indsats tværfagligt og tværasektorielt	48
Vanskeligheder i et samarbejde på tværs af sektorerne .....	48
Lokale samarbejdsaftaler .....	48
Indsatsniveauer i det tværasektorielle samarbejde ...	48
Indsatsen for Alle børn .....	49
Indsatsen for Mange børn .....	49
Indsatsen for En del børn .....	50
Ansvar for iværksættelse af tværasektorielt samarbejde	50
Handlemuligheder når akut indsats er påkrævet .....	50
Handlemuligheder når akut indsats ikke er påkrævet .....	50
Handlemuligheder hvis en forælder med en psykisk lidelse ikke magter at samarbejde .....	50
Rollefordeling i undersøgelsesfasen .....	51
Underretningspligten .....	51
Underretningspligtens lovgrundlag .....	52

## Kapitel 5

### Implementering og forankring af forældre- og børneperspektivet 55

Forældre- og børneperspektivet stiller organisatoriske krav .....	55
De ansatte i psykiatrien har ansvar for at sikre patienternes børns tarv .....	55
Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) .....	56
Psykiatrien er omfattet af DDKM.....	56
Standarder for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme på sygehus .....	57
Anbefalinger .....	57
Implementering og kvalitetssikring af en standard .....	60
Kompetenceudvikling .....	60
Basisniveau .....	60
Specialniveau .....	61
Uddannelse af nøgleperson .....	61

Referencer .....	63
Relevant lovgrundlag .....	65
Supplerende litteratur .....	66
Bøger for børn og unge .....	67
Videofilm .....	67
Relevante hjemmesider .....	68

## Bilag 1

Oplysningsskema for patienters børn .....	69
---	----

## Bilag 2

Dialogguide med spørgsmål om patienters børn .....	71
Guide til familiesamtalen med børn som pårørende	72

## Bilag 3

Grundskabelon for standard .....	75
----------------------------------	----



## Netværksgruppens medlemmer

Publikationen er udarbejdet af netværksgruppen *Børn af forældre med psykisk sygdom* under *Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark*:

**Olga Andersen**, *socialrådgiver*, Region Sjælland, Psykiatrien Distrikt Roskilde

**Elisabeth Bille-Brahe**, *sygeplejeforsker*, Region Hovedstaden, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød

**Søren Blinkenberg**, *uddannelsesansvarlig overlæge*, leder af Psykiatrisk Forskningsenhed, Region Sjælland, Psykiatrien Vordingborg

**Rikke Brix**, *psykolog*, Psykiatrien i Region Nordjylland

**Mayet Brynildsen**, *social- og sundhedsassistent*, Psykiatrien i Region Nordjylland

**Helle Busck**, *ledende socialrådgiver*, Region Hovedstaden, Psykiatrisk Center Frederiksberg

**Ella Foged**, *uddannelseskonsulent*, Århus Universitetshospital, Risskov

**Karin Førslev**, *klinisk psykolog*, ph.d., Region Sjælland, Psykiatrien Distrikt Roskilde

**Annie Elise Geilman**, *udviklingskonsulent*, Region Sjælland, Psykiatrien Distrikt Holbæk

**Marianne Grøndal**, *udviklingskonsulent*, Region Hovedstaden, Psykiatrisk Center Sct. Hans

**Heidi Hansen**, *psykolog*, Psykiatrien i Region Nordjylland

**Kirsten Hansen**, *udviklingskonsulent*, Region Midtjylland, Regionspsykiatrien Distrikt Vest

**Pia Dynnes Hansen**, *socialrådgiver*, Psykiatrien i Region Nordjylland

**Vibeke Hansen**, *psykolog*, Region Midtjylland, Regionspsykiatrien Distrikt Øst

**Lone Buch Jensen**, *socialrådgiver*, Region Midtjylland, Regionspsykiatrien Distrikt Øst

**Maja Mygdal Jørgensen**, *oversygeplejerske*, Odense Universitetshospital

**Ida Katstrup**, *overlæge*, Psykiatrien i Region Nordjylland

**Lene Kirkeby**, *sygeplejerske*, Region Midtjylland, Regionspsykiatrien Distrikt Øst

**Hanne Kjær**, *adm. oversygeplejerske*, Psykiatrien i Region Nordjylland

**Hanne S. Knudsen**, *sygeplejerske*, Sygehus Sønderjylland

**Margit Reimers Knudsen**, *konsulent*, MPH, Region Sjælland, Psykiatrihuset i Ringsted

**Anette Wibroe Leth**, *ledende socialrådgiver*, Odense Universitetshospital

**Lene Lier**, *speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri*, ph.d.

**Ulla Lindgren**, *konsulent*, Region Syddanmark, Psykiatrisk Informationscenter

**Pernille Bernt Madsen**, *ledende socialrådgiver*, Psykiatrien i Region Nordjylland

**Bjarne Møller**, *seniorkonsulent*, Socialt Udviklingscenter SUS

**Janne Nielsen**, *socialrådgiver*, Region Sjælland, Psykiatrien Distrikt Holbæk

**Ingelise Nordenhof**, *børnekonsulent/socialrådgiver*, Region Sjælland, Psykiatrien Distrikt Roskilde

**Susanne Poulsen**, *udviklingskonsulent, socialrådgiver*, Region Hovedstaden, Psykiatrisk Center Hillerød

**Lene Schwartz**, *ledende oversygeplejerske*, Region Sjælland, Psykiatrien Distrikt Roskilde

**Pia Stranges**, *oversygeplejerske*, Region Sjælland, Psykiatrien Distrikt Holbæk

**Elisabeth Svenningsen**, *ledende centersygeplejerske*, Region Hovedstaden, Psykiatrisk Center Amager

**Hanne Sørensen**, *sygeplejerske*, Sygehus Sønderjylland

**Lis Zabinski**, *ledende socialrådgiver*, Region Hovedstaden, Psykiatrisk Center Hvidovre.

### Ressourcepersoner

**Thoridt Allermænd**, *medlem af forretningsudvalget*, Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere, LAP

**Pusjka Helene Cohn**, *psykolog*, Dansk Psykolog Forening

**Heidi Krumhardt Jensen**, *afdelingsleder*, Psykiatri-Fonden

**Tine Plambæk**, *adm. souschef*, Landsforeningen BEDRE PSYKIATRI

**Joan Stæhr**, *gruppeleder*, Landsforeningen SIND

**Sally Timm**, *overlæge*, Dansk Psykiatrisk Selskab

### Redaktionsgruppen

**Søren Blinkenberg**, *uddannelsesansvarlig overlæge*, leder af Psykiatrisk Forskningsenhed, Region Sjælland, Psykiatrien Vordingborg

**Ninna Falkesgaard**, *redaktør*

**Daniel Hermansen**, *kommunikationsmedarbejder*, Netværk af forebyggende sygehuse i Danmarks sekretariat

**Margit Reimers Knudsen**, *konsulent*, MPH, Region Sjælland, Psykiatrihuset i Ringsted

**Lene Lier**, *speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri*, ph.d.

**Kirsten Mundt**, *koordinator*, Sundhedsstyrelsen

**Bjarne Møller**, *seniorkonsulent*, Socialt Udviklingscenter SUS

**Ingelise Nordenhof**, *børnekonsulent/socialrådgiver*, Region Sjælland, Psykiatrien Distrikt Roskilde

**Gitte Rasmussen**, *kvalitetskonsulent*, Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) (kapitel 5)

**Lene Schwartz**, *ledende oversygeplejerske*, Region Sjælland, Psykiatrien Distrikt Roskilde

**Elisabeth Svenningsen**, *ledende centersygeplejerske*, Region Hovedstaden, Psykiatrisk Center Amager

**Lis Zabinski**, *ledende socialrådgiver*, Region Hovedstaden, Psykiatrisk Center Hvidovre.

### **Netværksgruppens koordinator**

**Søren Blinkenberg**, *uddannelsesansvarlig overlæge*, leder af Psykiatrisk Forskningsenhed, Region Sjælland, Psykiatrien Vordingborg.



## Forord

Hele familien er påvirket, når et familiemedlem har en psykisk sygdom. Børn er i særlig grad udsatte, fordi de i deres udvikling er afhængige af relationen til forældrene.

Med denne publikation rettes der fokus mod det ansvar, ansatte i psykiatrien har i relation til børn af forældre med psykisk sygdom. Alle har en vigtig opgave i forhold til at medtænke børnene i den psykiatriske behandling af forældrene. Mange steder i psykiatrien er man i gang med at udvikle en god praksis med at inddrage patientens voksne pårørende i samarbejdet. Næste skridt – som allerede er taget flere steder i landet – er at inddrage børnene som pårørende.

Målet er, at kerneydelsen i psykiatrisk behandling altid gives i et familieperspektiv. Sundhedslovens krav, om at der indgås sundhedsaftaler mellem regionsrådet og de enkelte kommunalbestyrelser om samarbejde og ansvarsfordeling i indsatsen for børn af forældre med psykisk lidelse, vil sætte rammerne for realiseringen af dette mål.

Publikationen beskriver anbefalinger for god praksis både på klinisk, organisatorisk og interpersonelt niveau. Disse anbefalinger skal forstås som rammer, der skal forankres og tilpasses de lokale forhold i hver region, sygehus og lokale afdeling. Publikationen peger på det tværsektorielle samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og de sociale myndigheder i kommunerne som afgørende for den sammenhængende indsats.

Målgruppen for indsatsen er børnefamilier, hvor en eller begge forældre har en psykisk sygdom, som i perioder medfører indlæggelse og/eller ambulante behandling på en psykiatrisk afdeling.

Målgruppen for publikationen er primært det psykiatriske behandlingssystem og socialpsykiatrien; i særlig grad ledelsesniveauerne, som har hovedansvaret for, at der udvikles standarder, hvor publikationens anbefalinger til retningslinjer indgår, og at disse standarder implementeres og kvalitetssikres.

Publikationen henvender sig desuden til socialektoren i kommunen, som kan være den nødvendige medspiller til at sikre, at et behandlingsforløb foregår i et familieperspektiv.

Publikationen er tænkt som vejledning og inspiration, når behandlingssystemerne skal leve op til sundhedsaftalernes krav om indsats for børn af forældre med psykisk lidelse. Den er udformet som et opslagsværk, hvor kapitlerne kan læses hver for sig. Redaktionen har derfor valgt at acceptere en del gentagelser frem for at lade krydshenvisninger reducere publikationens omfang. Bemærk at begreberne psykisk sygdom og psykisk lidelse bruges synonymt i publikationen.

Publikationen er udarbejdet af en tværfaglig netværksgruppe under Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark med repræsentanter fra sygehuse og øvrige sektorer.

Netværksgruppens arbejde er et led i det generelle arbejde i Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, som har til formål at bidrage til kvalitetsudvikling og implementering af sygdomsforebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering i et sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer.

Vi håber, at publikationen vil styrke den vigtige indsats i relation til gruppen af børn af forældre med psykisk sygdom.

God fornøjelse

*Forretningsudvalget*



## Resumé og anbefalinger

Denne publikation bringer en oversigt over risikofaktorer, beskyttelsesfaktorer og følger for børn, hvor en eller begge forældre har en psykisk sygdom, som i perioder medfører indlæggelse og/eller ambulant behandling på en psykiatrisk afdeling.

Disse børn udgør en lidet synlig risikogruppe. Ofte er forældrenes kontakt med behandlingspsykiatrien eneste markør for, at deres børn kan have behov for støtte. Sygehusvæsenet har et stort ansvar for, at denne markør ikke overses. Publikationen giver en lang række anbefalinger til, hvorledes dette ansvar kan udmøntes i retningslinjer og obligatoriske rutiner.

Publikationen ønsker at inspirere til – og yde hjælp til at implementere – en indsats, hvis overordnede formål kan opsummeres således:

- Forebygge fysisk og psykisk omsorgssvigt af børn
- Forebygge at børnene udvikler psykisk sygdom og/eller psykosociale vanskeligheder
- Sikre at den psykiatriske behandling bliver givet i et familieperspektiv, der omfatter forældreroller og børn som pårørende.

Det er målet, at kerneydelsen i psykiatrisk behandling altid gives i et familieperspektiv. Dette mål nås kun, hvis ansatte i psykiatrien og den sociale sektor går sammen om at sikre sammenhæng i indsatsen. Og skal børnene profitere af indsatsen, skal forældrene aktivt involveres – ikke mindst i det tværsektorielle samarbejde.

### Kapitel 1

#### **Psykiatriens ansvar og indsats for børn af forældre med psykisk sygdom**

En række risikofaktorer knytter sig til børns opvækst i en familie med psykisk sygdom. Arvelige faktorer vides at øge risikoen for psykisk sygdom hos børnene. Det antages herudover, at en genetisk sårbarhed yderligere forøger børnenes påvirkelighed af alment kendte risikofaktorer som f.eks. eksponering for alkohol og andet misbrug i graviditeten, fødselskomplikationer og brist i omsorg og følelsesmæssig/intellektuel stimulation i barneårene. Sociale og familiære belastninger, specielt uforudsigelige forældrereaktioner, en konfliktfyldt atmosfære i hjemmet, en aggressiv holdning til bør-

nene samt vold og misbrug i hjemmet påvirker alle børn negativt, men den negative påvirkning forstærkes i familier, hvor en eller begge forældre har en psykisk sygdom med deraf følgende begrænsede ressourcer til at tilgodese børnenes behov og hjælpe dem igennem kriserne i familien.

Andre faktorer virker beskyttende. Barnets medfødte egenskaber har indflydelse på dets møde med omgivelserne i bredeste forstand. Et barn, som fra fødslen sender klare signaler om sine behov, er fra starten mere robust over for utilstrækkelig omsorg og kan bedre påkalde sig forældrenes opmærksomhed. En tryk gensidig kontakt med barnets primære omsorgsperson kan medvirke til at udvikle en tryk tilknytning og dermed øget stresskompetence fra de tidlige barneår. Barnets evne til at reflektere realistisk over sin egen og familiens situation og søge nødvendig hjælp og støtte er ligeledes beskyttende faktorer.

Der er sammenhæng mellem forældrens diagnose og barnets psykosociale problemer. Den genetiske/konstitutionelle faktor, som vil være tilstede hos et antal af børnene fra fødslen, får sædvanligvis først et klassisk psykiatrisk udtryk i ungdomsårene eller senere. Derfor er det først og fremmest børn med udprægede adfærdsvanskeligheder, som påkalder sig omgivelsernes opmærksomhed, mens børn med mere indadvendte symptomer kan forblive upåagtede trods alvorlige psykiske problemer. Problemstillingen kan ikke simplificeres til blot at omfatte diagnostiske kategorier. Der er stor forskel på det enkelte psykisk syge menneske, uanset diagnose. Foruden forskelle i social status, familienetværk og personlige egenskaber er forældrens evne til samarbejde om egen behandling og støtte til børnene afgørende forhold for børnefamiliens trivsel.

Trods forskelle, afhængigt af forældrens diagnose, er der tydelige fællestræk i de psykosociale vanskeligheder og udviklingsproblemer, børn af forældre med psykisk sygdom udviser. Erfaringer fra børnegrupper og fra kvalitative undersøgelser af børn, vokset op med forældre med psykisk sygdom, beskriver temmelig enslydende børnenes følelser og deres forsøg på at tilpasse sig en barndom, som på mange måder stiller store krav til dem. Bekymringen og omsorgen for den syge forælder og resten af familien har ført til, at man både herhjemme og internationalt taler om ”den lille voksne” og ”the young caretaker”, som alt for

tidligt må påtage sig et alt for stort ansvar på bekostning af barndommens almindelige muligheder for frihed til egne interesser. Børnene kaldes ofte for ”de usynlige børn”, fordi de gør alt, hvad der står i deres magt for at skåne deres forældre for yderligere bekymringer, og derfor prøver at fremstå som ubekymrede dygtige børn, til trods for deres egne problemer.

### Kapitel 2

#### De usynlige børn er sat i fokus

De seneste år har sat øget fokus på børn af forældre med psykisk lidelse. En række bevillinger fra Socialministeriet, fonde m.fl. har siden 1990'erne været med til at sætte fart i den positive udvikling. Siden er mange erfaringer høstet fra udviklings- og forsøgsprojekter i behandlings- og socialpsykiatrien, i kommunernes socialforvaltninger og i de frivillige organisationer: Samtalegrupper for børn er etableret, og mange steder er indført børnevenlige besøgsforhold på voksenpsykiatriske afdelinger og distriktskykiatriske centre. Forældre tilbydes støtte i forhold til deres forældrerolle. Familiesamtaler er med til at bryde tabu og tavshed mellem børn og forældre. Medarbejdere tilbydes uddannelsesforløb, og der er udviklet rutiner for samarbejde mellem faggrupper og sektorer.

En lignende udvikling ses i en række andre vestlige lande. Aktiviteterne varierer i form, indhold og omfang, men grundlæggende findes de samme former for støtte til børn og forældre i bl.a. Holland, Finland, Sverige, Norge.

Socialt Udviklingscenter SUS afsluttede i 2005 en landsdækkende undersøgelse, der skabte et overblik over de tilbud om støtte til børn og forældre, som fandtes i voksenpsykiatrien i Danmark. Kortlægningen viste, at de færreste psykiatriske afdelinger og socialpsykiatriske tilbud havde faste rutiner for at sikre en samlet indsats for børn og forældre. Blandt hovedresultaterne var, at omkring 80 % af de undersøgte afdelinger/tilbud havde kendskab til, om patienterne/brugerne havde børn, mens kun 20 % gav oplysning til børnene om deres forældres sygdom.

På baggrund af kortlægningen anbefales bl.a., at der etableres gruppetilbud til børn og gennemføres såkaldte familiesamtaler for børn og forældre overalt i psykiatrien.

For tilbud om støtte og behandling til forældre og børn i familier med alkoholproblemer anbefales det at kontakte kommunernes børne-familiesagkyndige.

Se [www.naarmoreellerfardrikker.dk](http://www.naarmoreellerfardrikker.dk) om Sundhedsstyrelsens projekt Børn i familier med alkoholproblemer.

### Kapitel 3

#### God praksis for psykiatrisk behandling i et forældre- og børneperspektiv

Psykisk lidelse påvirker ikke blot patienten, men hele patientens familie. Børn er særligt udsatte, fordi deres udvikling er afhængig af deres relation til forældrene. Familieperspektivet må derfor medtænkes i den psykiatriske behandling og inddrage børn som pårørende som en del af behandlingsarbejdet.

Et respektfuldt samarbejde med begge forældre er vigtigt, uanset om forældrene bor sammen. Udgangspunktet er retningslinjer og procedurer for registrering af eventuelle børn i patientens journal, når en forælder indlægges eller starter i ambulans behandling i psykiatrien. Patientens oplysninger om børnene er indgangen til en vurdering af børnenes omsorgssituation, en vurdering der sigter mod at opspore børn med behov for særlig støtte og henvise dem til en forebyggende og behandlende indsats i relevant regi.

Det anbefales at tilbyde støttende forældresamtaler til patienter med børn og familiesamtaler til forældre og børn sammen med fokus på barnets position som pårørende. Som en del af vurderingen af behov for støtte og hjælp anbefales kortlægning af ressourcerne i barnets sociale netværk.

Det anbefales, at der i alle enheder i psykiatrien indrettes børnevenlige besøgsforhold og udvikles praksis og rutiner for, hvordan børn kan besøge indlagte forældre under betryggende forhold.

På baggrund af erfaringer med børnegrupper i store dele af landet anbefales etablering af børnegrupper som en del af psykiatriens tilbud til børn som pårørende.

Et særligt indsatsområde er gravide og spædbarnsforældre med psykisk lidelse, hvor en tidlig indsats er afgørende.

### Kapitel 4

#### Tværsæktorielt samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og den sociale sektor

Den sammenhængende indsats er til gavn for patienter, der er forældre. For de implicerede børn hviler indsatsen på et lovmæssigt grundlag. Lov om forældremyndighed giver forældre vidtgående rettigheder og ansva-

ret for deres børn indtil de er 18 år. Sundhedsloven indeholder regler om patienters retsstilling og medinddragelse i behandlingen. Med virkning fra 29. maj 2007 er Lov om social service ændret bl.a. for at styrke indsatsen for børn og unge med særlige behov. Servicelovens bestemmelser om pligt til at underrette de sociale myndigheder, når børn og unge har behov for særlig støtte, giver ansatte i psykiatrien et særligt ansvar, når psykisk sygdom forhindrer forældre i at varetage børnenes tarv. Kendskabet til den skærpede underretningspligt, der gælder for alle offentligt ansatte, er meget central i samarbejdet både med forældrene og på tværs af sektorerne.

Sundhedsloven indeholder regler om, at der skal indgås sundhedsaftaler mellem regionsrådet og de enkelte kommunalbestyrelser blandt andet om organisering af samarbejdet og ansvarsfordelingen i indsatsen for børn i familier, hvor der er et menneske med en sindslidelse.

Det anbefales, at de to sektorer indgår samarbejdsaftaler, så ansvarsfordelingen er tydelig for alle. Eksisterende barrierer og dilemmaer i dette samarbejde overvindes i kraft af øget kendskab til, hvilke handlemuligheder den anden sektor har. Samarbejde mellem forældre, voksen-, børne- og ungdomspsykiatrien og de sociale myndigheder skal sikre, at der ydes den bedst mulige støtte til forældre og børn. Bedst mulig støtte beror på tidlig indsats og på kompetent vurdering af de enkelte børns behov og ressourcer. Indsatsen over for børnene involverer psykiatrien og det sociale system i forskelligt omfang, alt efter barnets og forældrenes behov. Undersøgelserne kan ikke blive fyldestgørende, hvis de foretages isoleret i den ene sektor. For at kunne give familien en sufficient støtte skal voksenpsykiatrien bidrage med en udredning af patienten og i forbindelse med blandt andet familiesamtaler formidle, hvilke problemer barnet ud fra forældrenes og egne oplysninger skønnes at have. Herefter skal sociale sektoren vurdere og undersøge familiens behov for støtteforanstaltninger og træffe beslutninger herom.

Det anbefales, at psykiatriens indsats niveaudeles efter vedtagne retningslinjer. Det tværsektorielle samarbejde bør bygge på og udnytte sektorernes forskellige roller og kompetencer. Kommunens særlige ansvar er at tilbyde støtte- eller behandlingstilbud til børn, når der er særlige behov.

Det anbefales, at samarbejdet mellem voksenpsykiatrien og den sociale sektor i videst muligt omfang involverer forældre og børn aktivt, og at dette sker efter vedtagne retningslinjer i akutte såvel som ikke akutte situationer.

## Kapitel 5

### Implementering og forankring af forældre- og børneperspektivet

Forældre- og børneperspektivet skal implementeres og forankres i voksenpsykiatrien. Dette kan sikres ved at udvikle standarder med tilhørende indikatorer på nationalt niveau omhandlende børn af forældre med psykisk lidelse. Standarderne kvalitetssikres ved at følge processen beskrevet i Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) ([www.kvalitetsinstitut.dk](http://www.kvalitetsinstitut.dk)). Denne proces består af fire trin.

**Trin 1:** Institutionen angiver krav til tilstedeværelse og indhold af retningslinjer i relation til den pågældende standard.

**Trin 2:** Institutionen skal angive, på hvilken måde der skal foreligge dokumentation for implementering og anvendelse af retningslinjer for den pågældende standard.

**Trin 3:** Institutionen skal angive, på hvilken måde der skal foreligge dokumentation for monitorering (måling, overvågning og vurdering) af den pågældende standard. F.eks. systematisk og regelmæssig måling ved hjælp af indikatorer.

**Trin 4:** Institutionen skal angive, på hvilken måde der skal foreligge dokumentation for, at der iværksættes kvalitetsforbedrende initiativer ved behov i forhold til pågældende standard. Dokumentationen kan f.eks. ske ved vurdering af aktuelle resultater i forhold til de opstillede opfyldelsesgrader for indikatorerne samt vurdering af forbedringer over tid. Årsager til identificerede kvalitetsbrist analyseres.

Standarder bør udvikles med udgangspunkt i grundskabelonen hertil i DDKM. Inden for de generelle forløbsstandarder findes blandt andet temaer som koordinering og kontinuitet, overdragelse, patientinddragelse, patientinformation og kommunikation, som kan være relevante i forbindelse med implementering af forældre- og børneperspektivet.

Også DDKM's tema om rekruttering, uddannelse og kompetencesikring er relevant. Det anbefales at udarbejde specifikke retningslinjer for at sikre, at de ansatte tilbydes uddannelse i relation til forældre- og børneperspektivet.

Det anbefales, at udviklingen af nye standarder, indikatorer og retningslinjer med fokus på forældre- og børneperspektivet tager udgangspunkt i DDKM's standarder for forebyggelse og sundhedsfremme.

# Psykiatriens ansvar og indsats for børn af forældre med psykisk sygdom

## Beskrivelse af målgruppen for indsatsen

Målgruppen for indsatsen er børnefamilier, hvor en eller begge forældre har en psykisk lidelse, som i perioder medfører indlæggelse og/eller ambulante behandling i et distriktspsykiatrisk center eller på en psykiatrisk afdeling. Målgruppen er forældrene og deres børn, uanset om børnene bor sammen med den forælder, der har en psykisk sygdom.

Adskillige andre forældre med psykiske lidelser behandles hos praktiserende læger, praktiserende speciallæger i psykiatri – eller slet ikke. Selv alvorlig psykisk sygdom er ofte ikke erkendt som sådan af bæreren, i hvert fald ikke i sygdommens tidlige faser i 20-30-årsalderen hvor børnefamilien typisk etableres. Desuden er der tale om en betydelig underdiagnosticering i det offentlige system. Disse børnefamilier har et lige så stort behov for professionel opmærksomhed og støtte som den valgte målgruppe.

Baggrunden for i denne publikation at begrænse målgruppen til forældre med børn, hvor forældrene er i kontakt med et distriktspsykiatrisk center eller en psykiatrisk afdeling er begrundet i det praktisk mulige:

- Der er *positiv interesse for indsatsen i en række voksenpsykiatriske behandlingsenheder* tilsluttede Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark
- Det er *muligt umiddelbart at identificere psykisk syge patienter med børn*. Målgruppen er afgrænset og let at opspore
- Der er *allerede kontakt mellem patienten og relevante kvalificerede faggrupper*, som vil kunne integrere indsatsen i forældrenes behandlingsforløb
- Der *findes erfaringer at trække på* vedr. helhedsorienteret tværfaglig støtte til børn og forældre både nationalt og fra vore nordiske broderlande
- *Effekten* af en bred indsats på de voksenpsykiatri-

ske distriktspsykiatrier, afdelinger og ambulatorier vil kunne evalueres og herefter implementeres, også i den primære sundheds- og socialsektor. Indsatsen vil således på sigt komme også andre familier, hvor forældrene har en psykisk lidelse, til gode, selv om de ikke er patienter på en psykiatrisk afdeling eller tilsvarende (jf. målgruppen).

## Problemets omfang

Forekomsten af psykisk sygdom i befolkningen som helhed er naturligvis vanskelig at præcisere, da en del mennesker med psykiske lidelser ikke er kendte i vore administrative registre. I Danmark kendes antallet af patienter indlagt på de psykiatriske afdelinger via registrering i det psykiatriske centralregister i perioden 1969-1994. Siden 1995 indeholder registret tillige patienter, der modtager ambulante behandling.

Det vides ikke, hvor stor en andel af disse mennesker, som er forældre til 0-18-årige børn. De fleste opgørelser fra psykiatriske afdelinger i de nordiske lande finder, at ca. 25 % af de til enhver tid henviste patienter også er *forældre*. En landsdækkende dansk registerundersøgelse fra 1973-83 af kvinder indlagt på psykiatrisk afdeling 2 år før hhv. 2 år efter en fødsel fandt, at de *psykisk syge kvinders børn* udgjorde 1,5 % af de *nyfødte børn* i pågældende periode (Lier, Kastrup & Rafaelsen, 1989). En dansk registerbaseret undersøgelse af to fødselsår-gange (1966 og 1973) fandt, at 7,8 % af *børnene* havde oplevet, at en eller begge forældre havde været indlagt på en psykiatrisk afdeling (Christoffersen, 1999).

For at kende antallet af børnefamilier, hvor en eller begge forældre har en psykisk lidelse, mangler vi viden om en lang række forhold. En igangværende dansk populationsundersøgelse (Precht, Blinkenberg & Lier, kommende publikation) vil kunne bidrage med viden om:



- Antallet af forældre med psykiske lidelser
- Hvor mange børn hver forælder har, om nogle forældre har fælles børn og hvor gamle deres børn er aktuelt
- Hvor gamle børnene var, da forælderen blev henvist til psykiatrisk behandling første gang
- Hvor mange børn der bor alene med deres psykisk syge forælder (evt. med ny partner)
- Hvor mange børn der bor hos familiemedlemmer, i plejefamilier eller på børneinstitutioner
- Hvor mange børn der selv har behandlingskrævende psykiske vanskeligheder/sygdomme.

## Risikofaktorer

*Arvelige faktorer* vides at øge risikoen for psykisk sygdom hos børnene. Dette er specielt dokumenteret for lidelser inden for det skizofrene og affektive spektrum. Hvis begge forældre er psykisk syge, øges risikoen markant.

Det antages herudover, at en *genetisk sårbarhed yderligere forøger børnenes påvirkelighed* af alment kendte risikofaktorer som f.eks. prænatal vækstretardering og eksponering for alkohol og andet misbrug, fødselskomplikationer og brist i omsorg og følelsesmæssig/intellektuel stimulation i barneårene.

Sociale og familiære belastninger er kendte risikofaktorer, specielt *uforudsigelige forældrereaktioner, en konfliktfyldt atmosfære i hjemmet, en aggressiv holdning til børnene samt vold og misbrug* i hjemmet (bl.a. Quinton & Rutter, 1985; Christoffersen, 1999). Disse forhold, som påvirker alle børn negativt, får en forstærket negativ indflydelse på børnenes udvikling i familier, hvor en eller begge forældre har en psykisk sygdom med deraf følgende begrænsede ressourcer og evne til at indleve sig i – og tilgodese – børnenes behov og hjælpe dem igennem kriserne i familien.

## Beskyttende faktorer

Barnets medfødte egenskaber har indflydelse på dets møde med omgivelserne i bredeste forstand. Et barn, som fra fødslen sender klare signaler om sine behov, f.eks. for mad og kontakt, og som er i stand til at regu-

lere grundlæggende funktioner som opmærksomhed, motorik og søvnrytme, er fra starten mere robust over for utilstrækkelig omsorg og kan bedre påkalde sig forældrenes opmærksomhed.

Herudover peger de fleste undersøgelser på, at en tryk gensidig kontakt med samme raske omsorgsperson, helst i kernefamilien, men også i den nære familie, kan medvirke til at udvikle en tryk tilknytning og dermed øget stresskompetence fra de tidlige barneår. Barnets/den unges evne til at reflektere realistisk over sin egen og familiens situation og søge nødvendig hjælp og støtte er ligeledes beskyttende faktorer. Det forudsætter imidlertid, at barnet møder en positiv og støttende hjælp fra de uformelle og formelle voksne, som barnet/den unge måtte opsøge, eller kommer i kontakt med via forældrens behandlingsforløb.

Forhold, der modvirker eller udelukker de tidligere beskrevne risikofaktorer, vil være ekstra beskyttende for børn med psykisk syge forældre:

*Udvidet og specialiseret svangreomsorg* kan sikre optimal behandling af den psykisk syge gravide kvinde, opfange og behandle tidlige symptomer på graviditetskomplikationer og dermed øge chancerne for et sundt fostermiljø og et rask nyfødt barn.

*Tværfaglig støtte til familien som helhed*, som stabiliserer familien socialt og sikrer/fremmer barnets tidlige kontakt med en rask, stabil og omsorgsfuld primær omsorgsperson enten i den nære familie (raskt familiemedlem), i specielt udvalgt dagpleje eller – hvis forældrenes omsorgsevne er alvorligt kompromitteret – i en kvalificeret familiepleje.

*Vedvarende opmærksomhed fra psykiatrien og sagsbehandleren over for forældres og børns ressourcer og behov for støtte* med henblik på tidlig indsats over for kriser i familielivet.

*Opmærksomhed og støttende kontakt* med børnene i daginstitutioner og skole.

*Individuel udredning og støtte til børnene ved særlige behov*, f.eks. begyndende fejludvikling og symptomer på børne- og ungdomspsykiatriske forstyrrelser, med henblik på en tidlig behandlingsindsats.

*Børnegruppe ledet af kvalificerede børnesagkyndige* for børn/unge, der er tilstrækkeligt velfungerende til at kunne indgå i en gruppe med andre børn og dele erfaringer, glæder og sorger med ligestillede.

I en oversigt og analyse af udvalgte interventionsprojekter i USA rettet mod forældre med alvorlige psykiske lidelser og deres børn peges bl.a. på følgende fælles-træk: 1. tværsektor-samarbejde, 2. ansvarlig ledelse og et veluddannet personale med en støttende holdning til familien, 3. fokus på hele familien. Det understreges, at disse krav kan medføre organisatoriske ændringer i de eksisterende tværfaglige sektorer. Et koordineret samarbejde mellem alle professionelle instanser er imidlertid nødvendigt, hvis indsatsens kvalitet og effekt skal sikres (Hinden, Biebel, Nicholson, Henry & Katz-Leavy, 2006; Nicholson, Hinden, Biebel, Henry & Katz-Leavy, 2007).

Et forebyggende program rettet mod forældre med depressive lidelser og deres 7-15-årige børn har vist en signifikant positiv effekt på børnenes psykiske helbred i op til 2 ½ år efter interventionen. Programmet var familiebasert og sigtede mod at øge forældrenes og børnenes indbyrdes forståelse – og håndtering af dels forælders sygdom, dels børnenes behov. Børnenes øgede forståelse af forælders symptomer viste sig at være en beskyttende faktor, medvirkende til at styrke barnets selvfølelse og evne til problemløsning (Beardslee, Gladstone, Wright & Cooper, 2003). Modellen anvendes nu i Finland og Holland, se kapitel 2 om internationale erfaringer.

## Mulig sammenhæng mellem forælders diagnose og barnets/den unges psykosociale problemer

Den genetiske/konstitutionelle faktor, som vil være til stede hos et antal af børnene fra fødslen, får sædvanligvis først et klassisk psykiatrisk udtryk i ungdomsårene eller senere, selv om bedret børnepsykiatrisk diagnostik ”fanger” især flere depressioner i barnealderen. Det er velkendt, at børn med psykisk syge forældre forsøger at skjule deres egne psykiske vanskeligheder. Derfor er det først og fremmest børn med udprægede adfærdsvanskeligheder, som påkalder sig omgivelsernes opmærksomhed, mens børn med mere indadvendte symptomer kan forblive upåagtede trods alvorlige psykiske problemer (Lier, Buhl-Nielsen & Knudsen, 2001).

Det er ikke rimeligt at simplificere problemstillingen til blot at omfatte diagnostiske kategorier. Der er stor forskel på de enkelte psykisk syge mennesker, uanset diagnose. Foruden forskelle i social status, familienet-

værk og personlige egenskaber som IQ, uddannelse og personlighed, er evne til samarbejde om egen behandling og støtte til børnene alt sammen betydende forhold i børnefamiliens trivsel.

### Det skizofrene spektrum

Det antages, at et barn af en skizofren forælder har en risiko på mindst 15 % for senere lidelse inden for dette spektrum (Parnas, Cannon, Jacobsen, Schulsinger H, Schulsinger F, & Mednick, 1993; Hans, Auerbach, Styr & Marcus, 2004). Er begge forældre syge, antages risikoen at være omkring 50 %. Et barn, der vokser op med en skizofren mor eller far, vil, foruden måske at være bærer af en genetisk sårbarhed, samtidig vokse op under forhold præget af sociale og familiære belastninger med en eller to forældre med begrænsede ressourcer for emotionel kontakt og indlevelse – og dermed en begrænset omsorgsevne. Det enkelte barns udvikling vil blive formet i en stadig interaktion mellem på den ene side barnets egne ressourcer (f.eks. IQ) og evt. medfødte forstyrrelser og på den anden side miljøets grad af omsorgssvigt i bredeste forstand samt kompenserende støtteforanstaltninger. Finske adoptionsstudier har vist en betydelig interaktion mellem genotype og opvækstmiljø (Tienari, Wynne, Laksy et al., 2003; Wynne, Tienari, Nieminen et al., 2006).

Børn med en skizofren mor som primær omsorgsperson vil ofte være anbragt i plejefamilie i perioder af længere eller kortere varighed. Uanset om barnet er anbragt i en omsorgsfuld og kærlig plejefamilie fra fødslen, skal barnet under alle omstændigheder forholde sig til en psykisk syg biologisk mor og/eller far.

### Forældre med lidelser inden for det skizofrene spektrum

Symptomerne ved sygdomme inden for det skizofrene spektrum påvirker grundlæggende forælders evne til at indgå i et naturligt samspil med barnet og vil i vekslende omfang være til stede hos den skizofrene livet igennem, også før og efter evt. psykotiske faser.

*Autismen (den følelsesmæssige lukkethed)* medfører, at forælderen har svært ved at ”være til stede” i relation til barnet. Opfattelsen/forståelsen af barnets adfærd og behov er langsom og ustabil. Forælderen har svært ved at ”svinge” med barnet og være til stede i dets liv på en naturlig og tilpasset måde. *De affektive (stemningsmæssige) forstyrrelser*, som ses ved skizofreni, medfører, at forælders mimik, sprogmelodi og kropssprog er stillestående. Den begrænsede fornemmelse for barnets

udspil og følelsesliv (*begrænset empati*) medfører, at barnet ikke får hjælp til at regulere følelser, opmærksomhed og aktivitetsniveau.

*De formelle tankeforstyrrelser* bidrager yderligere til at vanskeliggøre omsorg og stimulation af barnet. Overblik og koncentration mistes let, fokus forsvinder, egne forestillinger trænger sig på, det kan være svært at give dagene rytme og forudsigelighed, svært at adskille fantasi og virkelighed, svært at se verden ud fra andre synsvinkler end sin egen.

Ovenstående beskriver de mere indadvendte tilstande. I psykotiske faser og under paranoide tilstande kan dagligdagen være skræmmende for både den syge voksne og for den øvrige familie, som ikke kan betrygge den syge eller ændre dennes adfærd. Den paranoide, psykotiske forælder vil ofte dominere familiens dagligdag med sine vrangforestillinger og inddrage børnene og den anden forælder.

De beskrevne store vanskeligheder medfører, at den syge forælder sjældent magter det daglige forældreansvar. Uden anden primær omsorgsperson vil barnets udvikling blive alvorligt påvirket med et spektrum af emotionelle, sociale og kognitive vanskeligheder til følge.

### **Barnet**

På baggrund af data fra adskillige undersøgelser, retrospektive, prospektive, longitudinelle, ekstensive som intensive tegner der sig hos et betydeligt antal af børn med skizofrene forældre et billede af udviklingsforløb, som man nu vil tilskrive en medfødt neuroudviklingsforstyrrelse (Hans, Auerbach, Styr & Marcus, 2004), kombineret med grader af miljømæssige belastninger.

I *spædbarnsalderen* ses ofte vanskeligheder med regulation af opmærksomhed, motorik, søvn og spisning, ofte benævnt ”neuroirritabilitet”, eller i nyere småbarnspsykiatrisk terminologi ”regulationsforstyrrelser”. Børnene kan enten virke påfaldende passive med svag kontakt-evne eller ekstremt pirrelige og urolige – eller skiftende mellem den ene tilstand og den anden. Tilstanden er forbundet med høj grad af stress- og stimulusfølsomhed.

I *småbarnsalderen* vil børnenes tilknytningsmønster oftest være utrygt eller desorganiseret, dvs. at barnets erfaringer og forventninger om voksen omsorg er utrygge og usammenhængende. Denne tilstand er forbundet med fortsat forhøjet stressniveau og svækket stresskompetence. I småbarnsalderen og fremover vil

desuden kunne ses et ustabil og knapt alderssvarende kognitivt og sansemotorisk udviklingsforløb, hvor de enkelte funktioners modning svinger uforudsigeligt over tid, benævnt ”pandysmaturity” (Fish, 1987; Fish & Kendler, 2005).

I *skolealderen* vil børnene ofte blive opfattet som søde, lidt sære børn, med varierende grader af specifikke kognitive og motoriske vanskeligheder. Der kan især hos drengene forekomme kompromitteret affektkontrol med udadreagerende ofte uforudsigelig adfærd, mens pigerne typisk vil være mere indadvendte. Både drenge og piger vil ofte være ret isoleret socialt og frembyde symptomer på ængstelse. Enkelte børn, især hvor begge forældre er skizofrene, kan allerede nu være præget af diskrete tankeforstyrrelser og psykotiske symptomer.

I *ungdomsårene* kan ses et spektrum af psykiske vanskeligheder, ofte ukarakteristiske, men præget af dårlig emotionel kontakt og diverse sociale og kognitive vanskeligheder, som kan medføre begyndende misbrug og vanskeligheder med at gennemføre uddannelsesforløb. I ungdomsårene vil de psykiatriske symptomer inden for det skizofrene spektrum blive mere tydelige.

Det er klart, at en komorbiditet med grader af personlighedsforstyrrelse og misbrug i høj grad vil afhænge af, om barnet under opvæksten har levet under forhold præget af omsorgssvigt og manglende forståelse og støtte – eller om der har været tale om støttende forhold, f.eks. i en kærlig og kvalificeret plejefamilie. Selv under støttende og omsorgsfulde opvækstbetingelser vil det ovenfor skitserede forløb jævnlige kunne findes.

### **Det affektive spektrum**

Forældre med sygdomme inden for det affektive spektrum kan have depressioner, manier eller begge dele, som vil fremtræde af vekslende grad, varighed og hyppighed. Bipolare affektive lidelser er i særlig grad forbundet med øget risiko for børnene (Hirshfeld-Becker, Biederman, Henin et al., 2006).

Også ved lidelser inden for det affektive spektrum har barnet en øget genetisk risiko for senere affektiv sygdom. Separationsangst og andre mere uspecifikke angstsymptomer kan være en tidlig markør for senere affektiv forstyrrelse i barne- og voksenalderen (Weissman, Wickramaratne, Nomura et al., 2005).

I modsætning til de skizofrene forældres børn vil der sjældent være tale om særlig sensitivitet hos barnet fra



fødslen. Børnenes reaktioner på forælders sygdom vil oftest kunne forstås inden for en normalpsykologisk forståelsesramme som udviklingspsykologiske reaktioner på opvækstvilkårene.

Børnenes vanskeligheder under opvæksten kan heller ikke ved disse lidelser alene tilskrives forældrenes diagnose, selv om depression/mani med sine specifikke symptomer naturligvis – som ved skizofreni – farver dagligdagen i børnefamilien på en karakteristisk måde. Børnenes egne individuelle egenskaber (f.eks. temperament, IQ, evt. psykiske vanskeligheder) og familiens samlede ressourcer spiller sammen med familiære og sociale belastninger. Depressive lidelser hos forældrene er ofte forbundet med ægteskabelige vanskeligheder og konflikter som naturligt påvirker børnene. Men det er i højere grad den depressive lidelse hos forælderen end eventuelle familiære vanskeligheder, der er afgørende for senere depressiv lidelse hos barnet (Pilowsky, Wickramaratne, Nomura & Weissmann, 2006).

Der er således også her tale om forhold, som vurderes at være specifikke for børn med affektivt syge forældre, f.eks. genetisk risiko og de særlige forstyrrelser i forælders kontaktevne og omsorg som uundgåeligt følger en alvorlig depressiv/manisk episode. Varierende uspecifikke belastninger/ressourcer får sammen med de mere specifikke risikofaktorer indflydelse på barnets udvikling.

### **Forældre med lidelser inden for det affektive spektrum**

De nedenfor beskrevne forstyrrelser i forældrefunktionen ved sygdomme inden for det affektive spektrum omfatter først og fremmest de mere alvorlige cykliske forstyrrelser, som henvises til psykiatriske institutioner. Lettere depressions- og angsttilstande behandles oftest i den primære sektor hos praktiserende speciallæger i psykiatri, hos familiens alment praktiserende læge – eller erkendes slet ikke som sygdom af bæreren.

Det drejer sig i begge tilfælde typisk om forbigående, men tilbagevendende episoder af måneders varighed, hvor forælders humør og overskud ændrer sig på en for barnet uforudsigelig og uforståelig måde. Da symptomerne kan minde om almene tilstande, som barnet kender, f.eks. tristhed, træthed, uligevægtige vrede reaktioner, så kan det være meget svært for barnet – og for den sags skyld også forældrene – at forstå, at disse reaktioner er tegn på sygdom og ikke på noget, barnet/omgivelserne har gjort forkert. Den depressive episode søges som regel primært behandlet ambulantly, således at

en evt. indlæggelse ofte er forudgået og efterfulgt af en længerevarende nedsat funktion i hjemmet.

*Depressionens kernesymptomer* har alle indflydelse på forælders vitalitet, opmærksomhed og evne til at yde relevant omsorg i forhold til barnets sindstilstand og behov.

*Nedtryktheden (det forsænkede stemningsleje)* er en tilstand præget af tomhed, glædesløshed og forpintthed. Det kan være uoverkommeligt at reagere følelsesmæssigt på barnets kontaktforsøg og at gengælde og fastholde det sociale samvær. Afhængigt af forælders temperament kan den forpinte tilstand også udtrykke sig ved en følelsesmæssig labilitet med for barnet/omgivelserne uforudsigelige og uforståelige affektive udbrud. *Langsomheden (den psykomotoriske hæmning)* forstærker forælders sociale funktionsnedsættelse. Det er svært at nå at reagere. Følelsen af uoverkommelighed/træthed begrænser perioderne af aktivt samvær både kvantitativt og kvalitativt. Barnet – og andre sociale kontakter – bliver ”valgt fra”.

*Koncentrationsproblemer, rådvildhed og angst* øger yderligere forælders oplevelse af magtesløshed og kaos, især i situationer hvor flere dagligdags begivenheder skal overskues på en gang. Barnet kan let forbinde forælders reaktioner med følelsen af at have gjort noget forkert (skyldfølelse) og med at være uønsket/ikke elsket. Ved længerevarende eller recidiverende depressioner opfatter og ”monitorerer” barnet fra ganske lille forælders sindstilstand og forsøger at tilpasse sig. Fra småbarnsalderen kan barnet forsøge at hjælpe den voksne og opfattes ofte af omgivelserne som et nemt og meget dygtigt barn. Barnets tilsyneladende kompetence ledsages imidlertid meget ofte af en indre følelse af ensomhed, afmagt, tristhed og skyld, som på længere sigt kommer til at forme dets følelsesmæssige og sociale udvikling.

*Den maniske tilstand* er på flere måder depressionens modsætning, præget af et ovenud godt humør, højt aktivitetsniveau, rastløshed og mange ofte helt urealistiske planer. Ligesom ved depressionen er forælders tilstand slet ikke tunet ind på barnets situation og behov. Den psykiske forandring, den uforudsigelige aktivitet og forælders manglende situationstilpasning vil for de fleste børn være meget angstprovokerende.

*Den eksistentielle krise*, som ofte følger den depressive/maniske sygdomsforløb er en naturlig konsekvens af forælders erkendelse af den belastning, hans/hendes

sygdom har forvoldt børnene og den øvrige familie og den skade, der måske kan være sket i mor/far-barn forholdet eller barnets udvikling. Der er en tendens til fortælle af disse tanker og følelser i hele familien – ”nu er sygdommen jo overstået”. Ikke desto mindre er åbenhed, refleksion og fællesskab om forløbet af stor betydning for både børnenes og begge forældres mestring af krisen og for den familiemæssige genetablering.

### **Barnet**

Der findes en omfattende viden om spæd- og småbørns reaktion på depression hos moderen. Enkelte prospektive undersøgelser har nu fulgt disse børn op i skolealderen (Murray & Cooper, 1997). Herudover findes follow-up studier af 14-18-årige børns psykiske tilstand (Beardslee, Keller, Lavori, Staley & Sacks, 1993) samt en række mere kasuistiske beskrivelser af unges vanskeligheder under opvæksten med en psykisk syg forælder – hovedsagelig depressive forældre (Ahlgreen, 2001).

Ved *postpartum* depression hos moderen, hvor denne er den væsentligste omsorgsperson for barnet, vil barnets tidlige sociale udvikling blive farvet af den depressive mors stillestående mimik og hendes sparsomme spontane kontaktevne og respons på barnets behov. Barnets vitalitet og sociale udvikling (inkl. pludren og nysgerrighed over for legetøj mv.) kører på lavt blus, og det kan være svært også for andre voksne at aktivere det. Den før-sproglige og sproglige udvikling forsinkes ofte, og barnet kan virke afvisende/uinteressert i at fastholde social kontakt og indgå i et socialt samspil.

Fra 1-2 års-alderen ses hyppigt en utryk tilknytning med øget følsomhed over for stress, ambivalens/usikkerhed med hensyn til omsorgsgiverens tilgængelighed samt en labil affektregulation – eller omvendt et tilbagetrukket socialt adfærdsmønster, hvor barnets forventninger til et samspil med de nære voksne er sparsomme.

Fra *småbarnsalderen* ses – først og fremmest ved fortsat/recidiverende depression hos forælderen - øget opmærksomhed i forhold til de nære omgivers behov og sindstilstand på bekostning af barnets fornemmelse/erkendelse af dets egne behov. Barnet kan have en kontrollerende attitude over for andre børn og de nære voksne. Børn, som i 1-2-års-alderen er utrygge eller desorganiseret tilknyttede, er i størst risiko for at udvikle adfærdsvanskeligheder eller emotionelle vanskeligheder fra 3-års-alderen.

I *skolealderen* er fundet en overhyppighed af indlæringsproblemer og adfærdsproblemer især hos dren-

gene, mens pigerne snarere beskrives som stille, ”socialt usynlige”. I follow-up-studier af børn, hvis mødre havde haft en postpartum depression, er der bred enighed om, at depression hos mødre, specielt hvis der er tale om recidiverende depressioner, har betydning for børnenes følelsesmæssige og kognitive udvikling (Grace, Evindar & Stewart, 2003; Josefsson & Sydsjø, 2007). Flere undersøgelser har fundet øget forekomst af ADHD hos børn af forældre med bipolar lidelse (Hirshfeld-Becker, Biederman, Henin et al., 2006).

En omfattende interviewundersøgelse af 14-18-årige børn fra familier med affektivt syge forældre, forældre med anden psykisk lidelse og forældre uden psykisk lidelse viste, at en fjerdedel af børnene med affektivt syge forældre på interviewtidspunktet havde depressive symptomer, sammenlignet med 10 % af børnene med psykisk raske forældre (Beardslee, Keller, Lavori, Staley & Sacks, 1993).

Fra *puberteten* og *ungdomsårene* findes en række kasuistiske beretninger fra unge, langt de fleste piger, vokset op i hjem med en psykisk syg mor eller far, samt beskrivelser af terapeutiske gruppeforløb med unge med psykisk syge forældre, overvejende med affektive lidelser. I alle disse tilfælde drejer det sig om unge, som ikke i øvrigt har været tilknyttet behandlingssystemet og som er relativt velfungerende. Fælles for de unge er angsten for selv at få en psykisk sygdom, følelsen af et stort og tyngende ansvar for den psykisk syge forælder, som kolliderer med den unges trang til frigørelse og selvstændighed, en usikkerhed i sociale relationer, f.eks. i forhold til kærester/samleve, med letvakt angst for at blive afvist og forladt, og en tendens til isolation og tristhed (Ahlgreen, 2001).

### **Forstyrrelser af personlighedsstruktur og adfærd**

Der findes kun få videnskabelige undersøgelser af børn med forældre med personlighedsforstyrrelser (Barnow, Spitzer, Grabe, Kessler & Freyberger, 2006). Til trods for dette er det erfaringen, at netop disse forstyrrelser har alvorlige konsekvenser for forældrefunktionen i form af mangelfuld indlevelse i og prioritering af børnenes følelser og behov, affektibilitet med lav aggressionstærskel og frustrationstolerance, dårlig impuls-kontrol samt begrænset evne til at indgå i forpligtende og gensidige sociale relationer – alt sammen med kendt risiko for omsorgssvigt af børnene (Killen, 1993; Johnson, Cohen, Kasen, Ehrensaft & Crawford, 2006). Samtidig har personlighedsforstyrrelserne en betydelig

indflydelse på forælderen sociale tilpasning og funktion uden for familien. Disse forstyrrelser giver sjældent i sig selv anledning til henvisning til behandling på en psykiatrisk afdeling, selv om diagnosen hyppigt forekommer som udskrivningsdiagnose. Derimod vil personlighedsforstyrrelser ikke sjældent findes komorbide i forbindelse med andre psykiatriske lidelser, som medfører indlæggelse, f.eks. suicidalforsøg, depression, affektreaktioner, misbrug.

Her skal to af adskillige undertyper omtales, bl.a. fordi disse ofte forekommer uden anden kendt psykiatri i sociale børnesager og oftest komorbide hos psykiatriske patienter: den dyssociale personlighedsstruktur og den emotionelt ustabile personlighedsstruktur (borderline type). Til trods for forskelle i graden af dyssociale træk er forstyrrelsernes begrænsning af forældrekompetencen sammenlignelige, dog således at forælderen med en dyssocial personlighedsstruktur fungerer væsentligt dårligere og i ringe grad profiterer af hjælpeforanstaltninger, mens borderline typen ofte vil have bedre forståelse for barnet og have langt større gavn af en terapeutisk indsats.

Børnenes udvikling vil imidlertid blive præget af begge forældretypers mangelfulde omsorgsevne, forstærket af evt. ledsagende misbrug, aggressivitet/vold og kriminalitet især hos den dyssociale forælder. Indflydelsen på børnenes udvikling vil blive beskrevet under et, da der er tale om grader af omsorgssvigt med sammenlignelig indflydelse på barnets udvikling.

### **Den dyssociale personlighedsstruktur**

Denne forstyrrelse er forbundet med væsentlige begrænsninger og aktivt destruktive tendenser set i et familieperspektiv. Manglende evne til indføling med andre, oftest ligegyldighed og hensynsløshed i sociale situationer samt affektiv labilitet med lav aggressions- og frustrationstærskel medfører en betydelig social invaliditet. Tilstanden medfører ofte misbrug, vold og kriminalitet.

*Forældre med dyssocial personlighedsstruktur* vil generelt ikke være i stand til at varetage et forældreansvar, da de ikke vil være i stand til at tilgodese barnets behov for gensidighed, tryk, stimulation eller fysisk omsorg. Tendensen til aggressiv/destruktiv adfærd i familien forstærker yderligere den alvorlige skade på barnets udvikling. Familiebehandling eller andre hjælpeforanstaltninger kan sjældent afhjælpe et alvorligt omsorgssvigt i hjemmet.

### **Den emotionelt ustabile personlighedsstruktur**

Denne forstyrrelse kendetegnes bl.a. ved manglende evne til at skabe stabile relationer til andre mennesker. Relationerne kan være intense, men ustabil svingende mellem positive og negative følelser. De sociale relationer farves af en sort/hvid oplevelse. Der er hurtige humørmæssige svingninger ofte ledsaget af tomheds- og ensomhedsfølelse, som kan føre til impulsive selvdestruktive handlinger, evt. selvmordsforsøg. Der er tale om en usikker identitets- og selvopfattelse, lav frustrationstolerance og mangelfuld impuls kontrol. Den uforudsigelige og skiftende tilstand er svær at forholde sig til for de nære omgivelser – inklusive den personlighedsforstyrrede forælder selv.

Hvis tilstanden herudover medfører familiære belastninger i form af skiftende partnere, aggressioner mellem familiemedlemmerne, evt. et ledsagende alkoholmisbrug, samt sociale/økonomiske belastninger, så er det forståeligt, at børnene løber stor risiko for omsorgssvigt.

### **Forældre med en emotionelt ustabil personlighedsstruktur**

På grund af forælderen komplicerede personlighedsstruktur farves den følelsesmæssige opmærksomhed og kontakt med barnet af forælderen ustabile og uforudsigelige humørskift. Forælderen egen opvækst og barndomsrelationer til egne forældre har næsten altid været konfliktfyldte, præget af mangelfulde modeller for omsorg. Forældrefunktionen præges af usikkerhed og ofte en angst for impulsgennembrud, f.eks. aggressioner over for barnet. Barnets aktiviteter og behov aktiverer ofte forælderen egne relationsproblemer og medfører ambivalente følelser over for barnet med for barnet uforståelige reaktioner til følge. Ligeledes ses vanskeligheder ved at skelne mellem egne og barnets følelser. Forældre med depressive stemningssvingninger og gentagne suicidalforsøg udgør en stor belastning under barnets opvækst.

### **Barnet med en forælder med dyssocial- eller emotionelt ustabil personlighedsstruktur**

Barnet forsøger fra ganske lille at navigere i ovenstående komplicerede felt. Afhængigt af temperament og begavelse og af aggressionsniveauet i familien kan barnets udvikling og "overlevelsesstrategier" tage forskellige retninger – ofte skiftende over tid – enten domineret af udadreagerende, opmærksomhedssøgende/destruktiv adfærd eller ængstelig/indifferent tilbagetrækning. Ofte vil barnet have svært ved at tåle nærhed fra andre voksne, f.eks. pædagoger i daginstitutionen, og have svært ved at indgå i samspil med andre børn.

Især hvis den primære omsorgsperson, oftest moderen, har en personlighedsforstyrrelse, påvirkes barnets tidlige sociale udvikling i spæd- og småbarnsalderen. Uforudsigeligheden i moderens kontaktform og hendes vanskeligheder med at tilgodese barnets behov efterlader barnet i en forvirrende og ofte angstprovokerende verden, hvor den tidlige mellem menneskelige kontakt bliver farvet af utryghed, og hvor barnets sociale kompetence (følelsesmæssig gensidighed, pludresprog, fællesskab i leg og daglige aktiviteter) ikke stimuleres hensigtsmæssigt.

Barnets tilknytningsmønster vil typisk være ængsteligt, ambivalent, evt. afvisende eller desorganiseret, præget af barnets erfaringer om uforudsigelig forældreomsorg. Denne form for tilknytning er typisk ledsaget af et forhøjet stressniveau og usikre stressstrategier.

Afhængigt af barnets temperament, alder, begavelse og graden af dysfunktion i hjemmet forsøger barnet at reducere angsten for konflikterne ved at forsøge at forudgribe eller helt at undgå de situationer, der kan udløse dem. Barnet forsøger at udøve en form for kontrol og forudsigelighed. Mange børn er fra små så belastede i deres sociale udvikling, at deres adfærd primært vil være hyperaktiv, destruktiv og præget af social kommen til kort med let vakte aggressioner. Andre børn vil fremtræde mere kontrollerende og søge at styre omgivelserne. Usikkerhed, vagtsomhed og mistillid i sociale relationer til både børn og voksne, kombineret med en skrøbelig affektkontrol og mangelfuld social kompetence, er almene vanskeligheder hos børnene, som samtidig får indflydelse på udnyttelsen af deres kognitive potentiale.

Talrige undersøgelser af større børn/unge med adfærds- og tilknytningsforstyrrelser, som tidligt indtages i voldelige/kriminelle/misbrugende forhold, kan retrospektivt beskrive opvækstforhold præget af omsorgssvigt fra forældre med formodentlige personlighedsforstyrrelser.

### **Misbrug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer (narkotika)**

Misbrug (af narkotika, hash, piller af forskellig slags og alkohol) uden anden psykiatrisk problematik giver relativt sjældent anledning til behandling på en psykiatrisk afdeling.

Brug af rusmidler er derimod en hyppig og alvorlig ledsagende tilstand ved andre psykiatriske forstyrrelser. Behandlingen af misbrugere og psykiatriske patienter

foregår oftest i to forskellige systemer: de sociale og de psykiatriske behandlingsinstitutioner. ”Dobbeltdiagnose patienterne” vil typisk modtage behandling rettet hovedsagelig mod den af lidelserne, der har medført henvisningen, og sjældent for begge forstyrrelser.

Et alvorligt og længerevarende misbrug er meget ofte forbundet med en forstyrrelse i personlighedsstrukturen, ligesom misbruget kan ledsage lidelser inden for såvel det skizofrene som det affektive spektrum, til tider i et forsøg på ”selvbehandling”. Misbruget medfører ofte en forværring af den grundlæggende psykiatriske sygdom.

### **Forældre med misbrug**

På grund af risiko for skade på fostret ved indtagelse af rusmidler under graviditeten er der grund til stor opmærksomhed ved graviditet hos kvinder med rusmiddelproblemer og hos kvinder med psykiatriske lidelser og samtidig brug af rusmidler. Opmærksomhed på en evt. ”selvbehandling” med alkohol e.l. er ligeledes vigtig ved reduktion eller ophør af psykofarmakologisk behandling på grund af graviditeten.

I familier med alkoholproblemer bliver familiens interaktion organiseret omkring problemet. Påvirkningen viser sig i form af benægtelse af problemet, isolation, manglende social støtte, begrænset rum for følelsesmæssigt udtryk og manglende samhørighed. Familierne er karakteriserede ved bi-fasisk fungeren i de drikke og de ædru perioder, uforudsigelighed, øget stressniveau, øget konfliktniveau og rolle-ombytning. Børnene er i alvorlig risiko for omsorgssvigt i form af fysiske, psykiske og/eller seksuelle overgreb. Familiernes problemløsningsadfærd bliver påvirket med ringe overskud og/eller evner til at løse deres problemer med hjælpeløshed og afmagt til følge (Sundhedsstyrelsen, 2006). Desuden tyder meget på, at ægtefællen til den, der drikker, er i forøget risiko for en række psykiske forstyrrelser som f.eks. depression, angst og vrangforestillinger (Bygholm Christensen, 2000).

Under barnets opvækst vil forælderen med et misbrug typisk være svingende, ofte fjern og fraværende i kontakten med barnet og med for barnet uforudsigelige store svingninger i humør og temperament. Affektudbrud, irritabilitet og let vakt frustration/aggression – ofte uden umiddelbar synlig grund – dominerer ofte dagligdagen. Både indtagelse af misbrugsstoffet og forsøgene på at skaffe det kan medføre, at den voksne er fraværende fra hjemmet. Prostitution, udøvelse af kriminalitet, vold og fængselsophold kan være årsag til



fraværet. Endvidere er episoder som forældres forsøg på selvmord en alvorlig belastning for børn. En undersøgelse af klientellet i et dansk alkoholambulatorium har vist, at 46 % af kvinderne og 19 % af mændene havde forsøgt selvmord forud for behandlingen (Nielsen & Nielsen, 2001). Også den fysiske sygelighed, der ofte ledsager et længerevarende misbrug, er en belastning i barnets opvækstmiljø.

### **Barnet**

En undersøgelse fra 2000 viser, at 10 % af børn, som vokser op i familier med alkoholproblemer, vurderes at være behandlingskrævende i børnepsykiatrisk regi. Hos 40 % ses symptomer på forskellige former for psykisk belastning, hvorimod 50 % af børnene ikke adskiller sig fra kontrolgruppen på undersøgelsestidspunktet (Christensen & Bilenberg, 2000). En undersøgelse af voksne børn fra familier med alkoholproblemer fra 2002 viser, at en tredjedel selv har udviklet et alkoholproblem mod 8 % i kontrolgruppen, at en tredjedel har eller har haft psykiske problemer som angst eller depression og hos hver syvende findes en spiseforstyrrelse (Lindgaard, 2002).

En større amerikansk populationsundersøgelse af 17-årige børn med alkohol- eller stofmisbrugende forældre har tilsvarende vist forstyrrelser i børnenes personlighedsudvikling (Elkins, McGue, Malone & Iacono, 2004). Kombinationen af stofmisbrug og depression har i særlig grad alvorlige følger for barnets udvikling (Luthar & Sexton, 2007).

Det er desuden værd at bemærke, at i 44 % af kommunernes anbringelsessager er misbrug medvirkende årsag til anbringelsen (Egelund, Hestbæk & Andersen, 2004).

Der har i en årrække været fokus på børn af misbrugere (Sundhedsstyrelsen, 2005). Allerede under graviditeten er skaderne på fostret velkendte ved et aktivt maternelt misbrug. Føtal Alkohol Syndrom (FAS) og Føtal Alkohol Effekt (FAE) er medfødte sygdomme med indflydelse på barnets kognitive udviklingsmuligheder og med betydelig risiko for udvikling af ADHD (attention deficit hyperactivity disorder). Det antages at FAS forekommer med en hyppighed på 1,3 pr. 1.000 fødsler (Zingenberg, 1984), og FAE tre gange så hyppigt.

Prænatal påvirkning af narkotika indebærer risiko for iltmangel og for abstinenser neonatalt, ligeledes med hyppige følger for barnets kognitive, følelsesmæssige og sociale udvikling. De omtalte vanskeligheder er af livslang karakter.

Børn med misbrugende forældre har således risiko for et spektrum af psykiske vanskeligheder/lidelser, som både kan være genetiske, prænatale og miljøbetingede. Nedenfor skal kort beskrives karakteristiske symptomer ved 1: Føtal Alkohol Syndrom og den knapt så udtalte Føtal Alkohol Effekt, 2: abstinensreaktioner efter fødslen samt 3: miljøbetingede psykiske reaktioner hos børn med alkoholiserede forældre.

Omsorgssvigtede børn med misbrugende forældre udsættes for samme forstyrrelser i deres sociale udvikling som beskrevet i afsnittet om personlighedsforstyrrelser. Skader i fosterlivet vil øge sårbarheden hos barnet og dermed risikoen for alvorlige udviklingsproblemer.

### **Føtal Alkohol Syndrom og Føtal Alkohol Effekt**

Den prænatale påvirkning af hjernens udvikling, og ofte også af andre organer, medfører afvigende ansigts-træk og for ca. halvdelen vedkommende i vekslende omfang misdannelser i hjerte, syn og hørelse, bevægeapparat, i urinveje og kønsorganer. Vækstretardering og let til moderat mental retardering er karakteristisk.

I spædbarnsalderen er barnet på grund af hjerneska-den irriteret og udtalt stimulusfølsomt, med dårlig regulation af alle basale funktioner: opmærksomhed, sansemotorik, søvn og spisning. Den tidlige udvikling er forstyrret, barnet kan ikke magte social kontakt og gensidighed og er ikke alderssvarende udviklet. Pleje og stimulation af barnet er en specialpædagogisk opgave, som den alkoholiserede mor ikke selv kan magte. Børnene bør fra fødslen anbringes på observationshjem.

Forudsat at barnet bliver placeret i et kvalificeret miljø, f.eks. i en plejefamilie, kan følgerne for barnets sociale udvikling mildnes, men oftest bliver det stadig mere tydeligt, at barnets forstyrrede opmærksomhedsregulation, aktivitetsniveau og perception vedvarer, ledsaget af en fortsat tung begavelse. ADHD forstyrrelsen følger barnet gennem livet.

Vokser barnet op i en ressourcetsvag familie med fortsatte misbrugsproblemer, bliver ovenstående vanskeligheder yderligere forværret af de tidligere omtalte sociale forstyrrelser.

### **Følger af abstinensreaktioner efter fødslen**

Alkohol og alle andre afhængighedsskabende stoffer og medikamenter kan medføre abstinenser hos det nyfødte barn. Abstinenserne hos barnet opstår, fordi barnet ikke længere får tilført det stof, som det har udviklet afhængighed af, hvilket oftest kræver længe-

revarende hospitalsophold og medicinsk behandling. Symptomerne er udtryk for en neuroirritabilitet, der kan vare adskillige måneder. Barnet er – ligesom FAS barnet – ekstremt stimulusfølsomt med problemer med regulation af opmærksomhed, motorik, søvn og spisning. En del af børnene ”vokser fra” regulationsforstyrrelserne, men mange har fortsatte vanskeligheder, som senere opfylder kriterierne for ADHD.

### **Miljøbetingede psykiske reaktioner hos børn med misbrugende forældre.**

Barnet, som vokser op i en familie med et misbrug, vil generelt få en opvækst præget af mangelfuld omsorg, uforudsigelighed og oplevelser af konflikt og magtesløshed hos de nære voksne. Barnet må ofte fra en tidlig alder tage vare på sig selv og drage omsorg for de voksne. Rolleombytning, hvor barnet bliver omsorgsgiver for sig selv, sine søskende og for forældrene er almindelig (”den lille voksne”). En konstant vagtsomhed over for de voksnes tilstand og humør er kilde til, at barnet lever i en konstant stresstilstand, som kan medføre et spektrum af psykosomatiske og nervøse symptomer (Christensen, 1994). De tidligere beskrevne alvorlige adfærdsforstyrrelser som følge af omsorgssvigt ses ligeledes.

Der er alvorlige konsekvenser for børn af at vokse op i en familie med alkoholproblemer. Det er skræmmende for børn, når forældrene forandrer sig under rusen. Børnene taler ikke med nogen om problemet og bliver ensomme. Børnene føler skyld, skam og mindreværd og føler ansvar for at løse familiens problem (Sundhedsstyrelsen & Socialministeriet, 1996). Ud over de tidligere nævnte psykiske problemstillinger med angst og depression har de oftere mareridt og søvnproblemer, øget sygelighed med f.eks. flere infektioner og sygehusbehandling, er hyppigere udsat for ulykker, får adfærdsproblemer og problemer med kammerater og skole. Som unge er de i øget risiko for at udvikle et tidligt og for stort forbrug af rusmidler, ungdomsarbejdsløshed, voldelig og anden kriminell adfærd, teenagegraviditet og/eller selvmordsforsøg (Sundhedsstyrelsen, 2006; Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, 2003).

### **Psykisk sygdom hos forældre med anden etnisk baggrund**

Symptomerne ved de psykiske lidelser er antagelig ensartede på tværs af kulturer, men kulturen er bærer af fortolkningen og forståelsen af lidelsen.

Kulturelle og sproglige barrierer kommer let til at vanskeliggøre kontakten med den psykisk syge og dennes familie og komplicere behandlingsforløbet. Omvendt

kan de nære familieforhold og det sociale netværk i mange af familierne have en positiv betydning, forudsat at behandlingstilbuddet er acceptabelt og forståeligt (Kastrup, 2004).

Graden af kompleksitet i både det formelle og uformelle netværk omkring familien er imidlertid ofte meget større end i danske familier. I det formelle netværk kan der være mange tværfaglige aktører, som spiller hver sin rolle i børnefamiliens samlede problematik.

En ny registerbaseret undersøgelse i Danmark dokumenterer, at efterkommere af forældre med anden etnisk oprindelse oftere er i kontakt med det psykiatriske system end resten af befolkningen (Helweg-Larsen, Kastrup & Flachs, 2007).

En del mennesker med anden etnisk baggrund, som er kommet hertil som flygtninge, lider af et posttraumatisk stress syndrom (PTSD) efter længe at have levet under traumatiske og angstfyldte forhold i hjemlandet. Da denne lidelse belaster forælderrollen i særlig grad og især forekommer i traumatiserede familier med anden etnisk baggrund, skal der redegøres herfor i det følgende. PTSD antages yderligere at øge risikoen for andre psykiske lidelser, specielt depressioner, hvis indflydelse på forælderrolle og på barnets udvikling allerede er beskrevet. Det må antages at PTSD ofte vil være en komorbid lidelse forekommende sammen med de mere ”klassiske” psykiske forstyrrelser.

*Det posttraumatiske stress syndrom* kan opfattes som en fortsat psykisk reaktion på ubærlige traumatiserende begivenheder forbundet med et højt stress- og angstniveau. Genoplevelse af traumerne i form af flashback, mareridt og forstyrret søvn medvirker til at vedligeholde belastningsreaktionen. Aktuelle livssituationer, som for den pågældende kan minde om tidligere traumatiske omstændigheder, reaktiverer let det mentale følelseskompleks forbundet hermed. Det er ikke muligt for personen at kontrollere disse episoder, som kan opstå ganske uventet.

I forhold til forældrefunktionerne er den psykiske overfølsomhed over for sansestimuli som barnegråd, højlydt leg, pludselige bevægelser, konflikter mellem børnene mv. en stor belastning både for forælderen og familien. I kombination med en konstant anspændthed, irritabilitet og ofte store vanskeligheder med affektkontrol kan dagligdagen i børnefamilien være en så stor belastning, at forælderen enten må forlade familien eller forsøge at isolere sig fra fællesskabet for ikke at

risikere ukontrollerbare affektudbrud. Angst, depression og psykosomatiske symptomer ses ofte, ligesom suicidal tanker og suicidal forsøg ikke er ualmindelige.

### **Barnet**

Grundlæggende påvirkes barnet af psykisk sygdom hos forældrene på samme måde som danske børn. I familier med et stort familienetværk kan barnet dog være beskyttet af omsorgen fra de øvrige familiemedlemmer. I isolerede familier med især en psykisk syg mor er barnet derimod ekstra udsat for omsorgssvigt. Barnet vil ofte opholde sig derhjemme, komme ustabil i en evt. daginstitution og som større skulle overtage en stor del af ansvaret for søskende og dagligdag i endnu højere grad end danske børn i samme situation. Isolationen i familien, forstærket af sproglige og kulturelle barrierer, gør det vanskeligt for både det sociale og det sundhedsmæssige system at få øje på omfanget af familieproblematikken. Dette medfører, at børnenes vanskeligheder først sent bliver erkendt og måske henvist til børnesagkyndig udredning (Lier, 2004).

Fælles for de henviste børn fra omkring *1-års-alderen* er, at deres udvikling sjældent er alderssvarende, mere pga. af almen forsømmelse, understimulation og sygdomsprægede kontaktmønstre i forældre-barn forholdet end af børnenes udviklingspotentiale. Passivitet, afvisende kontaktform og et sparsomt pludresprog/for-sinket sprogudvikling er almindelige symptomer.

I *1-3-års-alderen* ændres passiviteten ofte til en ufokuseret impulsstyret motorisk aktivitet med udadrettede adfærdsproblemer. Barnet er svært at fastholde på almindelige krav og er præget af mangelfuld social og sproglig udvikling. Stadig ses også børn, hvor passivitet og en uselektiv kontaktform dominerer.

Ofte ses en tiltagende tilpasning i *børnehvealderen*, hvor selv små børn med betydelige egne udviklingsvanskeligheder tager vare på mindre søskende – og sig selv. Disse ”nemme” børn påkalder sig sjældent opmærksomhed. Omvendt ses selvfølgelig også hos nogle børn forstærkede adfærdsvanskeligheder, som kan føre til opmærksomhed fra det sociale system.

De *større børn* vil oftest i endnu højere grad end de danske børn være bundet til deres psykisk syge forælder og den nære familie og i endnu højere grad være unddraget støtte til personlige vanskeligheder.

*Posttraumatisk stress syndrom* ses hyppigt hos børn i flygtningefamilier, især asylansøgere, som under

kummerlige forhold opholder sig i Danmark i flere år (Montgomery, 2000; Elklit & Gudmundsdottir, 2006; Nordenhof, 2005). I familier, hvor en eller begge forældre er psykisk syge, er børnenes søvnforstyrrelser, mareridt, reaktiverede angstfyldte minder og eventuelle udadrettede adfærdsproblemer en yderligere belastning, som ingen i familien har overskud til at håndtere. Der er beskrevet alvorlige psykiske og psykosomatiske forstyrrelser hos disse børn, som i vidt omfang er unddraget samfundets almindelige hjælpeforanstaltninger (Von Folsach & Montgommery, 2006). Deres forældre vil jævnligt blive indlagt på grund af psykotiske episoder eller suicidal forsøg, hvor man på de psykiatriske afdelinger vil have mulighed for at identificere og muligvis skaffe hjælp til børnenes vanskeligheder.

### **Børns reaktion på forældrenes psykiske sygdom på tværs af diagnoserne**

Erfaringer fra børnegrupper og fra kvalitative undersøgelser af børn, vokset op med forældre med psykisk sygdom, beskriver temmelig enslydende børnenes følelser og deres forsøg på at tilpasse sig en barndom, som på mange måder stiller store krav til dem (Holm, Møller & Perlt, 2002; Ahlgreen, 2001; Lier, Buhl-Nielsen & Knudsen, 2001; Glistrup, 2006; Blinkenberg, 2003).

*Bekymringen og omsorgen* for den syge forælder og resten af familien har ført til, at man både herhjemme og internationalt taler om ”den lille voksne” og ”the young caretaker”, som alt for tidligt må påtage sig et alt for stort ansvar på bekostning af barndommens almindelige muligheder for frihed til egne interesser.

Følelsen af at *være overset og bange* og forsøg på at *skjule egne vanskeligheder og sorger* for ikke at gøre de voksne yderligere belastede er ligeledes karakteristiske træk, som kan være medvirkende til, at barnet nødtigt fortæller om sine følelser til andre.

Følelsen af *at være uelsket og afvist* – specielt ved depressioner hos forælderen, hvor barnet ikke kender årsagen til symptomerne, og i høj grad ved oplevelse af suicidal forsøg – er medvirkende til *ensomhed og tristhed*, som børnene ikke tillader sig selv at søge trøst for.

*Skyldfølelse og oplevelse af afmagt* i forbindelse med forældrens sygdom er næsten altid til stede, både fordi barnet forestiller sig, at det kan have været medvirkende til, at forælderen har det dårligt, og fordi det mislykkes for barnet at ændre forældrens tilstand.

1

*Meget få børn har viden om forælders psykiske sygdom. Viden om baggrunden for forælders tilstand – og forståelsen af, at det drejer sig om en sygdom, som barnet ikke er skyld i – efterlyses af især de unge, som selv har kunnet fortælle om deres barndom.*

*Angsten for selv at blive syg opstår hos langt de fleste børn i løbet af teenageårene. Ængstelse for at sætte børn i verden og udsætte dem for samme opvækst som deres egen, hvis de selv skulle blive syge, er ligeledes nærværende for de unge.*

Børnene kaldes ofte for *"de usynlige børn"*, fordi de gør alt, hvad der står i deres magt for at skåne deres forældre for yderligere bekymringer og derfor prøver at fremstå som ubekymrede dygtige børn, til trods for deres egne problemer.



# De usynlige børn er sat i fokus

## Indledning

Siden midten af 1990'erne har der i en lang række lande været en stigende opmærksomhed på børn, hvis forældre har en psykisk lidelse. Denne udvikling er sat i gang af en række forskellige faktorer og fik i Danmark for alvor fart, da Socialministeriet i 1994 afsatte puljemidler til støtte for udvikling af nye initiativer for disse børn. Den økonomiske støtte blev blandt andet uddelt gennem den såkaldte 15M-pulje til støtte for ikke-indlagte mennesker med psykisk sygdom. Midlerne skulle bruges til at igangsætte konkrete støtte- og udviklingsprojekter, til at opsamle erfaringer og til at formidle viden om temaet til alle relevante parter.

Siden de første puljemidler blev uddelt, har også Sundhedsministeriet og en række private fonde (herunder blandt andet Sygekassernes Helsefond, OAK Foundation og Egmontfonden) gennem årenes løb støttet udvikling og drift af initiativer til støtte for børnene – og deres forældre.

Puljemidlerne blev tildelt støtte- og udviklingsprojekter i behandlings- og socialpsykiatrien, i børne- og ungdomspsykiatrien, i kommuners og amters socialforvaltninger og til bruger- og pårørendeorganisationer som Landsforeningen SIND.

Meget forskellige projekter har i årenes løb modtaget støtte fra ministerier og private fonde. Forskellige både i forhold til hvem der har taget initiativet, hvad målet og målgruppen har været, samt hvilke metoder der er blev anvendt. Udviklingsinitiativerne har primært fundet sted inden for følgende områder (Holm, Møller & Perlt, 2002):

En række projekter har overvejende haft til formål at kvalificere medarbejdere, rutiner, systemer, at udvikle samarbejdsrutiner mv. Disse projekter har omfattet aktiviteter som udvikling og afprøvning af strukturer for samarbejde mellem forskellige fag og sektorer, undervisningsforløb og konferencer for at kvalificere sagsbehandlere, daginstitutionspædagoger og ansatte i

voksenpsykiatrien, gennemførelse af undersøgelser og forskning, oversættelse af udenlandsk litteratur samt produktion af materiale til undervisningsbrug.

Andre projekter har overvejende haft som formål at udvikle og støtte aktiviteter, der direkte kunne hjælpe børnene og de unge i deres hverdag. Her blev eksempelvis etableret grupper for børn med henblik på støtte, rådgivning, behandling og terapi. Andre projekter tilbød voksne børn med forældre, der havde psykisk lidelse, undervisning i psykiske sygdomme, behandlingsformer, pårørenderoller mv. Og endelig er der blevet udviklet rutiner for, hvordan børn ikke kun skal medtænkes, men også inddrages og tilbydes støtte, når en forælder bliver knyttet til behandlings- eller socialpsykiatrien.

Endelig har der været projekter som overvejende har haft til formål at udvikle og støtte aktiviteter for både børn/unge og deres forældre. Blandt aktiviteterne har været etablering af familiegupper i socialpsykiatriske væresteder, hvor man i fællesskab udviklede idéer til aktiviteter, afholdt temaaftener om at være forælder mv. Andre steder er der oprettet grupper for mødre, arrangeret café-aftener og weekend- og ferieture, iværksat undervisningsforløb for at støtte forældrene i deres rolle som forældre mv.

For en beskrivelse af de konkrete aktiviteter henvises til [www.barn-i-fokus.dk](http://www.barn-i-fokus.dk).

## Udviklingen i behandlings- og socialpsykiatriens indsats

I takt med en øget forståelse i behandlings- og socialpsykiatrien for vigtigheden af at informere og inddrage pårørende til mennesker med psykisk sygdom er også de syges børn kommet i fokus.

De første initiativer på området var typisk båret af ønsket om at få et basalt indblik i omfanget og karakteren af børnenes eventuelle problemer. Spørgsmål som: hvem og

2

hvor mange af vore patienter har børn?, hvordan klarer de sig?, hvad siger loven om vore forpligtigelser – og hvad synes vi selv, vi kan og bør gøre? blev sat på dagsordenen på interne møder og konferencer.

Mange steder affødte diskussionerne, den nye viden og de systematiserede erfaringer et ønske om for eksempel at udvikle særlige skemaer eller formularer til registrering af oplysninger om patienternes børn. Sådanne formularer bruges primært som vigtige oplysningsark, men spørgsmålene og svarene kan også bruges som støtte for afdelingernes personale, når de i dagligdagen taler med den syge forælder.

Med den øgede registrering af og opmærksomhed på patienternes børn opstod også ønsket om at forebygge problemer hos børn – og støtte børnene og familierne. Det førte til etablering af særlige børne-familieteam knyttede til de patienter, som havde børn, uddannelse af personale til at gennemføre familiesamtaler, etablering af gruppetilbud til børn, udvikling af børnevenlige besøgsforhold i sygehusafdelinger og på ambulante behandlingssteder, produktion af informationsmateriale til børn og familier, etablering af grupper for forældre og meget mere. Se en nærmere beskrivelse af en række af disse initiativer og aktiviteter i kapitel 3 (God praksis for psykiatrisk behandling i et forældre- og børneperspektiv).

Socialt Udviklingscenter SUS, en almennyttig forening som løser opgaver i forhold til socialt udsatte mennesker ([www.sus.dk](http://www.sus.dk)), gennemførte i perioden oktober 2004 til oktober 2005 en landsdækkende undersøgelse med henblik på at få et overblik over de tilbud om støtte, som findes til børn og forældre i voksenpsykiatrien i Danmark. Formålet var endvidere at formidle viden til ansatte i behandlings- og socialpsykiatrien (Stenbak, Møller & Børjesson, 2005).

Kortlægningen blev foretaget som en spørgeskemaundersøgelse med spørgeskemaer udsendt til alle voksenpsykiatriske afdelinger og socialpsykiatriske tilbud i Danmark, samt til Voksenteam i Københavns Kommune (i alt 731 afdelinger, distriktspsykiatriske enheder og tilbud i øvrigt). Der blev gennemført gruppeinterview med medarbejdere samt med forældre, som aktuelt havde kontakt med voksenpsykiatrien. Herudover blev der afholdt en samtale med en gruppe børn.

I det følgende præsenteres undersøgelsens hovedresultater og konklusioner samt de anbefalinger, som Socialt Udviklingscenter SUS opstillede på baggrund af undersøgelsens resultater.

## Børn og forældre i voksenpsykiatrien – en undersøgelse fra Socialt Udviklingscenter SUS

Hovedresultater fra voksenpsykiatriske afdelinger, distriktspsykiatriske enheder og socialpsykiatriske tilbud under ét

*Næsten ingen:*

- samarbejder med børnenes daginstitutioner og skoler.

*Omkring en tiendedel:*

- har indrettet besøgsrum til børn
- yder støtte til børn i form af enesamtaler
- har etableret gruppeforløb for børn
- samarbejder med døgninstitutioner og lidt flere med børns plejefamilier.

*Mellem en femtedel og en tredjedel:*

- giver oplysninger om forældrens sygdom til børnene
- har rutiner for underretning – ud over de lovpligtige
- har udpeget særlige ressourcepersoner
- har legetøj til børn
- tilbyder familiesamtaler, hvor både forældre og børn får information om sygdommen, der skal være opmærksomme på børnene.

*Mindst to tredjedele:*

- støtter brugere i deres forældrerolle
- tilbyder patienter og brugere samtaler om forældrerollen
- oplyser, at de samarbejder med kommunale forvaltninger om andet end underretninger. Undersøgelsen viser samtidig, at der er behov for, at samarbejdet mellem forskellige instanser udbygges og koordineres
- har kendskab til, om brugerne/patienterne har børn.

Selv om næsten halvdelen oplyser, at medarbejderne har fået efteruddannelse på området i et eller andet omfang, dokumenterer undersøgelsen et stort behov for mere viden.

Undersøgelsen (Socialt Udviklingscenter SUS, 2005) afdækker store forskelle i rutiner for støtte. Det gælder mellem regioner som mellem de enkelte voksenpsykiatriske afdelinger og socialpsykiatriske tilbud.

### **Faste rutiner**

De færreste voksenpsykiatriske afdelinger og socialpsykiatriske tilbud har faste rutiner for en samlet indsats for børn og forældre.

### **Spørg til børnene-rutiner**

De fleste voksenpsykiatriske afdelinger, distriktspsykiatriske enheder og socialpsykiatriske tilbud har kendskab til, om patienterne/brugere har børn. Det gælder især i socialpsykiatrien, hvor næsten alle kender til børnene, mens behandlingspsykiatrien i mindre grad er opmærksom på børnene. Faste spørg til børnene-rutiner er fortsat ikke implementeret i alle afdelinger og tilbud.

### **Særlige ressourcepersoner**

Flere voksenpsykiatriske afdelinger, distriktspsykiatriske enheder og socialpsykiatriske tilbud har udpeget særlige ressourcepersoner for børn med forældre, der har psykisk sygdom. Ressourcepersonerne har for eksempel til opgave at sørge for, at børnene får oplysning om forældres sygdom eller at samarbejde med den relevante kommunale forvaltning og med barnets institution eller skole, så der kan ydes støtte til barnet i dagligdagen. Nogle steder er ressourcepersonerne også med til at sikre, at viden om børns og forældres behov sættes på dagsordenen ved personale- og behandlingsmøder og ved tilbud om efteruddannelse.

### **Børnegrupper**

Nogle voksenpsykiatriske afdelinger, distriktspsykiatriske enheder og socialpsykiatriske tilbud har etableret særlige børnegrupper, hvor børnene kan møde andre i samme situation. I børnegrupperne deltager oftest en til to medarbejdere. I grupperne får børnene information og oplysning om forældrenes sygdom og om, hvad den kan betyde for hverdagen i familien, og de får mulighed for at dele deres erfaringer med andre. Flere steder er der også aktiviteter for børnene, enten på stedet eller ved ture ud af huset.

### **Støtte til forældre**

Det kan være svært for en forælder at bede om hjælp fra familie og venner; blandt andet fordi det at have en psykisk sygdom ofte stadig er tabu. Men en forælder, der kommer i psykiatrisk behandling, kan - ud over at bekymre sig om sygdommen - have store bekymringer i forhold til børnene. Derfor bør han eller hun have tilbud om at bearbejde bekymringer om sin forælderrolle.

De fleste voksenpsykiatriske afdelinger, distriktspsykiatriske enheder og socialpsykiatriske tilbud støtter patienter og brugere i deres forælderrolle. Støtten fore-

kommer hyppigst i socialpsykiatrien. En mindre del af afdelingerne, enhederne og tilbuddene yder støtte til den anden forælder og inddrager det øvrige netværk i støtten. Også dette sker hyppigst i socialpsykiatrien.

Den praktiske hjælp er eksempelvis støtte i forbindelse med aktiviteter og gøremål i det daglige: at tage med til forældremøde på barnets skole eller til møde i den kommunale forvaltning.

Støtten sker også ved samtaler med forældrene alene eller i en forældregruppe (med eller uden den raske forælders deltagelse).

### **Dilemmaet ved underretning**

Undersøgelsen viser, at medarbejdere af og til undlader at tale med forældrene om forælderrollen af frygt for, at forældrene skal afvise kontakt i den tro, at medarbejderne vil foranledige, at børnene anbringes uden for hjemmet. Men undersøgelsen viser også, at forældrene oplever stor lettelse, når de får mulighed for at tale om deres bekymringer i forhold til forælderrollen. Og at medarbejdernes kommunikation med forældrene bliver bedre, når der er 'taget hul på' de svære spørgsmål.

### **Familiesamtaler**

Flere steder, hyppigst i behandlingspsykiatrien, tilbydes familiesamtaler. Ved sådanne samtaler informerer medarbejdere eksempelvis om sygdommen, og børn og forældre kan stille spørgsmål og tale sammen om, hvad sygdommen betyder for familien.

Undersøgelsen viser, at det kan være vanskeligt at gennemføre disse samtaler med patienter og brugere, fordi disse ofte både har det svært med sygdommen og føler sig som dårlige forældre. Nogle forældre har også en, ofte reel, angst for få deres børn anbragt uden for hjemmet. At gennemføre familiesamtaler kræver, at medarbejderne er klædt på til det.

### **Tværfagligt samarbejde**

Hjælp og støtte til børn forudsætter indsatser både fra medarbejdere i psykiatrien og i de kommunale forvaltninger. Også institutioner og skoler bør inddrages med henblik på hjælp og støtte til børn. For at sikre at samarbejdet fungerer, må der tilrettelægges rutiner for samarbejde og koordination af indsatserne.

Kun ganske få steder har fast aftalte møder med kommunale forvaltninger, men de fleste voksenpsykiatriske afdelinger, distriktspsykiatriske enheder og socialpsy-

kiatriske tilbud samarbejder med kommunen (ud over i forbindelse med underretninger). Et sådant samarbejde indbefatter for eksempel møder, hvor man fordeler opgaver og drøfter børnenes behov, eventuel anbringelse uden for hjemmet eller muligheder for samkvem.

Kun få afdelinger, enheder og tilbud samarbejder med børnenes daginstitutioner eller skoler. Lidt hyppigere samarbejdes med døgninstitutioner eller med børns plejefamilier.

### **Efteruddannelse til medarbejdere**

Undersøgelsen viser, at de fleste voksenpsykiatriske afdelinger, distriktskykiatriske enheder og socialpsykiatriske tilbud forsøger at støtte både børn og forældre. Når støtten ikke ydes, begrundes det med, at medarbejderne mangler viden og træning på området. Det er derfor helt nødvendigt, at der fortsat tilrettelægges temadage og konferencer.

Blandt efterlyste undervisningstemaer kan nævnes:

- Generel viden om børn, hvis forældre har psykiske lidelser
- Støtte til brugeres/patienters forældrerolle
- Metoder vedrørende samtaler med børn
- Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med kommunale forvaltninger og børns institutioner og skoler
- Retningslinjer i forhold til underretnings- og tavshedspligt.

Undersøgelsen slår fast, at den hidtidige vidensformidling ikke er nået ud til alle medarbejdere i behandlingspsykiatrien, og at der fortsat er brug for inspiration til implementering af den foreliggende viden. Flere steder i landet foregår imidlertid uddannelse af nøglepersoner. Uddannelsen omfatter kurser af 2-12 dages varighed og gennemføres både i behandlings- og i socialpsykiatrien.

### **Undersøgelsens anbefalinger**

Med udgangspunkt i undersøgelsens resultater anbefaler Socialt Udviklingscenter SUS i undersøgelsesrapporten, at følgende initiativer iværksættes:

- Der bør arbejdes hen imod en øget opmærksomhed på børn med forældre, der har psykisk lidelse
- I en helhedsorienteret indsats fra voksenpsykiatrien bør der inddrages tilbud om støtte til børnene og deres forældre, herunder:

- tilbud om samtaler med børn og deres forældre, så tavsheden i familien brydes
- henvisning til eller etablering af samtalegrupper til børn, så de kan få mulighed for at bearbejde deres oplevelser af uforudsigelighed og angst og tilegne sig handlemuligheder i eventuelt kommende situationer
- adgang til legemiljøer og legetøj i de voksenpsykiatriske afdelinger/tilbud og distriktskykiatriske enheder
- tilbud til forældre om støttende samtaler, så de får mulighed for at bearbejde deres bekymringer om børnene og om deres egen forældrerolle og kan forberede og efterbearbejde situationer, hvor det kan være eller har været nødvendigt at anbringe børnene uden for hjemmet

- Der bør etableres samarbejdsrelationer mellem voksenpsykiatriske afdelinger, distriktskykiatriske enheder og socialpsykiatriske tilbud og relevante forvaltninger i kommunerne, så der kan gives en kontinuerlig og sammenhængende støtte til børn med forældre, der har psykisk lidelse
- Der bør tilrettelægges uddannelses tilbud til medarbejdere ved voksenpsykiatrien og i relevante forvaltninger og almene tilbud i kommunerne, så medarbejdere blandt andet trænes i samtaler med børn og forældre
- Der bør gennemføres en fortsat formidlingsindsats for at fremme udbredelse og implementering af gode eksempler på, hvordan man kan tilrettelægge indsatser, så yderligere problemer hos børn og forældre forebygges.

## **Udviklingen i de kommunale forvaltningers indsats**

Den økonomiske støtte fra ministerier og fonde til udviklingsarbejde og konkrete tilbud til børn og unge har fundet sted i et varieret omfang gennem de seneste ca. 10 år. Sideløbende med iværksættelsen af en række ministerie- og fondsstøttede aktiviteter har et stigende antal kommuners og amters socialforvaltninger i årenes løb bevilget penge til etablering af støttetilbud, gennemførelse af kvalificering og uddannelse af medarbejdere, udvikling af samarbejdsrutiner mv.

De mange aktiviteter har været et klart udtryk for, at der inden for socialektorens forskellige arbejdsfelter

har været og er et stort behov for viden om området. Interessen har også afspejlet, at der har været og er en stor grad af parathed til at udvikle arbejdet for børn med forældre, der har psykisk lidelse.

### **Specifikke tilbud**

En lang række kommuner har iværksat særlige støtte-tilbud. Det mest udbredte tilbud er såkaldte børnegrupper. Her mødes jævnaldrende børn eksempelvis 3 timer hver 14. dag gennem cirka et halvt år for at få viden om psykiske sygdomme, udveksle erfaringer med andre i lignende situationer, få praktisk og personlig støtte og få bearbejdet den skyldfølelse, som mange af dem har. Flere børne- og ungegrupper kombinerer samtaler og samvær med oplevelsesorienterede aktiviteter som biograf- og teaterforening, leg, svømning mv.

I andre kommuner er der etableret grupper for gravide eller spædbørnsmødre.

### **Almene tilbud**

Mange kommuner har, ud over at oprette specifikke tilbud, også satset på at kvalificere medarbejdere i kommunens almene tilbud til at tage hånd om børn med forældre, der har psykisk lidelse. Almene tilbud er f.eks. sundhedsplejeordninger, vuggestuer, børnehaver, dagplejer, skoler, sfo'er, pædagogisk-psykologisk rådgivning, ungdomsrådgivninger o.l.

Nogle kommuner arrangerer gå hjem-møder eller konferencer, hvor temaet sættes på dagsordenen, nogle uddanner et korps af medarbejdere til at være særlige ressourcepersoner, andre tilbyder medarbejdere i f.eks. børnehaver en fast supervisionsordning, når de arbejder med børn, der har forældre med psykisk lidelse, etablerer gruppe af særlige videnspersoner, som underviser kolleger i andre institutioner og forvaltninger, udvikler kommunal politik på området, undersøger behov, udgiver pjecer og andre publikationer osv.

## **Udviklingen inden for de frivillige organisationer**

Ud over medarbejdere i psykiatrien og i kommunernes socialforvaltninger har flere af landets pårørende- og brugerorganisationer engageret sig i udviklingen af

støtte- og behandlingstilbud til børn, unge og deres forældre. Ikke mindst SIND's Pårørenderådgivning i Århus har i denne sammenhæng udført et stort og værdifuldt udviklingsarbejde ([www.sind.dk/om\\_raadgivning](http://www.sind.dk/om_raadgivning)). Med erfaringer fra lukkede og åbne pårørendegrupper og henvendelser fra unge, som ønskede støtte i en opvækst med forældre, der havde psykisk lidelse, etablerede man fra midten af 1990'erne såkaldte ungdomsgrupper. Senere udvidede man tilbuddet med grupper for børn og med korte individuelle terapiforløb for børn og andre. Sideløbende med det konkrete støttearbejde har SIND's Pårørenderådgivning været en væsentlig bidragsyder ved kurser, konferencer og andre formidlingsaktiviteter. Pårønderådgivningen har blandt andet udgivet publikationer til børn og lærere, idé-katalog til ledere af børnegrupper samt evaluerings- og undersøgelsesrapporter vedrørende gruppeforløb mv. ([www.sind.dk/download\\_materiale](http://www.sind.dk/download_materiale)).

Også PsykiatriFonden ([www.psykiatrifonden.dk](http://www.psykiatrifonden.dk)) har gennem de seneste år sat fokus på børn med forældre, der har psykiske lidelser. Det er sket gennem en landsdækkende informationsindsats. Projektet har haft til formål at informere, samle og benytte den eksisterende viden og erfaringer på området. En central del af PsykiatriFondens indsats har været informationsbussen – et rullende klasseværelse, et minibibliotek og udstillingssted, som har kørt rundt i landet til folkeskoler, efterskoler, gymnasier og andre ungdomsuddannelser.

Fonden har endvidere oprettet en hjemmeside for unge ([www.tabu.dk](http://www.tabu.dk)) samt udgivet flere publikationer om temaet til såvel professionelle som børn og unge.

Socialt Udviklingscenter SUS ([www.sus.dk](http://www.sus.dk)) er en anden væsentlig medspiller i udviklingen inden for området i Danmark. SUS har blandt andet udgivet en lang række publikationer om temaet (til professionelle, børn, unge og forældre), produceret film, afholdt konferencer og uddannelsesforløb, gennemført udviklingsprojekter i kommuner, foretaget undersøgelser inden for feltet og etableret hjemmesiden [www.barn-i-fokus.dk](http://www.barn-i-fokus.dk). Endelig har SUS siden 1994 etableret et netværk for medarbejdere i psykiatrien, organisationer samt kommunale forvaltninger. Gennem to årlige samlinger og et løbende samarbejde har medarbejdere udvekslet erfaringer, drøftet fælles problemstillinger og i fællesskab udviklet og kvalificeret nye tiltag for målgruppen.



## En fælles indsats med mange aktører

Ud over at forældre har det primære ansvar for deres børns opvækst, har kommunernes socialforvaltning pligt til at yde råd og vejledning om mulighederne for støtte og hjælp til familier. Kommunen har også pligt til at varetage børns tarv i almindelighed og sørge for, at de lever under tilfredsstillende forhold. I særligt alvorlige tilfælde kan kommunen - med eller mod forældrenes vilje - beslutte, at et barn skal have særlig støtte eller anbringes uden for hjemmet.

Skal kommunernes socialforvaltninger kunne leve op til deres forpligtigelser, er det af afgørende betydning, at de som minimum modtager oplysninger, når et barn eller en familie ikke trives og har brug for en særlig opmærksomhed eller støtte.

Da behandlingen af mennesker med psykisk lidelse fortrinsvis foregår i regionalt regi, og hjælpen til børn oftest gives via kommunerne, er det nødvendigt, at de to parter arbejder sammen og koordinerer deres indsats for børn og forældre.

Også dette område har gennem de seneste år været et prioriteret felt i en række kommuners og amters indsats. Konkret har det givet sig udslag i udvikling af fælles retningslinjer for, hvordan samarbejdet skal foregå, hvem der har ansvaret for hvad, og hvem der skal koordinere indsatsen.

Nogle steder er der etableret tværsektorielle team eller samarbejds møder, hvor forskellige faggrupper og sektorer kan drøfte generelle eller konkrete problemstillinger i eller omkring familier.

Andre steder er der taget initiativ til fælles uddannelsesforløb, temamøder og konferencer for medarbejdere i socialforvaltninger, daginstitutioner, skoler samt social- og behandlingspsykiatrien. Erfaringen herfra er blandt andet, at sådanne aktiviteter og arrangementer, ud over at kvalificere medarbejderne, også kan være med til at styrke og effektivisere samarbejdet mellem forskellige faggrupper og sektorer.

Samarbejde på tværs af fag og sektorer kan være vanskeligt. Imidlertid er en af de væsentligste erfaringer fra de seneste års udviklingsarbejde, at samarbejdet er en nødvendighed, hvis børn og familier med psykisk sygdom skal hjælpes. Og nok så vigtigt har undersø-

gelser og udviklingsarbejdet vist, at et målrettet samarbejde med en klar rolle- og ansvarsfordeling er muligt og berigende for alle involverede.

Servicestyrelsen har i efteråret 2006 iværksat projekt Bedre tværfaglig indsats ([www.tvaerfaglig-indsats.dk](http://www.tvaerfaglig-indsats.dk)). Målet er at opstille en samarbejdsmodel for det fremtidige arbejde med børn og unge, som har forældre med psykisk sygdom og/eller misbrug. Målet skal nås via en kortlægning af viden og erfaringer fra det hidtidige tværsektorielle og tværfaglige samarbejde samt gennem konkret udviklingsarbejde i fire kommuner og én region. Projektet afsluttes medio 2008.

”Børne-familiesagkyndige til støtte for børn i familier med alkoholproblemer” er et nationalt projekt, som Sundhedsstyrelsen koordinerer. Formålet er at sikre, at børn og deres forældre i familier med alkoholproblemer bliver set, får afdækket deres behov for støtte eller behandling, og at de modtager den nødvendige indsats. Indsatsen omfatter bl.a., at der bliver talt med forældrene om deres behov for hjælp til at løse alkoholproblemet, at der bliver ydet daglig støtte til børnene i den pædagogiske sektor, at hele familien inddrages i den voksnes alkoholbehandling, og at der samarbejdes med den sociale sektor ved behov.

På hjemmesiden [www.naarmoreellerfardrikker.dk](http://www.naarmoreellerfardrikker.dk) findes oversigten over landets børne-familiesagkyndige, som er ansat i de kommunale og regionale alkoholbehandlingsinstitutioner. De børne-familiesagkyndige kan kontaktes for rådgivning i forbindelse med hjælp til både forældre og børn i familier med alkoholproblemer.

## Internationale erfaringer

Ikke kun Danmark har gennem de seneste 10-15 år sat fokus på børn med forældre, der har psykiske lidelser. Det er også sket i en lang række andre vestlige lande. De konkrete aktiviteter i de forskellige lande varierer i form, indhold og omfang. Grundlæggende tilbydes dog de samme former for støtte til børn, forældre og professionelle. Det gælder eksempelvis grupper for børn, grupper for forældre, familiesamtaler og uddannelse af medarbejdere i behandlingspsykiatrien og i den sociale sektor. Her følger nogle få eksempler på, hvordan temaet er sat på dagsordenen uden for Danmark:

I USA har professor i børnepsykiatri William Beardslee, som et resultat af sin forskning vedrørende psykiske

problemer hos børn af forældre med psykiske lidelser, udviklet familieprogrammet “Hope, meaning and continuity; a program for helping families when parents face depression”.

Formålet med det forebyggende interventionsprogram er at skabe åbenhed i familien om forældrenes lidelse og at hjælpe forældrene i at støtte deres børn. Programmet tager udgangspunkt i, at det i familier med psykisk sygdom er nødvendigt, at de enkelte familiemedlemmer bliver bevidst om, hvad der er vanskeligt og problematisk for dem selv og for familien.

Interventionen består af 6-8 sessioner samt et eller flere opfølgingsmøder efter 6 måneder. Nogle af møderne er med familiemedlemmerne individuelt, andre med den samlede familie.

Metoden er blevet systematisk afprøvet og evalueret siden 80'erne. De gode evalueringresultater har betydet, at 'Beardslee-modellen' blandt andet er implementeret i Holland og Finland. For en nærmere beskrivelse af metoden henvises til *Out of the Darkened Room: When a Parent is Depressed: Protecting the Children and Strengthening the Family* (Beardslee, 2002).

I *Sverige* har en række psykiatriske afdelinger udviklet og indarbejdet nye procedurer for behandling af forældre og deres børn. Tilsvarende har kommuners socialforvaltninger intensiveret deres arbejde for og med forældre der har psykisk lidelse. I Malmø er der eksempelvis etableret en samarbejdsgruppe – ALMA – bestående af medarbejdere fra blandt andet børne- og voksenpsykiatrien, jordemødre, sundhedsplejen, socialforvaltningen og almene børnetilbud, så som børnehaver. ALMA tilrettelægger og udbyder uddannelsesforløb og studiedage for kolleger inden for forskellige sektorer. Der er etableret konsultationsteam i de enkelte bydele, hvor medarbejdere kan få råd og vejledning om, hvordan man bedst kan støtte vordende eller nuværende forældre med psykisk sygdom - og deres børn. Der er oprettet en telefonlinje for forældre, og på initiativ af brugerne er der etableret en mødregruppe med fokus på børn og forældreskab. Medlemmer af gruppen mødes 10 gange og ledes af to medarbejdere fra henholdsvis voksen- og børnepsykiatrien. Det seneste initiativ er et projekt i voksenpsykiatrien, som har til formål at tage hånd om børn med forældre, der har forsøgt selvmord. Blandt projektets aktiviteter er uddannelse og vejledning. Se [www.malmo.se/alma](http://www.malmo.se/alma) for yderligere oplysninger om aktiviteterne i Malmø.

I *Finland* anvender The National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES) programmet “The Effective Family”, som har til formål at udvikle og implementere metoder i social- og sundhedssektoren (<http://info.stakes.fi/toimivaperhe/EN>). Målet er at støtte familier og børn samt at forebygge fejludviklinger hos børn og unge, når en forælder har en psykisk eller en alvorlig somatisk lidelse. En yderligere målsætning er at skabe samarbejde mellem sektorer for voksne og for børn. “The Effective Family” er et forsknings-, udviklings- og implementeringsprogram, som omfatter hele Finland.

Ud over at STAKES arbejder på at implementere “Beardslee-modellen”, har man udviklet “The Let's talk about children intervention”. Interventionens formål er, via 1-2 møder med den ene eller begge forældre, at støtte dem i deres opdragelse af og samvær med børn - til gavn for såvel forældre som børn. Hvis det skønnes relevant, kan interventionen suppleres med et familienetværksmøde, hvor andre familiemedlemmer og professionelle inviteres til at deltage.

En tredje interventionsmodel kaldes “The Vertti intervention”. Her er der tale om et psykoedukationsforløb over 10 sessioner, hvor børn og forældre mødes hver for sig til parallelle gruppeforløb. I modellen indgår også erfaringsudvekslinger, samvær og drøftelser på tværs af forældre- og børnegrupperne.

Også i *Norge* er der stor opmærksomhed på børn med forældre, der har psykiske lidelser. Her har ikke mindst organisationen Voksne for Barn været drivkraft. Voksne for Barn er en medlemsorganisation, som arbejder for børn og unges psykiske sundhed ([www.vfb.no](http://www.vfb.no)).

Med en bevilling fra Social- og Helsedepartementet har organisationen blandt andet siden 1998 gennemført et landsdækkende kompetenceudviklingsprogram. Programmet har primært fokuseret på at formidle viden om børnenes og forældrenes situation samt på tværfagligt samarbejde i kommunerne og mellem social- og sundhedsvæsenet. Inspireret af programmet er en række støttetiltag nu oprettet landet over. Psykiatriske afdelinger har indført familiesamtaler, der er oprettet grupper for børn, der er udviklet samarbejdsrutiner mellem relevante aktører mv. For yderligere at stimulere udviklingen gennemfører Voksne for Barn nu en række kurser for personer, som ønsker at oprette og drive grupper for børn eller gennemføre familiesamtaler.

I *Nederlandene* er etableret et nationalt forebyggelsesprogram, som har til formål at reducere risikoen for udvikling af psykiske og sociale problemer hos børn og unge med forældre, der har psykiske lidelser. Aktiviteterne i programmet tager deres afsæt i de såkaldte forebyggelsesteam, som er etableret i hver af de 55 "Community Mental Health Centres" spredt ud over hele landet. Kombination af den nationale strategi og de lokale centre har betydet, at *Nederlandene* har et særdeles stort og veludviklet net af forskelligartede tilbud om støtte og behandling til såvel børn og unge som forældre. Tilbuddene omfatter blandt andet morbarn grupper for nybagte mødre, grupper for børn og unge, aflastningstilbud, støttepersonordninger, undervisningstilbud mv.

For at kvalificere og inspirere aktiviteterne i de enkelte lande er gennem de seneste år etableret et *nordisk netværk* for professionelle medarbejdere i psykiatrien, ved kommuners socialforvaltninger og i bruger- og pårørendeorganisationer. Ud over de nordiske lande, deltager repræsentanter for USA og *Nederlandene* i det årlige forum for inspiration og udvikling. Det er Socialt Udviklingscenter SUS, som er koordinator for den danske del af netværket.



# God praksis for psykiatrisk behandling i et forældre- og børneperspektiv

## Psykisk sygdom påvirker hele familien

Når en person har en psykisk lidelse, er hele familien påvirket af sygdommen og dens virkninger. Børn er særligt udsatte, fordi deres udvikling er afhængig af relationen til forældrene. Forældrenes evne til at varetage omsorg og opdragelse af børnene påvirkes mere eller mindre i forbindelse med psykisk sygdom, afhængigt af sygdommens karakter og varighed samt af omstændighederne i øvrigt.

Børn er også pårørende og ofte tavse vidner til forældrenes vanskeligheder. De forsøger så godt som muligt at hjælpe den psykisk syge forælder, bekymrer sig for ham/hende og går med mange tanker, som de sjældent kan dele med andre. De får sjældent hjælp til at forstå, hvad der sker med den syge og med resten af familien.

Forældre bekymrer sig også for deres børn og for, hvordan børnene påvirkes af sygdommen. De kan være bekymrede for, om de er gode nok forældre, og for de sociale myndigheders eventuelle indgriben. De kan derfor ofte være tilbageholdende med at tale med det psykiatriske personale om deres bekymringer for børnene, medmindre personalet tager initiativ til at bringe emnet på bane på en indfølelse og respektfuld måde.

Psykiske lidelser er stadig meget tabubelagte, hvorfor mange forældre ofte vil søge at skjule deres bekymringer for eller vanskeligheder hos børnene. Børnenes øvrige pårørende holder sig måske tilbage for at tale med dem om den psykiske sygdom, i den tro at de skåner dem, eller fordi de vil skåne forælderen. Omgivelserne og børnenes netværk har sjældent kendskab til situationen i familien. Sagsbehandleren i kommunens børne-familieafdeling er kun orienteret, hvis hun får en underretning udefra eller kender familien i forvejen. Undersøgelser viser, at kun mellem 35 og 25 % (Glistrup, 2006; Nordenhof, 2005) af disse familier i forvejen har kontakt til børne-familieafsnittet i kommunen.

## Psykiatriens opgave i forhold til børn af forældre med psykisk sygdom

De ansatte i voksenpsykiatrien har en vigtig opgave i forhold til at medtænke børnene i den psykiatriske behandling af forældre med psykisk sygdom. Voksenpsykiatrien er i forvejen i gang med at udvikle en god praksis med at inddrage patientens voksne pårørende i samarbejdet. Nu er næste skridt at inddrage børnene som pårørende.

Med disse synspunkter som udgangspunkt er psykiatriens opgaver:

- Respektfuldt samarbejde med og støtte til patienter, som er forældre, herunder opmærksomhed på at inddrage den anden forælder
- Registrering af børn i patientens journal, når en forælder starter i psykiatrisk behandling
- Vurdering af børnenes omsorgssituation
- Støttende familiesamtaler med børnenes perspektiv
- Kortlægning af ressourcer i socialt netværk specielt med henblik på at varetage børnenes tarv
- Vurdering af støttebehov
- Oprettelse af børnegrupper
- Etablering af børnevenlige besøgs muligheder
- Tidlig indsats over for gravide og spædbarnsforældre med psykisk lidelse
- Tidlig indsats ved psykosocial fejludvikling i barnealderen
- Inddragelse/underretning af de sociale myndigheder/kommunen.

## Respektfuldt samarbejde med forældrene

Erfaringer viser, at forældre med en psykisk lidelse føler lettelse ved at få lejlighed til at tale om deres børn, så de ikke skal være alene med deres bekymringer. De føler en lettelse ved at få hjælp til at forholde sig til børnene og tale med dem om den psykiske lidelse. Støtten kan gives gennem individuelle samtaler med patienten, ved samtaler med begge forældre eller ved gruppesamtaler sammen med andre forældre, der er i psykiatrisk behandling.

Den afgørende forudsætning er, at personalet taler med patienten om børnene i en respektfuld og anerkendende tone og med udgangspunkt i, at forældre ønsker at gøre det bedst mulige for deres børn, men kan være i situationer, hvor det er svært at støtte børnene, eller de kan mangle viden om, hvordan de bedst muligt støtter børnene.

Samtidig må personalet være opmærksom på, at der kan være situationer, hvor forældre ikke selv kan vurdere, hvad der er bedst for børnene, og hvor hensynet til barnets tarv må prioriteres højest.

Målet er at udvikle en behandlingskultur, der på alle niveauer medtænker patientens børn og den anden forælder. Forudsætningen for at en sådan kultur kan udvikles, er at personalet får viden og supervision på området. De må opleve, at det bidrager til et godt behandlingsresultat at tale med patienten om børnene og deltage i familiesamtaler sammen med børnene.

Retningslinjer og procedurer skal sikre, at indsatsen bliver en systematisk og naturlig del af behandlingsarbejdet.

Når en psykiatrisk patient modtages første gang, er det personalets ansvar at spørge forældrene om eventuelle børn uden at kompromittere patient/behandler-relationen.

Oplysningerne skal anvendes til at overveje, hvilken støtte børnene måtte have behov for, samt hvilke muligheder voksenpsykiatrien og evt. børne- og ungdomspsykiatrien har for selv at yde hjælpen, eller om der skal ske underretning til socialforvaltningen. Registreringen af svarene i oplysningsskemaer, journaloptegnelser, kardex etc. følger den voksne patient som dokumentation for ydelsen.

## Registrering

Registrering uden efterfølgende handling ændrer intet. Det afgørende er, hvordan de ansatte i voksenpsykiatrien handler ud fra den erhvervede viden om familien, hvilket ansvar og hvilke muligheder de har. Der er flere formål med at registrere oplysninger om patienternes børn.

Registreringsproceduren sikrer, at alle der deltager i patientens behandling ved, om patienten har børn, og den sikrer systematisk registrering af forhold omkring børnene. Den kan dermed være med til at kvalitetssikre rutinen med at spørge ind til patientens børn, og den giver patienten mulighed for at dele eventuelle bekymringer for børnene med personalet. Endelig er den med til at kortlægge, om børnene har problemer, samt hvorvidt og i hvilken grad der er behov for intervention over for børnene.

Ved enhver kontakt i voksenpsykiatrien er det vigtigt, at der hurtigt bliver skabt et overblik over den familiemæssige situation:

- Hvem er der i husstanden/familien? Hvor bor børnene?
- Hvem har forældremyndigheden over børnene?
- Hvilke familiemedlemmer eller venner er der som støtte til familien/børnene?
- Har familien en kontakt til det sociale system eller andre behandlingssystemer – hvilken støtte/hjælp får de?
- Hvordan klares hverdagen?
- Er en akut indsats nødvendig?

### Registreringsredskaber

Et oplysningsskema er ét af flere redskaber i arbejdet med patienternes børn som pårørende. Følgende redskaber anbefales: et skema med basisoplysninger om børnene (se eksempel i bilag 1) suppleret med en dialogguide til personalet med uddybende spørgsmål om børnene og forældrenes håndtering af forældreopgaverne (se eksempel i bilag 2). En guide kan også bruges i forberedende samtaler med forældrene før familiesamtalen (se afsnittet om samtale med forældrene før familiesamtalen i det følgende).

Oplysninger om børnene, ud over de nævnte, optages som journalnotater. Det anbefales, at oplysningsskemaet bliver elektronisk ved indførelsen af elektronisk patientjournal, og at skemaet til familieoplysninger automatisk popper op ved journalskrivningen.

## REGISTRERINGSPRAKSIS

### Hvem udfyldes skemaet for?

Skemaet skal udfyldes for alle patienter med børn.

### Hvor er skemaet?

Det foreslås, at skemaet ligger forrest i patientens journal.

### Hvornår udfyldes skemaet?

Skemaet udfyldes ved start af ambulante behandlingsforløb og altid i forbindelse med indlæggelse, idet der kan være behov for akut handling i forhold til børnenes omsorgssituation.

Ved visitations- eller indlæggelsessamtalen har det personale, der modtager patienten, ansvar for at udfylde relevante dele af skemaet. Resten af skemaet bør udfyldes senest i løbet af behandlingsforløbet, hvor der spørges uddybende til forhold omkring børnene.

Der kan være behov for at revurdere indholdet i skemaet i følgende tilfælde:

- Ved ambulante behandling over længere tid
- Ved genindlæggelse
- Ved genhenvisning
- Ved ændring i patientens eller børnenes situation.

### Hvem udfylder og følger op på skemaet?

På hvert afsnit udpeges en eller flere personer (nøglepersoner, tovholdere, børnepersoner) med ansvar for, at der bliver talt med alle patienter om deres børn, og at der bliver tilbudt familiesamtale med børnene som pårørende.

De udpegede personer har ansvar for:

- At skemaet udfyldes (af dem selv eller kontaktpersonen), og at der tales uddybende om børnene med patienten og så vidt muligt med den anden forælder samt evt. andre pårørende
- At børnenes situation drøftes samlet i personalegruppen, når skemaet er udfyldt og børnenes situation er afdækket, og at der tages stilling til, hvordan der skal handles i forhold til patientens børn, og hvem der har ansvar herfor
- At patienten og så vidt muligt den anden forælder tilbydes familiesamtale med børnene som deltagere.

Skemaet udfyldes i samarbejde med patienten og så vidt muligt den anden forælder og/eller andre pårørende til barnet. Ved akut indlæggelse kan der være tilfælde, hvor patienten ikke er i stand til at svare på spørgsmål om børnene. I disse tilfælde tales der med den anden forælder eller andre pårørende.

## Vurdering af børnenes omsorgssituation

De ansatte i voksenpsykiatrien har en vigtig opgave i at vurdere børnenes omsorgssituation, specielt om der er taget vare på børnene under forældrens behandlingsforløb, men også om børnene er blevet informeret om forældrens sygdom og behandling. Personalet skal desuden være opmærksom på, om børnene i deres videre udvikling er sikret tilstrækkelig omsorg og støtte, eller om det er relevant at henvise til kommunal eller anden professionel instans.

Alle børn til ambulante og indlagte patienter bør tilbydes samtaler for at få indblik i børnenes vilkår og mulighed for at mestre situationen. Behandlerne i voksenpsykiatrien får herigennem det bedste grundlag til at formidle kontakt til socialforvaltningen, hvis der er behov for særlig støtte, eller til børne- og ungdomspsykiatrien ved mistanke om særlige psykiske vanskeligheder hos børnene.

## Familiesamtalen med fokus på børnenes perspektiv

En familiesamtale er en samtale med børnene sammen med begge forældre eller med den syge forælder og/eller en anden voksen person, som børnene har tillid til. Det aktuelle fokus er børnene som pårørende.

Det overordnede mål med familiesamtalen er at medvirke til at skabe mening, sammenhæng og håb for børnene. Meningen med familiesamtalen er at søge at skabe et rum for dialog mellem forældre og børn, at støtte forældrene i at informere børnene på en for alderen passende måde om sygdom og behandling samt i at tale med børnene om, hvordan deres udvikling og trivsel bedst muligt kan sikres på trods af forældrens psykiske lidelse. Det er ønskeligt, at børnene får lejlighed til at stille spørgsmål og fortælle, hvordan de oplever tingene derhjemme. Samtidig er det vigtigt, at børnene ikke føler sig presset til at svare på spørgsmål. Det er vigtigt at finde den rette balance mellem infor-

mation og spørgsmål, og det kræver stor indføling i forhold til børn at skabe de bedst mulige rammer for samtalen. For de fleste forældre med en psykisk lidelse er det svært at tale med børnene om sygdommen og om, hvordan børnene påvirkes af situationen. Desuden forstår mange børn at skjule netop de følelsesmæssige belastninger og mærker dem måske kun svagt, mens de står på. En del børn vil – afhængigt af alder og modenhed – være meget stille under samtalen, men de vil alligevel få stort udbytte af at deltage, selv om de ikke umiddelbart giver udtryk for det.

### **Samtale med forældrene før familiesamtalen**

I familiesamtalen er det vigtigt at være opmærksom på, at også forældrene kan føle det vanskeligt at deltage i samtalen. De vil måske føle skam eller utryghed over ikke at kunne mestre deres forælderrolle så godt, som de kunne ønske. Forældrene kan sidde med stor frygt for, om nye oplysninger kan føre til, at børnene fjernes fra hjemmet, hvis familiesamtalen åbenbarer et behov for støtte. Det har derfor afgørende betydning, at formålet med og indholdet af familiesamtalen er præciseret og drøftet med forældrene inden samtalen, og at der er sikret accept af, hvad der skal tales om og siges til børnene.

Bor barnet sammen med begge forældre, skal den anden forælder inddrages i en samtale med den forælder, der er patient, før børnene tilbydes et samtaleforløb. Den anden forælder har ofte været igennem mange svære situationer, både personligt og som forælder, og kan derfor være presset og usikker i komplicerede situationer. Det er derfor af stor betydning at få gjort tilbuddet ligetil og naturligt ved at gøre opmærksom på, at det er et tilbud til alle forældre i psykiatrisk behandling. Når personalet informerer om tilbuddet, kan det være understøttende samtidig at udlevere informationsmateriale, f.eks. en pjece.

Selv om forældrene ikke bor sammen, bør den anden forælder inviteres med i samarbejdet, hvis det er foreneligt med børnenes tarv og den syge forælders aktuelle tilstand og ønsker.

Forældrenes ønske er at beskytte deres børn mod overlast, og de har ofte en forestilling om, at børn ikke lægger mærke til en forælders sygdom. Forældrene kan derfor føle det rigtigst at holde børnene væk fra konfrontation med behandlere i psykiatrien. Der kan også være forskellige opfattelser af, i hvilken grad børn bør inddrages, og hvor meget de skal informeres om.

Det er indtrykket, at de familier, der har mest behov for støtte til at tale med børnene, er mest tilbageholdende med at sige ja til tilbuddet, så der ligger en stor opgave i at motivere forældrene og gøre dem trygge ved, hvad der vil ske.

Her er den forudgående forældresamtale – før familiesamtalen, hvor børnene deltager – afgørende. Formålet med denne samtale er om muligt at komme i dialog med begge forældre om, hvordan de håndterer forældreskabet, og hvordan børnene reagerer på forældrens psykiske sygdom og vanskeligheder. Samtalen kan både give behandlerne nyttig information om børnene og om familiens samlede situation, men den kan også medvirke til, at forældrene selv – i fællesskab – bliver bevidste om deres børns reaktionsmønstre og om, hvordan de bedst muligt kan hjælpe dem i den vanskelige situation.

Personalet kan også bruge den forudgående forældresamtale til at få indtryk af, hvilke ressourcer både børn og forældre har, således at de i familiesamtalen kan styrke de sider, familien allerede selv har aktiveret for at mestre vilkårene. I forældresamtalen kan de desuden få et indblik i, om forældrene evt. vil være interesseret i at få etableret kontakt med kommunens børne-familieafdeling med henblik på yderligere støtte, og om der er et sådant behov. Derudover kan samtalen sætte fokus på, hvilke uudnyttede ressourcer der evt. findes i familiens netværk.

### **Forældresamtalens gennemførelse**

Ved forældresamtalen – som oftest vil være en forsamtale til familiesamtalen med børnene – vil det være hensigtsmæssigt at tale om følgende:

- Baggrunden for tilbuddet om forældre- og familiesamtaler
- Patientforløbet i psykiatrien og diagnosen
- Den anden forælders ressourcer/problemer og evner til selv at takle sygdommen og beskytte børnene
- Familiens situation, historie, samvær, netværk, problemer og glæder
- Hvordan familien og netværket omkring familien taler om den psykiske lidelse
- Hvordan forældrene beskriver deres børn – både stærke og svage sider
- Eventuelle vanskeligheder og bekymringer for børnene
- Andre netværkspersoners opfattelse af børnene
- Forældrenes eventuelle bekymringer for børnene og for egen forælderrolle

- Særlige situationer børnene har oplevet i forbindelse med den psykiske lidelse
- Hvordan patienten selv forstår sin sygdom
- Hvordan forældrene tror, at børnene opfatter sygdommen
- Hvad forældrene synes, der skal siges og ikke siges til børnene
- Hvilken støtte børnene får og måske har yderligere behov for
- Underretningspligten.

Under samtalen bør der videregives generel viden om børns mestringsstrategier og støttebehov. Tilbuddet om familiesamtale bør drøftes, og det bør afklares, om det er relevant og hensigtsmæssigt. Der bør indgås aftale om, hvordan familiesamtalen vil forløbe, og det skal gøres klart, at det er børnenes perspektiv, der skal i fokus, se dialogguide bilag 2.

### **Familiesamtalens gennemførelse**

Under selve familiesamtalen er det vigtigt hele tiden at være opmærksom på alle familiemedlemmer, især børnene. Der må skabes tryghed på børnenes præmisser, og børnene skal gerne opleve, at forældrene synes, det er i orden at holde samtalen, og at børnene stiller spørgsmål. En mulighed for at tegne eller sidde med noget legetøj kan fremme trygheden under samtalen. Ved selve familiesamtalen er det vigtigt hurtigt at komme til emnet samt at tilpasse indholdet til børnenes alder.

Under samtalen er det vigtigt at:

- Fremme dialogen mellem børn og forældre om den psykiske lidelse
- Afklare, hvordan familien har det, og hvordan den klarer situationen
- Gøre det klart, at det ikke er nogens skyld, at forælderen er syg
- Gøre det klart, at børnene ikke kan gøre deres forældre hverken syg eller rask
- Fortælle om andre børns reaktioner i forhold til at vokse op med psykisk lidelse i hjemmet
- Afklare, hvem børnene kan tale med, når det er svært derhjemme
- Informere om forældrens diagnose og symptomer i et børnevenligt sprog, herunder evt. om
  - behandling og varighed
  - årsag og sygdomsudvikling

- hvem der hjælper forælderen med behandlingen
  - arvelighed
  - hvor børn kan få mere information
- Afklare, om der er behov for yderligere støtte, f.eks. fra socialforvaltningen.

### **Hvem har ansvar for familiesamtalen**

De ansatte, der har ansvaret for patientens behandling, beslutter, hvem der har det specifikke ansvar for at inddrage familien i et samarbejde. Ledelsen bør sikre, at der uddannes personale til at varetage særlige funktioner som nøglepersoner eller tovholdere med ansvar for, at der bliver afholdt familiesamtale på et passende tidspunkt. Antallet af familiesamtaler må afhænge af familiens situation, oftest vil der blive tale om 1-3 familiesamtaler.

Når familiesamtalen introduceres, bør man ikke spørge, om forældrene tror, at børnene har lyst til at komme til samtale. I stedet skal man fortælle, at personalet som en del af behandlingspolitikken ønsker at invitere hele familien til en samtale, hvor fokus er på børnenes oplevelser og deres eventuelle behov for støtte. I nogle situationer er der ingen grund til at spørge, om børnene har problemer, men derimod at fortælle, at erfaringer viser, at det virker beskyttende for børn at få tilpas information.

Patientens kontaktperson er ansvarlig for at følge op på familiesamtalen: Hvordan har det været for patienten? Har børnene reageret på samtalen? Er der brug for yderligere samtaler?

Familiesamtalen skal ses som en proces og ikke noget enkeltstående. Der skal følges op over tid.

### **Hvem kan afholde familiesamtaler**

Alle faggrupper inden for voksenpsykiatrien kan uddannes til at varetage en familiesamtale. De bør tilbydes en uddannelse, hvor der gives indblik i generelle problemstillinger for børn og familier med en eller flere voksne med psykisk lidelse, se nærmere herom i kapitel 5.

### **Hvem skal/kan deltage i familiesamtalen**

Som udgangspunkt deltager alle, det er relevant for. Patienten, den anden forælder, børnenes bedsteforældre eller en anden person, børnene har god kontakt til. Hvis børnene bor i plejefamilie eller på en børneinstitution, skal det aftales med sagsbehandler/plejehjemsforening, om det er hensigtsmæssigt at invitere dem med til en familiesamtale. Det kan være vigtigt, at der deltager en person i familiesamtalen, som børnene kan tale med efter samtalen, en person de føler sig tryk ved, og



som kan følge op på samtalen. Ligeledes bør patienten have sin kontaktperson/behandler med til samtalen, så der kan følges op på samtalen.

Overvej, hvordan børn under 4 år bedst kan deltage i en familiesamtale. Små børn kan først og fremmest have behov for at se og opleve stedet, hvor forælderen er indlagt. De har behov for at vide, hvem de kan tale med, når de er kede af det, og for at blive mødt med forståelse for, at de savner den indlagte forælder og ønsker far eller mor hjem igen.

### **Fysiske rammer for familiesamtalen**

Familiesamtalen bør foregå i et børnevenligt lokale, hvor der er legetøj, hvor pladsen tillader børnene at gå lidt omkring, og hvor man kan sidde uforstyrret. Det kan være hensigtsmæssigt, at der tilbydes forfriskninger til både børn og voksne.

## **Kortlægning af ressourcer i det sociale netværk**

I forældre- og familiesamtalerne skal der være fokus på familiens og børnenes sociale netværk:

- Er det sociale netværk informeret om situationen i familien?
- Er ressourcerne udnyttet bedst muligt?
- Er eller skal børne-familieafdelingen involveres?

Et tidligt samarbejde mellem børne-familieafdeling og voksenpsykiatri kan være med til at forebygge og afhjælpe problemer i hjemmet, mens en forælder er i ambulans behandling eller indlagt. Det er ofte personalet i voksenpsykiatrien, der først får kendskab til forholdene i familien, når en forælder indlægges. Det er derfor personalets ansvar at kontakte børne-familieafdelingen med henblik på at etablere et samarbejde om den støtte, familien har behov for, i de tilfælde hvor familiens primære netværk ikke selv kan klare opgaven og støtte børnene. I afsnittet om underretningspligten er det beskrevet, hvilke regler der gælder for at etablere dette samarbejde, og hvordan det gøres.

### **Det sociale netværkskort**

Under familiesamtalen kan familiens sociale netværk kortlægges ved at benytte et netværkskort (*ill. på modstående side*), hvor man visuelt noterer sig barnets omgivende netværk og muligheder for støtte.

Når man i familiesamtalen taler om det sociale netværk, kan det være en god ide at lave både et netværkskort, som relaterer sig til familien som helhed, og et netværkskort for hvert enkelt barn. På den måde kan man tage udgangspunkt i børnenes egen forståelse af deres personlige relationer til andre. Det kan være vigtigt i de situationer, hvor børnene har behov for støtte fra en person, som de har et tillidsfuldt forhold til. I netværkskortet placeres personer i nærheden af det enkelte barn, afhængigt af hvor tæt barnet oplever relationen til disse. I den inderste ring placeres således de mest betydningsfulde personer. Der kan også illustreres med pile, der viser, hvem barnet ønsker sig tættere på, og hvem barnet ønsker sig længere væk fra.

Netværkskortet kan hjælpe med at skabe overblik i forhold til helt konkrete behov, som f.eks. hvem der kan varetage daglige omsorgsbehov, og hvem der kan hjælpe med praktiske gøremål som at følge børnene til deres fritidsaktiviteter o.l. Det kan f.eks. bruges i forbindelse med, at børnene skal på besøg i det afsnit, hvor forælderen er indlagt, og har behov for at have en person med, som de oplever tryghed ved.

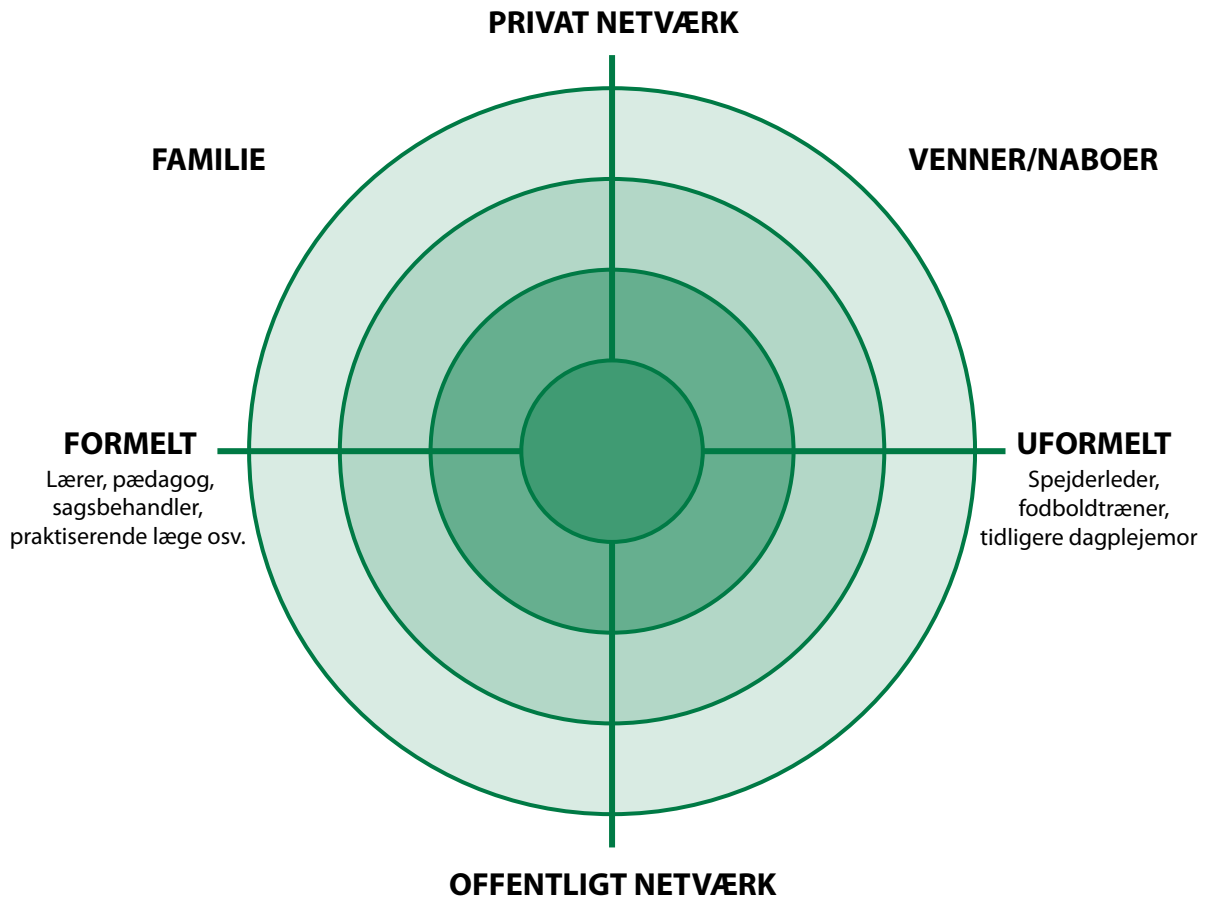
## **Vurdering af børnenes behov for støtte**

Alle børn har ikke de samme behov, når en eller begge forældre har en psykisk sygdom. Den psykiske sygdom er en risikofaktor i familien, men ikke den eneste faktor der afgør, om børn eller unge får en psykisk sygdom eller udviklingsforstyrrelse. De sociale forhold i og omkring familien spiller en stor rolle. Derfor skal børns og unges sociale situation udredes med henblik på en vurdering af behovet i hvert enkelt tilfælde. Ofte vil forældrene være de nærmeste til at kunne vurdere deres børns behov, men personalet i psykiatrien kan ikke forvente, at forældre med en psykisk sygdom altid selv kan gennemskue, hvad der er bedst for deres børn. Erfaringerne viser, at den psykiske lidelse kan forstyrre forældres dømmekraft, så de enten bliver overbæymrede eller underbæymrede.

Behovet kan vurderes med udgangspunkt i en model, der opdeler indsatsen ud fra børns forskellige behov.

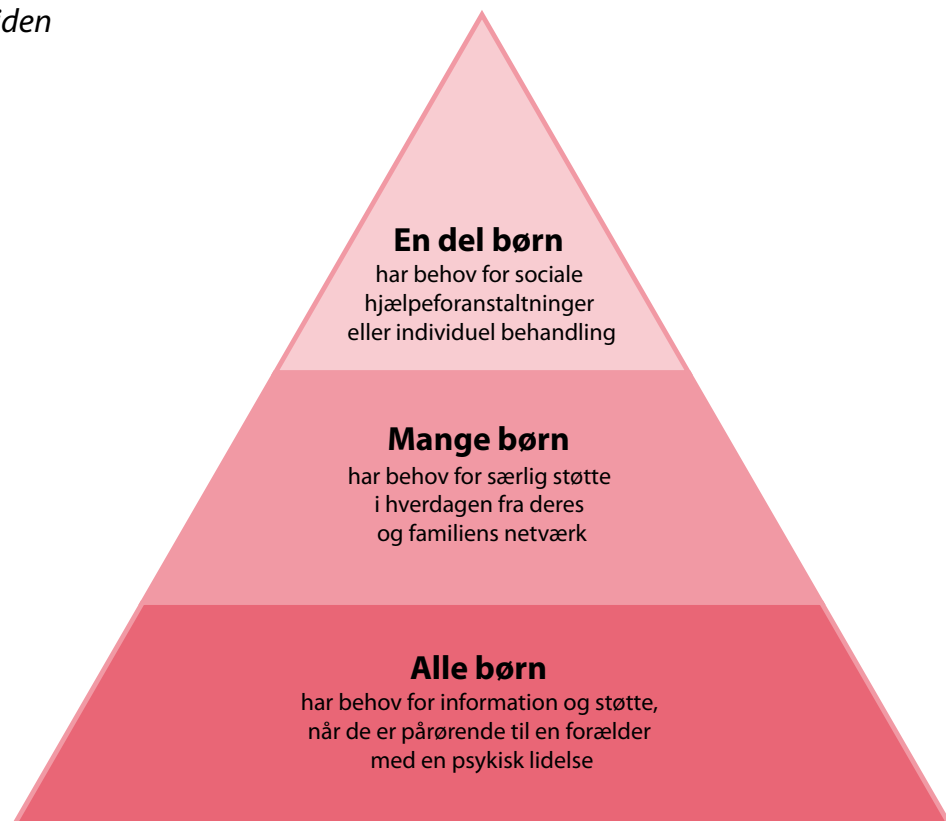
Modellen kan illustreres med Børnepiramiden (*ill. på modstående side*).

## Det sociale netværkshort



3

## Børnepyramiden



Alle børn af forældre med en psykisk sygdom vil have behov for samtaler på et aldersrelevant niveau og med fokus på deres særlige behov. Det bør ske i familiesamtaler, hvor forældrene eller den ene af forældrene er til stede under samtalen. Afholdelse af familiesamtaler er personalets ansvar. Der kan suppleres med samtaler alene med børnene, når der er særlige behov og ønsker i den pågældende familie. Hvis børnene har behov for yderligere støtte, må personalet tilbyde at medvirke til at formidle denne kontakt og information til det primære offentlige og private netværk. Personalet skal også være opmærksom på forældre med en psykisk sygdom, der ikke lever sammen med børnene i dagligdagen. Også her har børn og forældre behov for, at børnene sikres relevant information og støtte i forbindelse med forælderens sygdom.

Mange børn vil have behov for ekstra omsorg og støtte. Personalet i psykiatrien bør være medvirkende til at etablere en sådan støtte, evt. ved at deltage i netværksmøder og henvise til etablerede tilbud som støttende og psykoedukative børnegrupper.

En del børn vil have behov for en specialiseret indsats i form af børnepsykiatrisk eller psykologisk behandling eller sociale hjælpeforanstaltninger, fordi de er truede i deres udvikling eller har udviklet egne psykiske eller sociale vanskeligheder eller udviklingsforstyrrelser.

## Udskrivning

Et møde i forbindelse med forælderens udskrivning kan bidrage til at forebygge omsorgssvigt. Ved mødet bekræftes de aftaler om opfølgende behandling og støtte, der er indgået med patienten under indlæggelsen. Aftaler kan med fordel udformes som et skriftligt referat af mødet.

Det er en vigtig opgave at vejlede børn og forældre i, hvordan de kan reagere ved optræk til ny sygdomsperiode, da de ofte er de første til at mærke forandringerne.

## Børnegrupper

Det anbefales at etablere børnegrupper i psykiatrien som en del af psykiatriens tilbud til børn som pårørende. Rapporter om børnegrupper viser, at både børn og forældre har responderet positivt på tilbuddet. Der påvises en større åbenhed i familierne og en bedre gensidig forståelse mellem børn og forældre samt bedre forståelse for, hvad børn og forældre selv kan gøre,

og hvordan der kan hentes støtte udefra, når det er påkrævet. Det anbefales at være meget opmærksom på, om forældrene i tilstrækkelig grad føler sig inddraget og ikke føler, at de måske mister børnenes fortrolighed, ved at disse får deres eget rum uden for familien. Generelt tyder erfaringerne på, at et gruppetilbud kan være med til at forebygge, at børnene selv får psykiske problemer.

### Børnegruppens formål

Børnegruppernes formål er på sigt at forebygge, at børnene selv udvikler psykiske problemer. Børnene får – i dialog med voksne og andre børn – øget viden om psykisk sygdom i et sprog, de forstår. Tillige arbejdes der med at styrke de beskyttende faktorer for det enkelte barn, som opøver og styrker barnets mestringsstrategier. Der er en stor styrke i, at børnene oplever ikke at stå alene med deres oplevelser. Det modvirker den ensomhed, mange børn af forældre med en psykisk lidelse ellers oplever i andre kammeratskabsrelationer.

### Erfaringer med tilbud om grupper

De seneste år er der etableret tilbud om børnegrupper både i behandlings- og socialpsykiatrien, i kommunale forvaltninger samt inden for pårørendeforeningen SIND. Erfaringerne viser, at gruppernes opbygning og indhold er forholdsvis ensartet. Det synes lettest at rekruttere børn til børnegruppen, hvis der i forvejen er kontakt til forælderen med en psykisk lidelse.

I arbejdet med børnegrupperne fokuseres på:

- Psykoedukation over for børn om psykiske lidelser og beskyttelsesfaktorer
- Støtte til det enkelte barn og dets specifikke problemer
- Gruppeprocessen med fokus på de fælles forhold og erfaringer og på de enkelte børns samspil i gruppen
- Pædagogiske gruppeaktiviteter i form af øvelser, leg og tegninger, så børnene får mulighed for at udtrykke sig nonverbalt og kreativt.

### Målgruppen

Gruppetilbuddene henvender sig generelt til børn af forældre med en psykisk lidelse, uanset om børnene bor sammen med forælderen. Børnene er typisk opdelt i forskellige aldersniveauer. Der eksperimenteres nogle steder med kønsopdelte grupper, grupper for børn af anden etnisk baggrund og søskendegrupper. En forudsætning for at deltage i en børnegruppe er, at børnene ikke har så store psykosociale vanskeligheder, at de ikke kan magte et forløb i en gruppe.



### **Samarbejdet med forældrene**

Inden gruppestart er det gennemgående, at der afholdes en forsamling med børn og forældre, hvor man sikrer sig, at der er forældreopbakning før, under og efter afslutning af forløbet, ligesom man undersøger, hvad børnene i forvejen ved om forælders sygdom og behandling. Det forventes, at der forinden har været afholdt forældre- og familiesamtaler med børnene som pårørende. Her skulle det gerne være afklaret, om barnet får tilstrækkelig støtte i hverdagen eller, om der er behov for at etablere kontakt til familiens sagsbehandler. Børn med et egentligt behandlingsbehov skulle ligeledes gerne være opfanget og henvist til relevant instans. Som afslutning på gruppeforløbet afholdes en familiesamtale, hvor forældrene efter aftale med hvert enkelt barn informeres om, hvad de har fået ud af at deltage i gruppen. Her kan det drøftes, hvad børnene fremover har behov for.

### **Gruppestørrelse**

Gruppestørrelsen ligger oftest på 6-8 medlemmer. Det må konkret overvejes, hvordan det enkelte gruppetilbud bedst matcher antallet af gruppemedlemmer. Ved mange børn i gruppen kan der i højere grad arbejdes med gruppeprocessen og de almene forhold for børn af forældre med psykisk lidelse, mens der ved færre børn i højere grad er plads til individuelle samtaler med det enkelte barn.

### **Rammer og indhold for gruppen**

Rammerne for de forskellige gruppetilbud er forskellige. Der arbejdes både med åbne grupper, hvor der langsomt sker indtag af nye gruppemedlemmer og lukkede grupper, hvor det er de samme gruppemedlemmer fra start til slut. Der er tidsbegrænsede grupper og tidsubegrænsede. Grupperne mødes 1 gang ugentlig eller hver 14. dag fra 1½ til 2½ time.

### **Gennemgående emner i grupperne**

- Viden om psykiske lidelser og behandling
- Børnenes hjemlige forhold, livshistorie, hvordan ser familien ud, hvem er syg
- Børnenes følelser, f.eks. skyld, skam, ansvar, ensomhed, selvværd og hvordan de udtrykker disse
- Metoder til mestring af egen situation, mobning, netværk. Hvem kan de snakke med?
- Hvordan kan børnene fortælle andre om forælders sygdom og samtidig beskytte deres integritet

- Besøg af en ung voksen, der selv er vokset op med forældre med psykiske lidelser, og som fortæller om erfaringer med at klare svære situationer
- Kropslige øvelser der stimulerer børnene til at mærke og give udtryk for egne behov
- Leg, sjove aktiviteter og ritualer, der stimulerer gruppefølelsen.

I arbejdet kan anvendes forskellige pædagogiske metoder. Der kan bl.a. hentes inspiration i SIND's idekatalog til børnegrupper (Stæhr, 2006).

### **Kvalificering til arbejdet med børnegrupper**

Der findes ingen egentlige uddannelser til børnegruppeleder, men der afholdes forskellige kurser bl.a. af Den Sociale Højskole og Socialt Udviklingscenter SUS. Kvalifikationskravene til arbejdet med børnegrupper er på mange områder lig dem, der gælder familiesamtalerne, men derudover kræves kendskab til arbejdet med grupper og gruppeprocesser.

## **Børnevenlige besøgsforhold**

### **De fysiske rammer**

Det anbefales, at alle voksenpsykiatriske behandlingssenheder (distriktskykiatriske centre, ambulatorier og sengeafdelinger) indretter børnevenlige besøgsforhold og på anden måde signalerer vigtigheden af at medtænke børn i behandlingen af patienter, som er forældre.

### **Hvorfor er det vigtigt med børnevenlige besøgsforhold i de psykiatriske sengeafdelinger?**

- Det er de ansattes ansvar i sengeafdelingen at sikre, at forældre og børn kan have kontakt med hinanden i trygge rammer under den voksnes indlæggelse
- Børn er oftest blandt de nærmeste pårørende og har på grund af deres sårbarhed krav på en særlig opmærksomhed som besøgende
- Børn skal kunne besøge deres indlagte forælder uden at skulle udsættes for skræmmende indtryk ved mødet med voksenpsykiatrien. Dette gælder både i forhold til forælders og medpatienters sygdomstilstand.

Ved indretningen af børnevenlige besøgsforhold skal især fremhæves:

- Praktiske muligheder mht. lokaler og børnevenlige møbler, så samværet mellem børn og forældre kan foregå uforstyrret
- Legetøj, tegnemateriale, relevante børnebøger om psykisk lidelse og henvisninger til hjemmesider for børn
- Plakater, foldere og andet materiale med væsentlig signalværdi, der minder patienter og personale om børnenes position som særligt sårbare pårørende.

Det er afdelingens faglige skøn og ansvar at planlægge besøgene sammen med patienten, herunder om der overhovedet skal være besøg, hvor besøget skal foregå, hvornår besøget skal være, hvor lang tid det skal vare m.m.

#### **Hvad skal der til?**

- Der skal udvikles besøgsrutiner for børn på alle afdelinger. Det anbefales, at der udpeges et personalemedlem med ansvar for, at standarder for børnebesøg implementeres og forankres
- Patienter med børn skal orienteres om disse standarder, evt. skriftligt
- Det bør sikres, at afdelingen er forberedt, når der kommer børn på besøg
- Der skal være mulighed for, at besøget kan forberedes, for et personalemedlems tilstedeværelse/støtte under besøget og for en opfølgende samtale med patienten efter besøget
- Børn skal ved besøg ledsages af en voksen, med mindre anden aftale er truffet. Det kan gælde større børn, der har været på besøg tidligere eller børn, som bor alene med den indlagte, og som måske ikke har en fortrolig voksen at tage med. Her må personalet på afdelingen evt. hjælpe til.

Det anbefales, at der i afdelingens sædvanlige velkomstfoldere indskrives et kort afsnit, der beskriver standarderne for børnebesøg. Der kan udarbejdes en særskilt folder til børn og forældre om besøg, eventuelt med andre relevante oplysninger til børnene.

På synlige opslag ved indgangen kan tydeliggøres, at børns besøg skal være aftalt på forhånd. Hvis børn kommer uanmeldt, må det tilstedeværende personale tage hånd om situationen, under hensyn til både børn og forældre.

Som støtte til børn, hvis far eller mor er i behandling i psykiatrien, kan der desuden udleveres et kontaktkort som det viste eksempel:

Hvis du vil tale med os om din mors/fars sygdom, kan du ringe til: \_\_\_\_\_

eller: \_\_\_\_\_

Telefonnummeret er: \_\_\_\_\_

Vi er din mors/fars kontaktpersoner.

Personalet på/i: \_\_\_\_\_

#### **Specielle forhold på skadestuer, akutte modtage-, lukkede og retspsykiatriske afdelinger**

Det anbefales personalet på sådanne afsnit særskilt at vurdere, om forholdene er til besøg af børn, eller om besøgene skal arrangeres uden for selve afdelingen.

## **Tidlig indsats over for gravide og spædbarnsforældre med psykisk sygdom**

Når en kvinde med en psykisk sygdom bliver gravid, er det vigtigt at etablere et samarbejde så tidligt som muligt i graviditeten. Forskning har vist, at der er øget risiko for en for tidlig fødsel og en for lav fødselsvægt, hvis ikke kvinden er i sufficient behandling. Desuden er der øget risiko for en forværring af kvindens psykiske tilstand i perioden efter fødslen. Et etableret tværfagligt samarbejde kan medvirke til at begrænse såvel risikoen for barnet som for moderen og medvirke til, at fødselsforløbet bliver mere forudsigeligt for familien. (Lier, Kastrup & Rafaelsen, 1989; Lier, 1997).

Spædbørn, der har forældre med en psykisk sygdom – især inden for det skizofrene spektrum, eller kombineret med et sidemisbrug under graviditeten – har et særligt behov for hjælp til at udvikle et godt samspil med en voksen. Det skyldes, at nogle af disse børn kan have en medfødt sårbarhed, der bevirker, at de kan have svært ved at regulere sansepåvirkninger og svært ved at regulere deres egen reaktion på dem. Den medfødte sårbarhed kan bl.a. bevirke, at børnene kan have svært ved at finde en spise- og søvnrytme og have

svært ved at magte de sanseindtryk, der ledsager social kontakt. Nogle bliver let urolige og reagerer voldsomt, mens andre kan være apatiske og reagere for svagt på impulser udefra. Hvis barnet både har egne vanskeligheder og skal vokse op sammen med forældre, der f.eks. har problemer med virkelighedsopfattelsen eller har svært ved at aflæse barnets signaler, bliver samspillet ekstra svært, og det er helt nødvendigt med professionel bistand, for at det ikke selv skal få udviklingsproblemer, se kapitel 1.

## **Anbefalinger om indsats over for gravide og spædbarnsforældre**

En måde at opspore disse børn på kan være at etablere samarbejde mellem afdelinger, der dækker samme optageområde. Det gælder pædiatriske, gynækologiske/obstetriske afdelinger såvel som alle voksenpsykiatriske afdelinger og distriktspsykiatriske behandlingsenheder. I de børnepsykiatriske afdelinger skal der være personale, der har speciel træning i at yde støtte til relationen mellem barn og forældre. Der bør dannes team af både børne- og voksenpsykiater, socialrådgiver og distriktsygeplejerske fra psykiatrisk afdeling samt obstetrikere og jordemoder fra obstetrisk afdeling. Sammensætningen af disse team bestemmes lokalt ud fra organiseringen af fødeafdelinger og psykiatri. Retningslinjer for kontakt til kommunens børne-familieafdeling bør ligeledes aftales under hensyn til de lokale forhold.

På obstetriske afdelinger bør gravide kunne henvises til jordemødre, der har en speciel viden inden for dette område. De bør også kunne henvises direkte fra deres egen læge, fra en anden jordemoder eller fra den behandlende psykiatriske enhed.

Også gravide, hvis partner har en psykisk lidelse, bør omfattes af dette samarbejde. Disses jordemødre skal have mulighed for hyppigere kontakt med og længere tid til den enkelte kvinde end den tid, der normalt er afsat til gravide. Dette medvirker til en bedre udnyttelse af svangreprofylaksen og muliggør tidlig indgriben ved komplikationer, større tryghed og forudsigelighed under graviditeten og fødslen og derved et nedsat stressniveau.

I det tværfaglige team drøftes de nyhenviste, og der er her mulighed for at henvise til vurdering og behandling hos psykolog eller psykiater på et tidligt tidspunkt. Det kan planlægges, hvilke særlige aftaler der skal være for at sikre det bedst mulige fødselsforløb.

Disse aftaler kan f.eks. gå ud på:

- Forlænget ophold på barselsgangen
- Forberedelse af barnets far på at måtte overtage barselsorloven, hvis moren får det dårligt efter fødslen, f.eks. en depression eller en psykotisk episode
- Inddragelse af de sociale myndigheder for at kunne sætte ind med støtte i hjemmet hurtigst muligt, hvis der bliver behov for det
- Kontakt til sundhedsplejerske allerede i graviditeten
- Inddragelse af personale fra børnepsykiatrisk afdeling, som kan følge mor og barn også efter fødslen.

## **Akut indlæggelse af spædbarnsmødre på psykiatrisk afdeling**

Hvis moren enten i forbindelse med fødslen eller i barselsperioden får det så dårligt, at en indlæggelse på psykiatrisk afdeling bliver nødvendig, er det vigtigt, at de ansatte på den psykiatriske afdeling ikke betragter hende som en patient med individuelle vanskeligheder, men at hele familiens situation medtænkes, og at der tages hånd om dens situation. Det har tidligere været praksis, bl.a. på et særligt indrettet afsnit på Hvidovre Hospitals psykiatriske afdeling, at medindlægge barnet ved indlæggelse af spædbarnsmødre. Erfaringerne viste dog, at det er en dårlig løsning både for mor og barn, og det kan derfor ikke anbefales. Når en kvinde har det så dårligt, at en indlæggelse er nødvendig, vil hun ikke kunne etablere en sufficient kontakt til et spædbarn. Kvinden oplever således, at hun ikke kan fungere som mor på en måde, der imødekommer barnets behov. Familien og personalet må sammen finde en løsning, der sikrer moderen ro om behandlingen af egen sygdom. Der skal samtidig skabes tryghed ved at sikre forholdene for barnet og den anden forælder eller en anden person, der kan træde ind som primær omsorgsperson for barnet.

Det anbefales, at de tværfaglige team fortsætter de koordinerende drøftelser efter fødslen, således at den psykiatriske behandling af forælderen og eventuel børnepsykiatrisk støtte til relationen mellem forælder og barn bliver sammenhængende for familien.

Når sundheds- eller socialsektorens personale allerede før fødslen og senere i børnenes liv stiller spørgsmål om forældrenes kompetence i forholdet til deres børn, er det et angstfyldt område for forældrene. Den, der taler med forældrene om den psykiske lidelses indfly-

delse på deres forældrerolle, må derfor gøre det på en respektfuld måde og være ærlig og tydelig med hensyn til formålet. Det må gøres klart over for forældrene, at hensigten er sammen med dem at sikre bedst mulig trivsel for deres børn, og på sigt det bedst mulige forældre-barn forhold. De professionelle må formidle deres viden om, at børn, der vokser op med en eller to forældre med en psykisk lidelse, har særligt behov for støtte i de første leveår, og at forældrenes samarbejde om den givne støtte er af meget stor betydning. Da mange forældre erfaringsmæssigt gerne samarbejder, kan oplysninger mellem de to sektorer selvfølgelig udveksles, hvis forældrene giver deres tilladelse.

Gennem de senere år er der blevet øget opmærksomhed på børn, der fødes ind i familier, hvor en af forældrene har en psykisk lidelse. I mange af de projekter, der er støttet via puljemidler fra Socialministeriet, har der været fokus på denne problemstilling.

Socialministeriet har udgivet en pjece i juni 2003, En god start til alle børn, der bl.a. opsamler erfaringerne fra en høring om negativ social arv 2. maj 2003.

---

### **Familieambulatorier som omdrejningspunkt for de 0-2-årige**

*Det er kommunen, der har ansvaret for at føre tilsyn med de forhold, kommunens børn lever under. For de helt små børn er kommunens sociale indsats afhængig af indberetninger fra specielt den kommunale sundhedspleje, den praktiserende læge og sygehusvæsenet. For børn, der fødes ind i familier belastet af psykisk sygdom eller misbrug, er det typisk sundhedsvæsenet, der først har kontakt med børnene. Derfor vil regeringen arbejde på at udvikle og udbrede en familieambulatoriefunktion (fx som på Hvidovre Hospital) over hele landet, således at den tidlige indsats over for misbrugsfamilier og familier med psykiske lidelser forankres her.*

(Socialministeriet, 2003)

Det omtalte familieambulatorium er et tværfagligt forebyggelses- og behandlingstilbud, der retter sig mod gravide med misbrug af alkohol eller andre afhængighedsskabende rusmidler og medikamenter. Personalet består af læger, jordemødre, psykologer, socialrådgivere og sekretærer, der arbejder i tværfaglige team. Teamet har ansvaret for forebyggelse og behandling under graviditet og fødsel, indtil mor og barn er klar til udskrivning. Barnets trivsel og udvikling følges herefter frem til skolealderen. Familieambulatoriet har et formaliseret og udbygget samarbejde med den primære social- og sundhedssektor og med andre instanser uden for hospitalet. Det har endvidere et formaliseret og tæt samarbejde med flere sygehusafdelinger, især alkoholenheder og de psykiatriske behandlingsenheder. For at sikre tidlig indsats er lægehenvielse til familieambulatoriet ikke nødvendig. Alle kan henvise, og gravide kan desuden henvende sig direkte fra gaden. Der er ingen ventetid for nyhenviste, og den gravide kan også tilbydes rådgivning anonymt.

Den slags tilbud findes endnu kun få steder inden for sundhedsvæsenet. Spædbarnspsykiatriske afdelinger, der giver tilbud til behandling af mor-barn relationen for mødre med en psykisk lidelse findes ligeledes kun få steder. Flere kommuner har dog gennem de sidste år oprettet mor-barn behandling, men den er som regel snarere rettet til unge, umodne og måske socialt belastede mødre og ikke til mødre med en psykiatisk diagnose. En forebyggende indsats på dette tidlige stadium er desværre endnu kun meget lidt udviklet i Danmark og kræver specialviden både om voksenpsykiatri og spædbarnspsykiatri. Der er behov for udbygning af området. De nye regioner og kommuner har en størrelse, hvor det må forventes, at der vil være bedre mulighed for at yde en så specialiseret indsats, som dette område kræver.

### **Tidlig indsats ved børne- og ungdomspsykiatriske symptomer**

En tættere kontakt til børnene med forældre med psykiske lidelser vil utvivlsomt medføre, at det psykiatriske personale bliver opmærksom på en række psykiske vanskeligheder hos børnene, jf. kapitel 1, hvor betydningen af en børne- og ungdomspsykiatrisk undersøgelse drøftes med henblik på iværksættelse af relevant behandling og/eller relevante sociale hjælpeforanstaltninger. Det kan dreje sig om følelsesmæssige symptomer (f.eks. social skyhed, depressive reaktio-

ner, psykosomatiske symptomer/spiseforstyrrelser), adfærdsproblemer (f.eks. aggressiv adfærd, impulsiv og urolig adfærd, koncentrationsvanskeligheder) eller vanskeligheder med social forståelse og empati.

Det anbefales, at der etableres konsultantaftaler med de lokale børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger med henblik på vurdering af børnenes symptomer forud for en eventuel henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien.

## Barrierer for varetagelsen af opgaverne

Der er mange forskellige barrierer i implementeringen af forældre- og børneperspektivet i voksenpsykiatrien. Først og fremmest indføres et perspektiv og en forståelse, som er ny set i lyset af voksenpsykiatriens mangeårige historie med fokus på individet og den individuelle behandling. Den øgede viden om familiemønstre og børns udvikling giver imidlertid basis for at udvikle nye tiltag på dette vigtige område. Samtidig er psykiatrien i en brydningstid, hvor økonomi og afgrænsning af kerneydelser i sygehusvæsenet spiller en stor rolle for arbejdets tilrettelæggelse, sideløbende med at der er øgede krav om kvalitet og fagligt højt niveau i behandlingen.

Her nævnes nogle af de væsentligste barrierer, som der må tages højde for ved implementeringen af et børnefamilieperspektiv i den voksenpsykiatriske behandling:

*Politiske og økonomiske barrierer*, som har at gøre med de samfundsmæssige vilkår for udførelse af den psykiatriske behandling, der til enhver tid er underlagt politikernes beslutninger om behandlingsniveau og kerneydelser. Når også psykiatrien får tilført økonomiske ressourcer på baggrund af fastsatte DRG ydelser, vil det være afgørende for prioritering af denne indsats, at der er fastsat ydelser for at udføre forældre- og familiesamtaler samt tværfaglige møder herom som en del af den psykiatriske kerneydelse, om DRG se [www.sst.dk/Planlaegning\\_og\\_behandling/DRG.aspx](http://www.sst.dk/Planlaegning_og_behandling/DRG.aspx).

*Kulturelle barrierer*, som skyldes, at psykiske lidelser stadig i vidt omfang er tabubelagt.

*Lovgivningsmæssige barrierer*, hvor reglerne om samtykke kan vanskeliggøre, at der etableres et tværsektorielt samarbejde.

*Personalemæssige barrierer* på baggrund af manglende viden, uddannelse og supervision. Mangler der viden, er der stor risiko for, at den almindelige opfattelse vil være, at det er bedre intet at gøre end at gøre noget forkert. Er den ledelsesmæssige og kollegiale opbakning ikke til stede kan det ligeledes hindre den enkelte i at løfte opgaverne. Et særligt problem kan være, at man står alene med en opgave som denne. Hvis ikke der er flere om opgaven, er der risiko for udbrænding.

*Organisatoriske barrierer* kan udgøres af manglende udvikling af standarder og rutiner. Manglende aftaler omkring tværsektorielt samarbejde kan stille sig i vejen for udveksling af informationer med socialsektoren. Dette gør det vanskeligt at hjælpe de børn og forældre, der har behov for støtte.

*Holdningsmæssige barrierer* er ofte de vanskeligste at overvinde, dels fordi de ikke altid er erkendt, dels fordi de bygger på tradition. I voksenpsykiatrien er der en behandlertradition for at have fokus på individet. Denne tradition har også rødder i uddannelsernes indhold. At inddrage familieperspektivet er stadig relativt nyt, forældre-børneperspektivet endnu nyere og et definitivt brud med tidligere tiders opfattelse, at voksenpsykiatrien er til for personer med en psykisk lidelse – de syges børn er ikke patienter, og dermed er de ikke i fokus.

*Personlige barrierer* kan bunde i en angst for at dygne nye opgaver op i en ressourceknapp hverdag. Hvis personalet undlader at spørge patienterne, om de har børn, kan det skyldes, at det ikke anses for en kerneydelse at inddrage børnene som pårørende.

*Fysiske barrierer* som mangel på børnevenlige lokaler, børnemøbler og legetøj kan vanskeliggøre familiesamtaler, børnebesøg og gruppesamtaler.

En politisk beslutning, om at voksenpsykiatrien skal implementere et børneperspektiv i den psykiatriske behandling – og bevilling af de nødvendige personalemæssige og uddannelsesmæssige ressourcer – vil fremme overvindelsen af disse barrierer.





# Tværasektorielt samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og den sociale sektor

## Forældrenes aktive involvering er udgangspunkt for det tværasektorielle arbejde

Det er veldokumenteret, at forældre-barn relationen er af afgørende betydning for børns udvikling på alle områder. Der har i mange år været fokus på forældrenes problemer som baggrund for forståelse af børns problemer og på at øge forældrekompetencen i den forebyggende indsats. Den nyere viden om børns medfødte sociale kompetence har i stigende grad fået fagpersoner til at flytte fokus til børnenes egne oplevelser og håndtering af vanskelige opvækstvilkår. Dette børnefokus må ikke medføre, at det glemmes, at forældrene er de vigtigste personer i deres børns liv. Med andre ord må familieperspektivet ikke mistes.

Forældre har i kraft af forældremyndigheden en række vidtgående rettigheder og har samtidig ansvaret for børnene, indtil de er 18 år (Lov nr. 367 af 14. juni 1995 om forældremyndighed og samvær). De træffer beslutninger i afgørende forhold i barnets liv, bestemmer over barnets daglige forhold og er ansvarlige for, at barnets daglige behov bliver dækket. Børn over 15 år har i stigende grad fået tilført en række af disse rettigheder, men stadig gælder forældremyndigheden indtil det 18. år.

Sundhedsloven (Lov nr. 546 af 24. juni 2005) indeholder i afsnit III regler om patienters retsstilling og medinddragelse i behandlingen. Det fremgår, at ingen behandling må foretages, uden at patienten forinden har givet informeret samtykke til behandlingen, eller der er et stedfortrædende samtykke, hvis patienten ikke selv er i stand til at forstå og give samtykke. Børn over 15 år har selvstændig ret til at give samtykke, men som alt overvejende hovedregel skal indehaver af forældremyndigheden inddrages.

Sundhedsloven indeholder endvidere i kapitel 9 regler om tavshedspligt og videregivelse af oplysninger. Det fremgår, at der generelt er tavshedspligt, hvis en patient

ikke har givet samtykke til, at oplysninger om deres helbredsmæssige eller personlige forhold udveksles med andre. Der er dog undtagelser, især hvis det af anden lovgivning fastslås, at oplysninger skal videregives. Flere af de sociale love indeholder bestemmelser herom.

Serviceoven (Lov nr. 573 af 24. juni 2005) indeholder i kapitel 27 regler om underretningspligt. Da kendskab til disse regler er af meget stor betydning for det tværasektorielle samarbejde, er reglerne beskrevet mere detaljerede senere i dette afsnit.

Ud over de lovbestemte rettigheder og pligter har forældrene selvfølgelig stærke følelsesmæssige bånd til børnene og vil deres børn det bedste, ligesom børnene på deres side er stærkt knyttet til forældrene og dermed loyale over for forældrene i vid udstrækning.

Fagpersoner, der møder børn og forældre, må have dette for øje, ikke mindst når der er psykisk sygdom i familien. De befinder sig på et følelsesmæssigt skrøbeligt og komplekst område, hvor der er megen gensidig bekymring mellem børn og forældre, og hvor forældrene i særlig grad oplever en angst for, om de professionelle anser dem for gode nok forældre. De mange projekter på området har dokumenteret, at samtaler med og information til børn om psykisk sygdom samt inddragelse af støttende voksne i barnets netværk fremmer børnenes mestring af de vanskelige vilkår. *Forudsætningen for, at børnene kan profitere af indsatsen er, at forældrene aktivt involveres – ikke mindst i det tværasektorielle samarbejde.*

Dette udgangspunkt for den anbefalede psykiatriske praksis er i god overensstemmelse med Serviceovens bestemmelser om særlig støtte til børn og unge. I Serviceovens § 46, stk. 2 står der således: "Støtten skal ydes tidligt og sammenhængende, så begyndende problemer hos barnet eller den unge så vidt muligt kan afhjælpes i hjemmet eller i det nære miljø.", i stk. 4 står der: "Barnets eller den unges vanskeligheder skal så vidt muligt løses i samarbejde med familien og med dennes medvir-

ken.” og senere i § 47: ”Kommunalbestyrelsen skal overveje, hvordan der kan ske en *systematisk inddragelse af familie og netværk*” (forfatterens fremhævelser).

Det tværsektorielle samarbejde rummer særlige udfordringer for den professionelle i medtænkningen af forældrene som de vigtigste samarbejdsparter. I psykiatrien har man indblik i mange personfølsomme oplysninger om forældre med psykiske lidelser, oplysninger som det ikke er nødvendigt at videregive til samarbejdsparterne uden for psykiatrien, for at de kan hjælpe børnene. Samtidig må personalet hjælpe forældrene med at bryde tavsheden om sygdommen og støtte dem i at kommunikere åbent med netværket om de forhold, der har betydning for barnets muligheder for at få den nødvendige støtte.

Erfaringerne viser, at det kræver stor omhu og forberedelse at afholde møder med familie og netværk, jf. Servicelovens § 47, når en forælder har en psykisk sygdom (Nordenhof, 2005). Det kan være pinefuldt for denne forælder at deltage i møde med skole og daginstitution og de sociale instanser, hvis forælderen selv føler sig som årsagen til, at deres børn muligvis har det svært. Det kræver, at de involverede fagpersoner gør det tydeligt, at de ønsker at hjælpe både børn og forælder og ikke pålægger patienten skylden for deres børns vanskeligheder. Ved netværksmødet kan der tales om, hvordan de implicerede kan hjælpe børn og familie, uden det bliver sårende eller for indgribende for nogen af parterne. Mødet kan medvirke til at skabe en alliance mellem begge forældre og alle fagpersoner om at hjælpe børnene, og hvordan hjælpen skal ydes.

Udgangspunktet for at udveksle oplysninger med samarbejdsparterne uden for psykiatrien bør afstemmes med den forælder, der er i behandling, så det i videst mulige omfang kan ske med accept og samtykke. Den aktive involvering er væsentlig for at sikre patientens tillid. Det bør derfor tilstræbes, at det før enhver henvendelse til de eksterne samarbejdsparter er drøftet med patienten, hvilke oplysninger det er nødvendigt at videregive af hensyn til børnene. Det bør tilstræbes, at patienten medvirker i planlægningen af det tværsektorielle samarbejde. Dette er ligeledes i god overensstemmelse med bestemmelserne i Lov om social service og tilhørende love om sagsbehandling og retssikkerhed og dermed også de handle-mæssige forskrifter, som samarbejdsparterne i den anden sektor er undergivet. Da de udvekslede oplysninger også ofte omfatter oplysninger indhentet via det psykiatriske personales observationer af børnene, er det ligeledes vigtigt, at den anden forælder inddrages.

## Det tværsektorielle samarbejde

En vellykket støtteindsats for børn af forældre med psykisk lidelse vil i mange tilfælde være afhængig af dette samarbejde på tværs af sektorer.

I socialforvaltningens børne-familieafdeling har man viden om børn, sociale forhold og sociale hjælpeforanstaltninger. I psykiatrien har man viden om psykisk sygdom, diagnosticering og behandling.

Disse oplysninger må udveksles for at kunne yde familierne den tilstrækkelige støtte. Det kan i de fleste tilfælde ske med samtykke fra forældrene, men hvis forholdene gør det nødvendigt, må det i henhold til lovgivningen ske uden samtykke. Også i de tilfælde skal forældrene selvfølgelig orienteres om, at der er sendt en underretning.

Den samlede og koordinerede planlægning for børn af forældre med en psykisk lidelse skal som minimum omfatte en konkret beskrivelse af:

- Hvilken rask voksen i det private netværk eller hvilken professionel støtteperson børnene har at holde sig til i forbindelse med deres opvækst
- Hvem der har ansvar for at følge børnene og inddrage dem (i forhold til alder og modenhed) i den løbende planlægning
- Hvem børnene skal kontakte ved behov for hjælp
- Hvor børnene skal være i perioder, hvor en forælder med en psykisk lidelse ikke kan tage vare på dem
- Hvad skal der ske trin for trin i den forbindelse
- Hvilke professionelle kontakter familien har alt i alt
- Hvilke opgaver disse hver især varetager
- Hvem der yder den voksne personlige støtte og rådgivning ved behov – f.eks. i forbindelse med anbringelse af børnene uden for hjemmet
- Hvem der informerer børnene om den voksnes psykiske sygdom
- Hvem der er ansvarlig for afholdelse af familiesamtale
- Hvornår den samlede planlægning skal revurderes
- Hvem der har ansvar for, at dette sker.

## Sundhedsaftaler som middel til tværsektorielt samarbejde

Sundhedsloven (Lov nr. 546 af 24. juni 2005) fastlægger i kapitel 62, at regionsrådet og hver enkelt kommunalbestyrelse i regionen skal indgå sundhedsaftaler på 6 obligatoriske områder.

Sundhedsaftalerne skal bidrage til at sikre kvalitet og sammenhæng i indsatsen på sundhedsområdet. Koordinering og sammenhæng på tværs af sektorerne er således et gennemgående krav til sundhedsaftalerne.

Kravene til aftalerne er nærmere specificerede i Bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler (2006) og i Sundhedsstyrelsens vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler (2006). Sundhedsaftalerne skal godkendes i Sundhedsstyrelsen.

Et af de obligatoriske områder, som kommuner og regioner skal indgå aftale om, er ”Indsatsen for mennesker med sindslidelser”.

Aftalen skal bl.a. beskrive, hvordan parterne sikrer, at der foretages en vurdering af behov for indsats i forhold til børn i familier, hvor der er et menneske med en psykisk sygdom, samt at ansvaret for varetagelse af disse behov fastlægges.

Endvidere skal aftalen beskrive, hvordan parterne sikrer koordinering mellem den sundhedsfaglige indsats og den socialt faglige indsats, herunder en fastlæggelse af hvem der i en given situation er ansvarlig for at tage et initiativ.

Aftalerne medvirker til at sikre en fælles overordnet målsætning og opgaveløsning over for børn af psykisk syge mellem sygehuse og socialektoren og bidrager dermed også til at understøtte forankring og implementering af indsatsen, både på det overordnede strategiske planlægningsniveau og på det praktisk udførende niveau.

Sundhedsaftalerne er således et vigtigt middel til at regulere det overordnede tværsektorielle samarbejde på området for mennesker med sindslidelser, herunder deres børn. ([www.sst.dk/publ/Publ2006/PLAN/Sundhedsaftaler/Sundhedsaftaler\\_vejledning.pdf](http://www.sst.dk/publ/Publ2006/PLAN/Sundhedsaftaler/Sundhedsaftaler_vejledning.pdf)).

## Samlet plan for indsatsen i familien på tværs af sektorerne

På børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling og på voksenpsykiatrisk afdeling skal der i henhold til Psykiatriloven (Lov nr. 367 af 14. juni 2006) etableres en undersøgelses- og behandlingsplan i ethvert patientforløb.

I socialforvaltningen planlægges og vurderes løbende, og efter udredningsfasen udarbejdes en social handleplan (Lov nr. 573 af 24. juni 2005 om social service).

Det er meget vigtigt, at indholdet i den psykiatriske undersøgelses- og behandlingsplan og i den sociale handleplan tidligt koordineres med henblik på at skabe en overordnet sammenhæng. Både psykiatrien og det sociale system er ansvarlig herfor.

Der er mange gode grunde til, at dette samarbejde bør finde sted, og det er vigtigt, at psykiatrien påtager sig ansvaret for at tage kontakt til det sociale system, fordi:

- Det sikrer helhedssyn/helhedsforståelse
- Det er rationelt/økonomisk
- Det giver flere handlemuligheder
- Man undgår dobbeltarbejde/modarbejde
- Det giver øget kvalitet
- Det giver mulighed for tidlig indsats til gavn for børnene
- Man uddanner hinanden
- Fælles pligt giver fælles synligt ansvar.

(Holm, Møller & Perlt, 2002, p. 83).

Når der skabes samarbejdsfora både tværfagligt inden for hver sektor og på tværs af sektorer, får man mulighed for at opsamle viden, der kan afklare, hvilken rolle den enkelte har, og hvor opgaverne bedst varetages. En fælles behandlings-/handleplan, fælles konklusion og mål for indsatsen vil sikre forældrene og deres børn den mest effektive og gennemskuelige indsats.

I bogen *Psykisk syge forældre og deres børn* (Lier, Buhl-Nielsen & Knudsen, 2001, p. 126-132) redegøres for, hvorfor en tidlig tværsektoriel indsats er påkrævet, når en eller begge forældre har en psykisk sygdom. Det oplystes, hvorfor en tværsektoriel indsats er nødvendig, og det specificeres, hvilken indsats der skal ske i graviditet og spædbarnsalder, i småbarnsalderen og i skolealderen.

## Plan for fælles indsats tværfagligt og tværsektorielt

Familier, hvor en eller begge forældre har en psykisk lidelse, har ofte brug for professionel hjælp, både fra voksenpsykiatrien og fra det sociale system. Børnene i disse familier er i en risikogruppe, og en tidlig indsats kan forebygge udvikling af store problemer. Børnene har forskellige behov, og indsatsen skal være med til at afklare, på hvilket behovsniveau børnene befinder sig.

Det er vigtigt for alle involverede at erkende, at den tidlige indsats i disse familier kan støde på barrierer og modsatrettede interesser.

### Vanskeligheder i et samarbejde på tværs af sektorerne

Perspektiverne hos børn og en forælder med en psykisk lidelse kan være helt forskellige, og de vil derfor ikke altid have overensstemmende behov. Hvor der er modsætninger mellem børnenes og forældrens behov, kan der opstå vanskeligheder i samarbejdet mellem forældrens behandler og børnenes kontaktpersoner. Disse vanskeligheder opstår, fordi de involverede sektorer har forskellige opgaver og myndighedsroller. Det er vigtigt, at begge sektorer er opmærksomme på at etablere et godt samarbejde med begge forældre.

Barrierer i samarbejdet, kan opstå på baggrund af:

- Forskellige kulturer
- Manglende viden om hinandens hovedopgaver og lovgrundlag
- Usikkerhed over, hvor snitfladen er mellem tavsheds- og oplysningspligt
- Manglende kendskab til, hvad en underretningspligt er
- Manglende kendskab til, hvordan en underretningspligt håndteres.

Alle involverede professionelle må derfor koordinere deres indsats i forhold til familien, således at disse modsætninger bliver tydelige og kan drøftes, så de ikke bliver en hindring for en fælles hjælp til familien.

Den nødvendige koordinering kan imidlertid vanskeliggøres af, at behandlerne inden for voksenpsykiatrien frygter, at behandlingsalliancen med patienten kan mistes, hvis der rettes henvendelse til socialforvaltningen.

### Lokale samarbejdsaftaler

Når de omtalte barrierer skal overvindes, er det vigtigt at gøre sig klart, hvad der er målet for den koordinerede indsats.

Mellem de sociale forvaltninger og voksenpsykiatrien etableres lokale samarbejdsaftaler, der er baseret på de overordnede sundhedsaftaler mellem regionen og kommunerne.

Det sikres, at der bliver større kendskab til, hvilke handlemuligheder den anden sektor har.

Målet er at:

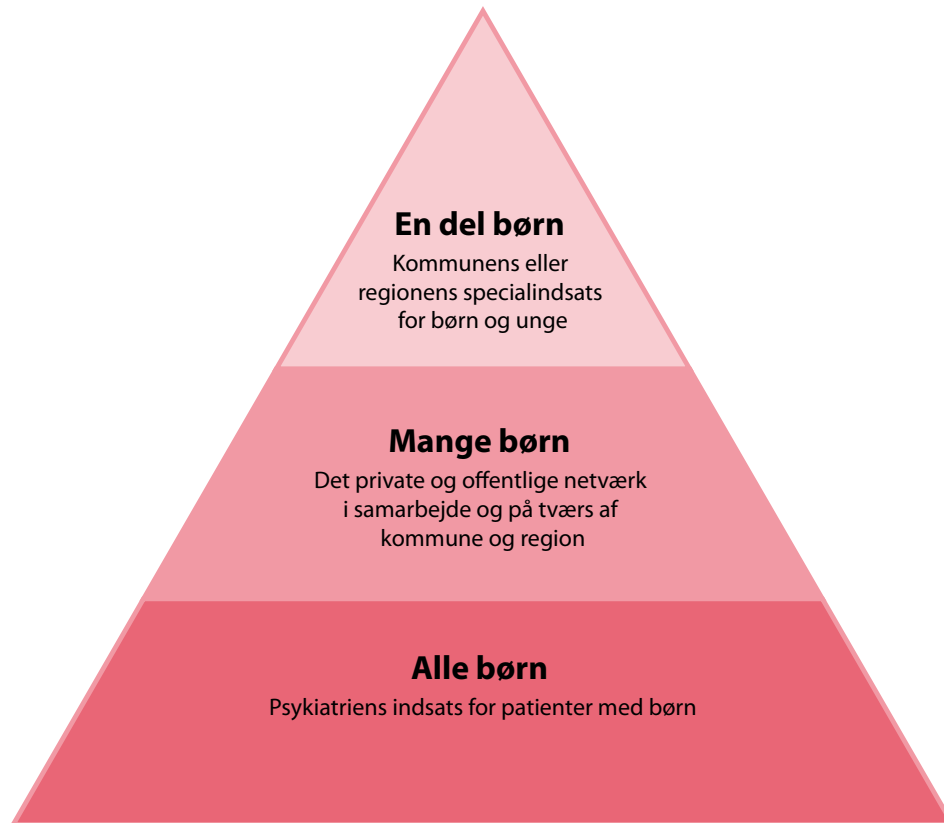
- Øge opmærksomheden på børn af forældre med psykisk lidelse
- Tidligst muligt at opdage de børn, der har brug for støtte
- Udarbejde klare planer – der er koordineret mellem det psykiatriske og det sociale system – med udgangspunkt i en analyse af behovet hos henholdsvis børn og voksne
- Sikre en løbende koordinering og evaluering af planlægningen.

### Indsatsniveauer i det tværsektorielle samarbejde

Alle instanser i berøring med børn af forældre med en psykisk sygdom har et medansvar for, at børnene tilbydes den nødvendige og relevante støtte. Indsatsen over for børnene involverer det psykiatriske behandlingssystem og det sociale system i forskelligt omfang, alt efter barnets og forældrenes behov.

De ansatte i voksenpsykiatrien har opgaver i forbindelse med alle indsatspyramidens niveauer. Samtaler med patienten om dennes forældrerolle og familiesamtaler med børn som pårørende foregår som en naturlig del af behandlingen for alle patienter med børn, men mange børn har brug for ekstra støtte og en del børn har brug for en specialiseret indsats.

## Indsatspyramiden:



### Indsatsen for Alle børn

Dette niveau omfatter alle familier, der har børn under 18 år, hvor forældre er i kontakt med voksenpsykiatrien og er en naturlig del af voksenpsykiatriens behandling af patienter, der har børn.

Indsatsen består som udgangspunkt af en registrering af:

- Om patienten har børn
- Hvem der har forældremyndigheden
- Hvor børnene befinder sig
- Hvem der tager hånd om børnene.

Dernæst består indsatsen af:

- Tilbud om samtaler med patienten om deres børn og om forældrerollen
- Tilbud om familiesamtaler med børnene som pårørende
- Støtte til børnenes kontakt med den syge forælder under indlæggelse.

Det sikres, at der er retningslinjer for at tale med patienten og den anden forælder om, hvad det kan betyde for børnene, at deres far eller mor har en psykisk sygdom. Der udleveres pjece eller andet materiale angående tilbud om samtaler og eventuelt andet. Samtaler med patienten om dennes forældrerolle og familiesamtaler med børn som pårørende bør varetages af særligt uddannet psykiatrisk personale, se nærmere om uddannelsen til nøgleperson i kapitel 5.

I samtaler med patienten lægges vægt på oplysninger om, at en koordinering af indsatsen med de sociale myndigheder giver mulighed for flere tilbud om støtte til familien.

### Indsatsen for Mange børn

Mange af børnene vil ud over familiesamtalerne have behov for, at det tværsektorielle samarbejde aktiveres. Hvis det skønnes, at en familie har brug for en særlig indsats, etableres der kontakt til relevante tværsektorielle samarbejdspartner. En særlig indsats kan involvere familie, naboer, venner, skole og daginstitution eller i form af etablering af et støttende netværk, tilbud om

støttende samtaler med nære voksne i dagligdagen eller gruppetilbud sammen med andre børn/unge, der ligesom de selv har forældre med en psykisk lidelse. Mellem 50 og 60 % af børnene har behov for en sådan netværksorienteret støtte (Nordenhof, 2005).

Der skal lokalt være aftaler om, hvilke instanser eller personer der kan kontaktes. Det kan være personale, der har særlig viden om børns behov. Det kan være ansatte i voksenpsykiatrien, børne- og ungdomspsykiatrien, i børne-familieafdelingen i socialforvaltningen eller i skole og daginstitution.

Det kan her være nyttigt at afholde møder med børnenes offentlige og private netværk med henblik på at koordinere indsatsen for børn og forældre. Initiativet til et netværksmøde kan tages af medarbejdere både i psykiatrien og i kommunerne efter aftale og i samarbejde med forældrene. Erfaringerne viser (Nordenhof, 2005), at det kræver et grundigt forarbejde især at sikre forældrenes tillid til mødet, men erfaringerne viser også, at når det lykkes, er netværksmøder en særdeles gunstig metode til at samle alle gode kræfter om at støtte børnene bedst muligt.

### **Indsatsen for En del børn**

Hvis der er brug for en særlig indsats kan behandlerne i voksenpsykiatrien tage initiativ til et samarbejde med kommunens sociale myndigheder og/eller regionens børne- og ungdomspsykiatri. Det anbefales, at der er lokale samarbejdsaftaler mellem børne- og ungdomspsykiatrien, voksenpsykiatrien og kommunerne angående konsulentvirksomhed, henvisningsprocedurer og hurtig visitation.

De sociale myndigheder er ansvarlige for alle sociale hjælpeforanstaltninger omkring børn. Det kan lokalt aftales, hvordan proceduren for henvisning til en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling eller et specialiseret team i kommunen kan foregå. En specialiseret indsats vil omfatte undersøgelse og behandling af børn/familie.

## **Ansvar for iværksættelse af tværsektorielt samarbejde**

Forælderen behandler i voksenpsykiatrien har ansvaret for, at det tværsektorielle samarbejde aktiveres, hvis barnet vurderes at tilhøre et af Indsatspyramidens to øverste trin. Ved første kontakt med en børnefamilie,

hvor en mor eller far har en psykisk lidelse, skal der hurtigt skabes overblik over det konkrete behov.

### **Handlemuligheder når akut indsats er påkrævet**

Lov om social service § 153, jf. bekendtgørelsen om underretningspligt over for kommunen (Socialministeriet, 2006), fastslår, at ”underretningspligten indtræder, når der ikke er rimelig mulighed for gennem egen virksomhed at afhjælpe vanskelighederne”. Det anbefales, at der er lokale retningslinjer for, hvordan en sådan underretning foretages.

### **Handlemuligheder når akut indsats ikke er påkrævet**

- Gør status og læg en plan for, hvordan det bedst vurderes, om familien har brug for en hjælp, den ikke får aktuelt, og hvor meget sagen haster
- Fortæl forældrene, at en sådan kortlægning altid er nødvendig af hensyn til børnene
- Fortæl dem, at de løbende vil blive inddraget i planlægningen, og at de vil kunne deltage i eventuelle møder
- Indhent accept af, at de øvrige professionelle omkring familien kontaktes
- Læg i samarbejde med familien en plan for, hvordan børnenes situation bedst belyses
- Fordel arbejdsopgaverne.

### **Handlemuligheder hvis en forælder med en psykisk lidelse ikke magter at samarbejde**

Det kan i forbindelse med visse psykiske lidelser – i hvert fald i perioder – være meget vanskeligt at etablere et samarbejde. Dette bør prioriteres højt, selv om processen kan være tidskrævende, idet samarbejdet er af afgørende betydning for både en god undersøgelse og for etablering af hjælpeforanstaltninger.

Det er ligeledes meget vigtigt, at det behandlende personale i voksenpsykiatrien kommunikerer klart og tydeligt over for forældrene om, hvem der har ansvar for hvad. Når forældrene behandles respektfuldt og informeres om alle beslutninger og handlinger, minimeres risikoen for, at forløbet får negative konsekvenser for behandlingsalliancen.



## Rollefordeling i undersøgelsesfasen

Undersøgelserne kan ikke foretages fyldestgørende i den ene sektor. Forudsætningen for at kunne give familien en sufficient støtte er en psykiatrisk og psykosocial udredning. På baggrund af f.eks. en familiesamtale formidles, hvilke problemer barnet ud fra forældrenes og egne oplysninger skønnes at have. Herefter skal sociale sektoren vurdere og undersøge familiens behov for støtteforanstaltninger og træffe beslutninger.

*Diagnostik af evt. psykiske sygdomme hos børn* foretages af børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Hvis der er bekymring for børns udvikling, bør der ske henvisning til udredning i socialforvaltningen og/eller henvises til en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling.

*Diagnostik af psykisk sygdom og misbrug hos forældrene* foretages af voksenpsykiatrien. Det er særligt relevant i forhold til børnene at foretage en vurdering af, om den voksne inddrager barnet i sine sygdomsforestillinger, om den voksne er autistisk tilbagetrukket, om den voksne har pludselige affektudbrud og udøver vold eller har tanker om at begå selvmord.

*Vurdering af relationen mellem børn og forældre.* Der skal lokalt være udarbejdet samarbejdsaftaler, der beskriver, om det er en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling eller specielt sagkyndige i kommunen, der foretager en vurdering af forælderevnen. Kan den voksne dække børnenes behov? På hvilke områder skal det anbefales, at der etableres støtte, for at børnenes behov dækkes?

*Vurdering af familiens sociale omstændigheder og behov* foretages af socialforvaltningen. Der samarbejdes tæt mellem sagsbehandler i børne-familieteam og socialrådgiver i voksenpsykiatrisk regi. En af disse skal fungere som primær koordinator på det sociale område.

For alle deltagere i det tværsektorielle samarbejde gælder det, at koordinering og udveksling af relevant information er helt central for den sammenhængende planlægning.

## Underretningspligten

Hvis personalet inden for voksenpsykiatrien mangler kendskab til og har en negativ forventning til kommunens handlemuligheder, er det en barriere i formidlingen til forældrene om betydningen af et samarbejde.

For at overvinde denne barriere er det nødvendigt, at behandlerne i voksenpsykiatrien får viden om kommunernes kompetencer og Servicelovens regler om underretningspligt. En underretning er ikke en anmeldelse – eller som den ofte betegnes en indberetning – et ord der antyder noget ubehageligt for forældrene, men simpelthen en anmodning om, at socialforvaltningen skal vurdere, om familien har brug for hjælp.

Enhver, der er i tvivl om fremgangsmåden, kan altid rette henvendelse til kommunen om råd og vejledning. En anden mulighed er at kontakte Den Sociale Ankestyrelse, der ifølge Serviceloven har selvstændig kompetence til at iværksætte en undersøgelse, også hvis kommunen ikke handler på en underretning.

Efter Servicelovens § 153 skal ”alle offentligt ansatte underrette kommunen, hvis de får kendskab til forhold, der giver formodning om, at et barn eller en ung under 18 år har behov for særlig støtte”.

I Socialministeriets bekendtgørelse om underretningspligt over for kommunen, efter Lov om social service (Socialministeriet, 2006), står der i bilag 1 § 2, stk. 2 at: ”underretningspligten indtræder, når der ikke er rimelig mulighed for gennem egen virksomhed i tide at afhjælpe vanskelighederne”. Rådgivning og vejledning af forældrene og barnet/den unge samt dialog og samarbejde anføres som handlemuligheder før underretning.

Underretningen kan foregå mundtligt såvel som skriftligt. Det er vigtigt, at problemet og bekymringen for børn beskrives så konkret og detaljeret som muligt, for at de sociale myndigheder har mulighed for at vurdere alvoren i den pågældende underretning. En skriftlig underretning er derfor at foretrække, da det kun på denne måde bliver tydeligt også for forældrene, hvilke oplysninger der er videregivet.

Der bør så vidt muligt være dialog og samarbejde med forældrene, inden underretning finder sted. Patienten bør under alle omstændigheder orienteres forinden, og det bør forsøges at få samtykke til at sende en underretning, ligesom der er gode erfaringer med at tilbyde

forældrene, at en kontaktperson fra psykiatrisk afdeling deltager i første møde med forvaltningen. Hvis det ikke er muligt at etablere samarbejde med forældrene, skal underretningen dog finde sted også uden samtykke, hvis det er nødvendigt for at tilgodese deres børns særlige behov. Serviceloven indeholder bestemmelser om, at socialforvaltningen altid skal sende en kvittering for modtagelsen med oplysninger om, hvilken sagsbehandler sagen er visiteret til. De ansatte i voksenpsykiatrien bør være klar over, at man på grund af socialforvaltningens tavshedspligt ikke nødvendigvis vil blive informeret om, hvilke undersøgelser eller foranstaltninger der sættes i værk. Den, der har henvendt sig, vil kun høre nærmere, hvis det er nødvendigt for kommunen at indhente yderligere oplysninger for at kunne yde den nødvendige støtte til børnene. Da mange forældre erfaringsmæssigt gerne samarbejder, kan oplysninger selvfølgelig udveksles, hvis de giver tilladelse til det.

Det er et kompliceret og sårbart område, og det er derfor vigtigt at inddrage tværfaglig ekspertise, men det skal understreges, at underretningspligten er en personlig forpligtelse for hver enkelt medarbejder. Socialrådgiveren i det psykiatriske behandlingsteam vil være en særlig ressourceperson i forhold til at vurdere, om underretningen skal sendes, og hvordan den skal formuleres.

En underretning betyder altså, at *kommunen* har pligt til at undersøge børns/unges forhold, når de modtager en underretning. Servicelovens regler betyder, at *forældrene* har pligt til at medvirke i en undersøgelse, når der er formodning om, at deres børn har behov for særlig støtte. Forældrene skal selvfølgelig informeres om, at kommunen skal inddrage dem i beslutningerne om, hvilke støtteforanstaltninger der skal sættes ind med.

#### **Opgavefordelingen kan derfor beskrives således:**

*Den kommunale socialforvaltning* har et særligt ansvar for at tilbyde børn og familier et støtte- eller behandlingstilbud til børn, når der er særlige behov. Forudsætningen for at socialforvaltningen kan opdage sådanne behov er, at den orienteres, når andre har kendskab til, at børn har behov for særlig støtte. Sædvanligvis er det forældre, der retter henvendelse dertil, når deres børn har behov for særlig støtte, men har forældrene en psykisk sygdom og har svært ved at varetage deres børns tarv, har ansatte i psykiatrien en særlig opgave i forhold til den skærpede underretningspligt, der gælder for alle offentligt ansatte.

*De ansatte i voksenpsykiatrien* har kendskab til sygdommens virkninger og dermed gode muligheder for at kunne leve sig ind i, hvilke oplevelser børn kan have haft i forhold til forældrens psykiske sygdom. De ansatte i voksenpsykiatrien har kendskab til patientens forhold i familien og dermed gode forudsætninger for at kunne bedømme patientens ressourcer og vanskeligheder som forælder set i relation til den psykiske sygdom. I voksenpsykiatrien har behandlerne som hovedregel en behandlingsalliance med patienten, der kan give adgang til at tale med patienten om bekymringer for deres børn og få indsigt i, hvor patienten kunne have brug for særlig støtte i forhold til børnene.

#### **Underretningspligtens lovgrundlag**

Med virkning fra 1. januar 2001 blev Lov om social service ændret bl.a. for at styrke indsatsen for børn og unge med særlige behov. Det er i loven præciseret, at der sættes ind med forebyggende foranstaltninger så tidligt som muligt, og at støtten til forældrene skal styrkes, hvis der sker en anbringelse. Med hensyn til underretningspligten har den før denne lovændring kun omfattet underretninger efter børns fødsel. Med lovændringen blev der indført underretningspligt også for en gravid kvinde med alvorlige misbrugsproblemer. Ændringen gælder kun for disse og altså ikke for gravide med en alvorlig sindslidelse, med mindre der også er tale om alvorlige misbrugsproblemer. I høringsvarene inden lovvedtagelsen var der store betænkeligheder fra læger og jordemødre, der frygtede for behandlingsalliancen, hvis der skete underretning. Det er nøjagtig den samme frygt, der stadig er gældende for mange behandlere inden for psykiatrien, og som stadig hindrer, at der bliver sat fokus på de vilkår, patienternes børn lever under. Erfaringerne fra praksis viser i de allerfleste tilfælde det modsatte, nemlig at behandlingsalliancen styrkes, når de syge forældre oplever, at personalet i voksenpsykiatrien tager deres børns behov alvorligt og formidler hjælp til dem, også det ufødte barn og dets familie, hvis personalet gør sig umage med at gøre det på en respektfuld og medlevende måde.

Det er i kommentarerne til loven fremhævet, at hensigten med at indføre underretningspligt for gravide med alvorlige misbrugsproblemer er at give de sociale myndigheder mulighed for at sætte ind med støtte så tidligt som muligt for at mindske risikoen for, at børn fødes med skader som følge af morens alkohol- eller narkotikamisbrug.

Siden denne lovændring blev vedtaget er opmærksomheden for livsvilkårene også for andre børn - herunder for børn af forældre med en psykisk lidelse - øget. Det er velkendt, at en gravid med en psykisk lidelse har en øget risiko for at føde for tidligt med fare for fysisk skade på barnet. Opmærksomheden bør selvfølgelig også være rettet mod de psykiske skader, barnet udsættes for, hvis ikke der sættes ind med nødvendige støtteforanstaltninger til familien både før og efter barnets fødsel. Erfaringer både nationalt og internationalt viser netop, at tværfaglig støtte til gravide kvinder og spædbarnsfamilier næsten altid modtages positivt af familierne.

Med Lov nr. 135 af 29. maj 2007 om ændring af Lov om social service er § 153 om underretningspligt i stk. 3 blevet udvidet til, at ”ministeren kan i en bekendtgørelse fastsætte regler, hvorefter personer, der udøver offentlig tjeneste eller offentligt hverv, skal underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af deres tjeneste eller hverv får kendskab til vordende forældre med problemer, der giver formodning om, at barnet vil få behov for særlig støtte umiddelbart efter fødslen.” Det er samtidig i § 50 stk. 10 indført, at kommunen ved en sådan underretning har pligt til at undersøge de vordende forældres forhold nærmere.

Ministerens har ved redaktionens slutning ikke udmøntet denne bemyndigelse i bekendtgørelsen om underretningspligt.



# Implementering og forankring af forældre- og børneperspektivet

Der bør eksistere standarder med tilhørende indikatorer på nationalt niveau om børn af forældre med psykisk lidelse. Disse standarder skal udvikles med udgangspunkt i dokumenteret evidens og god praksis. Når standarderne er udviklet, skal de implementeres, forankres og kvalitetssikres i psykiatrien. Denne publikation giver anbefalinger på klinisk, organisatorisk og interpersonelt niveau, som bør indgå i disse standarder og indikatorer.

I det følgende beskrives, hvad der allerede foreligger af standarder og indikatorer, som kan anvendes på området, og henvises til værktøjer og andet materiale, som kan anvendes ved udvikling af flere standarder for at kvalitetssikre indsatsen for børn af forældre med psykisk lidelse.

## Forældre- og børneperspektivet stiller organisatoriske krav

Det er nødvendigt, at den psykiatriske sektor overalt er kompetent til at kunne varetage opgaven med at behandle og pleje en patient med en psykisk lidelse ud fra en helhedsbetragtning og dermed med inddragelse af alle de personer, der har indflydelse og/eller betydning for patienten. Det gælder naturligvis også varetagelsen af patientens eventuelle børns behov for at blive medinddraget i forløbet og den nødvendige omsorg og støtte til disse børn.

### De ansatte i psykiatrien har ansvar for at sikre patienternes børns tarv

Indsatsen for børn, der har særlig behov for støtte, er primært socialforvaltningens ansvarsområde. Det gælder også de familier, hvor en forælder har en psykisk lidelse. Men forvaltningens muligheder for at sætte ind med en tidlig indsats er afhængig af, at børnene opspores i de sammenhænge, hvor det er muligt at få øje på deres særlige behov. I psykiatrien har de

ansatte både gode muligheder og et stort ansvar for at opspore børn af forældre med psykisk lidelse og give den omsorg og støtte til børnene som pårørende, der naturligt kan gives i en psykiatrisk behandlingskontekst. Indsatsen over for børn som pårørende må derfor indgå som kerneydelse i den overordnede psykiatriske behandlingspolitik og -målsætning, og indsatsen skal være anerkendt på alle ledelsesniveauer i organisationen.

Ansaret for at underrette kommunen, såfremt der er behov for yderligere indsats, ligger entydigt hos de ansatte i psykiatrien.

### Tværasektorielt samarbejde og samarbejdsaftaler

Inddragelsen af relevante tværasektorielle samarbejdspartner er afgørende for at sikre den nødvendige omsorg til børnene. Dette samarbejde må etableres såvel på ledelses- som på praktikerniveau med henblik på en fælles forståelse for vigtigheden af indsatsen for de berørte børn.

På det overordnede plan i forhold til samarbejdet med de stedlige kommuner og børne- og ungdomspsykiatrien samt praktiserende læger og psykiatere, bør der udarbejdes samarbejdsaftaler med henblik på at optimere dette samarbejde og kvalificere indsatsen for børn som pårørende til forældre med en psykisk lidelse.

I Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) ([www.kvalitetsinstitut.dk](http://www.kvalitetsinstitut.dk)) er der udarbejdet en standard med dertilhørende indikatorer under temaet koordinering og kontinuitet omkring samarbejdsaftaler, som også gælder på det psykiatriske område. Efter høring og pilottest medio 2007 bliver den implementeret og forankret i somatisk og psykiatrisk regi. Med udgangspunkt i denne standard anbefales det at udarbejde lokale retningslinjer for indsatsen for børn af forældre med en psykisk lidelse, således at indsatsen kan kvalitetssikres.

### Eksempel på emner i en samarbejdsaftale vedrørende børn som pårørende til forældre med en psykisk sygdom

1. *Formålet* med samarbejdsaftalen – for eksempel at øge fokus på børn af forældre med psykisk lidelse med henblik på at opkvalificere den tværsektorielle indsats over for denne gruppe særligt udsatte børn
2. *De involverede parter* er kommunen og regionen. Det kan være udspecificeret til: kommunens børnefamilieafsnit, sundhedsplejen, daginstitutionsområdet, skole, PPR og socialpsykiatri. I regionen kan det være voksenpsykiatriens sengeafdelinger, distriktpsikiatri/lokalpsykiatri og børne- og ungdomspsykiatrien samt privatpraktiserende læger og psykiatere
3. *Ansvarsfordelingen* beskrives, så det er klart, hvem der varetager hvilke opgaver i forhold til familier og børn. Psykiatriens ansvar kan beskrives som behandlingen af voksne med psykisk lidelse, inddragelse af såvel voksne pårørende som børn i samarbejde og dialog med henblik på at øge den gensidige forståelse. Psykiatriens ansvar er også at afdække, om der er behov for yderligere støtte, samt underrette kommunen, når der er børn, som formodes at have behov for en sådan støtte. Kommunens ansvar kan beskrives som at iværksætte undersøgelse, behandling og støtte til børn og forældre, når særlige forhold taler herfor, som er omfattet af Lov om social service
4. *De aftalte arbejdsrutiner* kan beskrives under hensyntagen til de særlige lokale forhold, der er gældende
5. *Samarbejdsaftalen bør løbende justeres*, og der bør hver gang tages stilling til, hvornår aftalen skal justeres. Samarbejdsaftalen kan understøttes ved at nedsætte et tværsektorielt team med repræsentanter for de involverede parter. Et sådant team kan eventuelt kontaktes i tilfælde af tvivl om, hvordan en indsats bedst gribes an.

## Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)

Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) for Sundhedsvæsenet er et fælles kvalitetsudviklings- og akkrediterings-system for hele det danske sundhedsvæsen, baseret på et fælles sæt af standarder med tilhørende indikatorer. DDKM fokuserer på patientforløb på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, imellem institutioner og internt i institutionerne.

Formålet med DDKM er at:

- Udvikle et evalueringsgrundlag i form af standarder med tilhørende indikatorer
- Fremme kontinuerlig klinisk, faglig og organisatorisk kvalitetsforbedring af patientforløbene
- Gennemføre en ekstern vurdering og akkreditering af de involverede institutioner
- Understøtte gennemsigtighed og gennemskuethed af kvaliteten i sundhedsvæsenet.

### Psykiatrien er omfattet af DDKM

DDKM er obligatorisk og omfatter principielt alle udbydere af offentligt finansierede sundhedsydelser i Danmark.

DDKM omfatter på sigt de fire sektorer: sygehussektoren, den kommunale sundhedssektor, praksissektoren samt visse dele af den private sektor. Ikke alle disse sektorer omfattes af den første version af DDKM, men vil blive inddraget efterhånden.

Det første evalueringsgrundlag (standarder med tilhørende indikatorer) i DDKM, som er udviklet i 2006, omfatter blandt andet alle danske offentlige sygehuse, såvel somatiske som psykiatriske, herunder deres samarbejde med og relationer til andre institutioner og sektorer.

I den første version af DDKM er udvalgt 37 temaer, hvortil er udarbejdet et evalueringsgrundlag. Temaerne er inddelt i tre hovedområder:

- Generelle forløbsaktiviteter (16 temaer)
- Sygdomsspecifikke forløbsaktiviteter (11 temaer)
- Organisatoriske aktiviteter (10 temaer).



Inden for de generelle forløbsstandarder er blandt andet temaer som koordinering og kontinuitet, overdragelse, patientinddragelse, patientinformation og kommunikation, som er relevante i et forældre- og børneperspektiv. Inden for de organisatoriske aktiviteter er temaet om kompetencer relevant, da det anbefales, at de ansatte skal have tilbud om uddannelse i relation til forældre- og børneperspektivet. Inden for de sygdoms-specifikke forløbsaktiviteter er der udviklet en standard med tilhørende indikatorer om skizofreni. Her er udarbejdet indikatorer om patientperspektivet, hvor inddragelse af pårørende og anvendelsen af psykoedukation er beskrevet.

Det anbefales, at de retningslinjer som skal udarbejdes i henhold til forældre- og børneperspektivet så vidt muligt indgår i de standarder og indikatorer, som allerede eksisterer i DDKM. Desuden anbefales at anvende grundskabelonen fra DDKM (se Bilag 3) ved behov for udvikling af nye standarder på området.

## **Standarder for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme på sygehus**

En interessegruppe under Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark har udviklet fem standarder for sundhedsforebyggelse og sundhedsfremme. Standarderne retter sig mod både den sundhedsfaglige, den organisatoriske og den patientrelaterede kvalitet. Til de fem standarder er der underpunkter, som indeholder krav om udarbejdelse af retningslinjer, information og implementering i praksis (Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, 2003). Netværkets standarder er udviklet i samarbejde med WHO og foreligger i en udvidet udgave som en WHO publikation med tilhørende selvevalueringsmanual og forslag til indikatorer (WHO, 2004; Groene, 2006).

### **Standard 1**

Sygehuset har en skriftlig politik for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme. Politikken indgår i den overordnede kvalitetsudviklingspolitik, som har til formål at forbedre sygehusets resultater. Politikken er rettet mod patienter, pårørende og personale.

### **Standard 2**

Ledelsen sikrer, at det sundhedsfaglige personale i samarbejde med patienten systematisk vurderer behovet for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme.

### **Standard 3**

Patienten informeres om væsentlige faktorer vedrørende egen sygdom eller sundhedstilstand, muligheder for og effekt af sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme, samt tilbydes systematisk intervention som en del af alle patientforløb.

### **Standard 4**

Ledelsen skaber vilkår for udviklingen af sygehuset/afdelingen som en sundhedsfremmende arbejdsplads.

### **Standard 5**

Ledelsen har en plan for samarbejde med andre dele af sundhedsvæsenet og andre samarbejdspartnere om sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme.

Med udgangspunkt i Netværkets fem standarder har temagruppen Forebyggelse og sundhedsfremme i DDKM udviklet standarder med tilhørende indikatorer. Forebyggelse og sundhedsfremme er hermed integreret i DDKM. I forlængelse heraf anbefales det, at udviklingen af nye standarder med fokus på forældre- og børneperspektivet tager udgangspunkt i DDKM's standarder for forebyggelse og sundhedsfremme.

## **Anbefalinger**

I det følgende opsummeres publikationens anbefalinger. De bør indgå i udviklingen af standarder og retningslinjer om børn af forældre med psykisk lidelse.

### **Den systematiske udredning og registrering af børn og deres vilkår, samt de relevante tilbud sygehuset rutinemæssigt giver dem**

Sygehuset udarbejder retningslinjer, der sikrer, at alle medarbejdere er vidende om og fortrolige med god registreringspraksis, systematisk udredning af børnenes forhold og varetagelse af relevante tilbud til børnene, både som besøgende, i gruppe og under familiesamtale.

Der skabes rum og tid, som en forudsætning for realiseringen af indsatsen. Der skabes børnevenlige besøgsforhold.

*(fortsætter)*

(Anbefalinger fortsat)

### **God behandlingskultur, der respektfuldt samarbejder med og inddrager forældre og familiens netværk**

Ledelsen skaber vilkår for udvikling af en sund og god behandlingskultur via relevant kompetenceudvikling, undervisning, supervision og dialog.

Ledelsen sikrer plan for en sundhedsfremmende arbejdsplads i vækst med løbende kvalitetsvurdering.

### **Tilbud til familier, hvor gravide/spædbarnsmødre har brug for akut psykiatrisk behandling, evt. i form af indlæggelse**

Ledelsen sikrer, at der ligger retningslinjer og procedurer med henblik på vurdering af behov for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme rettet mod denne patientgruppe.

Ledelsen sikrer, at det sundhedsfaglige personale er uddannet til opgaven, og at de fysiske rammer er hensigtsmæssige.

### **God praksis for tværfagligt og tværsektorielt samarbejde**

God praksis for tværfagligt og tværsektorielt samarbejde bør bygge på givne retningslinjer og samarbejdsaftaler. Det er imidlertid vigtigt, at disse retningslinjer, og ikke mindst samarbejdsaftaler på tværs af sektorer, er nedskrevet, således at de løbende kan justeres/evalueres i forhold til at sikre kvaliteten af det arbejde, der udføres.

Der bør derfor fra ledelsesniveauet i samtlige sektorer udarbejdes skriftlige aftaler og evt. vejledninger/retningslinjer for såvel det tværfaglige som det tværsektorielle samarbejde omkring indsatsen over for børn af forældre med psykisk sygdom.

Alle aftaler bør have afsæt i familieperspektivet og bør indeholde:

- Specifikke retningslinjer for samarbejde med forældrene i forhold til beslutningsprocessen
- Sikring af, at det aktuelle netværk omkring barnet inddrages
- Retningslinjer for et samarbejde med alle specialer inden for psykiatrien, specielt børne- og ungdomspsykiatrien, de svangreprofylaktiske, gynækologi-

ske og pædiatriske afdelinger, således at der sikres en samarbejdsform, der kan medvirke til at sikre disse børn så optimalt som muligt

- Retningslinjer for samarbejde omkring fælles indsats i tilfælde af fælles patienter i samme familie
- Retningslinjer der sikrer at der til stadighed er fokus på videreudvikling af samarbejdet omkring forældre med psykisk lidelse, deres familier og ikke mindst deres børn
- Et koncept hvor specialister fra de forskellige sektorer fungerer som konsulenter i andre sektorer.

De aktuelle indsatser i de respektive sektorer bør løbende evalueres med henblik på en bredere beskrivelse og evaluering af indsatsen samt senere implementering af anbefalinger til forbedringer.

### **Psykoedukation til såvel forældre som børn**

For at styrke barnets og forælders forståelse, indsigt og medvirken som aktiv deltager, og for at understøtte integrationen af systematisk sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme i alle forløb, er det vigtigt, at ledelsen sikrer dokumentation af tilbuddet og evaluering af forløbet.

Der skal opstilles plan for de relevante aktiviteter.

### **Kompetenceniveauer og udvikling af kompetence i det professionelle netværk**

Sektoren skal udarbejde retningslinjer, der sikrer, at alle medarbejdere i det kliniske felt har de nødvendige kompetencer. Det indebærer:

- Faglig og formel uddannelse i at varetage opgaven med børnene (nøglepersonsuddannelse)
- Nedskrevne obligatoriske retningslinjer om kvalitetssikring af kompetenceniveauet
- Nedskrevne og til stadighed videreudviklede retningslinjer, der sikrer, at den psykiatriske sektor til stadighed udvikler kompetencer på området.

Retningslinjerne bør indeholde vejledninger og henvisninger til, hvordan kompetenceudviklingen skal foregå.

## Undervisningsprogrammer

Basisindhold i alle undervisningsprogrammer skal indeholde undervisning i Servicelovens bestemmelser om børns rettigheder og offentligt ansattes skærpede underretningspligt. Der eksisterer en angst blandt personale i det professionelle netværk netop omkring offentligt ansattes skærpede underretningspligt, så viden om Servicelovens bestemmelser er meget nødvendig at formidle. Det skal sikres, at denne viden bliver en selvfølgelig viden på lige fod med al anden viden om sygdomme, pleje etc.

## Oplysningsmateriale

Det er meget vigtigt, at der til stadighed udvikles tidssvarende og relevant oplysningsmateriale til samarbejdspartnere og befolkningen. En relevant måde at kvalitetssikre materialet er at samarbejde med et brugerpanel, der har/har haft brug for støtte. Det er realistisk at medtænke børn i et sådant brugerpanel, så længe der tages hensyn til børnenes forudsætninger. Netop et brugerpanel vil vide, hvad der bør lægges vægt på, og om en given oplysning er relevant for modtagerne.

## Eksempler på indhold i retningslinjer

1. Obligatorisk registrering i journalen af patienter med børn samt tilstrækkelige oplysninger til at kunne sikre relevant støtte til barnet/børnene som pårørende. Blandt andet oplysninger om, hvorvidt barnets om-sorgssituation er sikret godt nok under patientens indlæggelse eller ambulante behandlingsforløb. Registreringen indarbejdes i det nationale EPJ-koncept (elektronisk patientjournal) for at sikre, at oplysningerne indhentes
2. Retningslinjer, der sikrer inddragelsen af og omsorgen for barnet i form af:
  - Udredning af barnets omsorgssituation ved den indledende kontakt med patienten samt evt. etablering af kontakt til betydningsfulde voksne i barnets netværk, efter aftale med patienten
  - Samtale med patienten om forælderrollen og om barnet
3. Uddannelse af tovholdere/nøglepersoner i hvert afsnit/enhed i psykiatrien til at have særligt fokus på området, være kulturbærer af børnesynet i psykiatrien, varetage familiesamtalerne samt sikre implementeringen lokalt
4. Kvalificeret børnesagkyndig supervision af medarbejdere med kontakt med børn, hvad enten det er i form af familiesamtaler, individuelle samtaler med barnet eller med børn i gruppe.
  - Samtale med patienten og barnet sammen med den anden forælder eller en anden for barnet betydningsfuld voksen
  - Udmøntning af underretningspligten til kommunen ved behov for yderligere støtte til barnet/familien i samarbejde med socialrådgiveren på afsnittet
  - Samarbejde med barnets/familiens primære netværk for at sikre optimal støtte til barnet fra dets daglige eller potentielle omsorgspersoner, dvs. med fagpersoner fra dagpleje, daginstitution/fritidstilbud, skole, PPR (pædagogisk, psykologisk rådgivning), sundhedsplejerske, praktiserende læge, naboer, bedsteforældre eller andre betydningsfulde voksne i barnets liv
  - Tilbud til børn om psykoedukation i form af gruppetilbud med jævnaldrende børn
  - Etablering af faste henvisningsprocedurer samt en konsulentaftale med den lokale børne- og ungdomspsykiatriske afdeling mhp. afklaring af barnets eventuelle behov for børnepsykiatrisk udredning og behandling
  - Etablering af en funktion som tovholder eller nøgleperson på hvert enkelt afsnit, som skal medvirke til, at indsatsen tilpasses de lokale forhold, at der sikres gode besøgsmuligheder for børn og tilbydes familiesamtaler med barnet som pårørende.

## Implementering og kvalitetssikring af en standard

Når en standard er blevet udviklet, er det vigtig at den bliver anvendt i organisationen. Derfor skal implementering, forankring og kvalitetssikring sikres i organisationen. Det anbefales at lade processen følge de fire trin beskrevet i grundskabelonen fra DDKM (se Bilag 3).

### Trin 1: Retningslinjer

Det angives, hvilke krav den enkelte institution stiller til tilstedeværelse og indhold af retningslinjer i relation til den pågældende standard. Dokumentationen sker med eventuel angivelse af indholdet.

### Trin 2: Implementering og anvendelse af retningslinjer

Det angives, på hvilken måde institutionen kræver dokumentation for implementering og anvendelse af retningslinjerne for den pågældende standard.

Dokumentationen kan ske ved:

- Indikatormonitorering (inklusive angivelse af opfyldelsesgrad)
- Kvalitativ vurdering.

Dokumentationen forholder sig til:

- Om retningslinjerne er til stede, og deres indhold er kendt af relevant personale
- Om retningslinjerne er taget i brug
- Om afvigelser fra retningslinjerne dokumenteres
- Om revision af retningslinjerne i henhold til institutionens politik dokumenteres.

### Trin 3: Kvalitetsovervågning

Det angives, på hvilken måde institutionen kræver dokumentation for monitorering (måling, overvågning og vurdering) af den pågældende standard.

Dokumentationen sker ved:

- Systematisk og regelmæssig måling vha. indikatorer (f.eks. dokumentation for løbende dataindberetning)
- Systematisk og regelmæssig analyse og vurdering af indikatormålinger (f.eks. systematisk auditering).

### Trin 4: Kvalitetsforbedring

Det angives, på hvilken måde institutionen kræver dokumentation for, at der iværksættes kvalitetsforbedrende initiativer ved behov i forhold til den pågældende standard.

Dokumentationen forholder sig til:

- Løbende kvalitetsforbedring, herunder vurdering af aktuelle resultater i forhold til de opstillede opfyldelsesgrader for indikatorerne samt vurdering af forbedringer over tid
- Årsagsanalyse af identificerede kvalitetsbrist
- Planlægning af tiltag til kvalitetsforbedring
- Implementering af tiltag til kvalitetsforbedring
- Opfølgning på kvalitetsforbedringstiltag.

## Kompetenceudvikling

I DDKM er der udarbejdet standarder for personalets inddragelse af pårørende efter patientens ønsker, under hensyntagen til reglerne om samtykke. Disse standarder gælder også for psykiatrien. Patienterne skal give deres samtykke til, hvornår og hvordan de pårørende kan og må inddrages i patientforløbet. I flere tilfælde kan patienternes sygdom dog bevirke, at de eventuelt i perioder tager afstand fra deres pårørende og ikke ønsker dem inddraget i sygdomsforløbet.

Der har ikke tidligere systematisk været fokus på psykiatriske patienters børn. For at personalet kan påtage sig at opspore og tale med disse børn, er der behov for særlige kompetencer.

Inden for området rekruttering, uddannelse og kompetencesikring har DDKM udarbejdet en standard, som omhandler evaluering og kompetenceudvikling. Standarden er obligatorisk for psykiatrien. Det anbefales at udarbejde specifikke retningslinjer for at sikre, at der tilbydes en differentieret indsats på forskellige kompetenceniveauer:

1. *Basisniveau*: Kompetence til den almene indsats, som alle ansatte skal kunne varetage
2. *Specialniveau*: Kompetence til den indsats, som kræver en særlig indsigt, viden og erfaringer på området.

### Basisniveau

Alle ansatte skal forstå vigtigheden af at have fokus på børn som pårørende. Alle ansatte skal kunne:

- Spørge til børnene

- Tale med den psykiatriske patient om børnene og de bekymringer, som patienten måtte have i forhold til børnene
- Tale med patienten om dennes forælderrolle og eventuelle vanskeligheder i denne
- Motivere patienten til at tage imod tilbuddet om familiesamtale/gruppetilbud til børn.

Hver enkelt ansat skal være kompetent til og tryk ved at tage kontakt med de børn, de møder i forbindelse med arbejdet i psykiatrien, hvad enten denne kontakt sker i patientens hjem, på hospitalsafdeling, i distrikts- eller lokalpsykiatrien.

Hver enkelt ansat skal kunne tage ansvar for, at børnene får mulighed for at komme i dialog med personalet og få information om det, de er optaget af i forbindelse med forældrenes sygdom. Når børn kommer på besøg i hospitalsafdelingen, skal alle ansatte kunne sikre børnenes tryghed, og at både forældre og børn får en så positiv oplevelse som muligt.

Kompetenceudvikling på basisniveau bør omfatte:

- Obligatorisk undervisning på basisniveau 2 gange årligt i de enkelte regioner.

## Specialniveau

I hvert sygehusafsnit/distrikts-/lokalpsykiatri bør der være ansat et antal nøglepersoner for børn, som er specielt uddannede til at yde en udvidet og aktiv intervention i forhold til målgruppen.

Kompetenceudvikling på specialniveau bør omfatte:

- Uddannelse af en række nøglepersoner, som får til opgave at afholde forældre- og familiesamtaler og evt. støttende samtaler med børn som pårørende på individ- eller gruppeniveau.

## Uddannelse af nøgleperson

*Nøglepersonuddannelsens mål* er at bibringe og løbende opkvalificere den relationelle kompetence i forhold til børn og familier, kolleger og samarbejdspartnere.

*Uddannelsens formål er at:*

- Give kursisterne indsigt i de vanskeligheder, det giver for børn og voksne i en familie, når en af forældrene har en psykisk lidelse

- Kvalificere kursisterne til at afholde familiesamtaler med børn som pårørende
- Kvalificere kursisterne til at opfange og afhjælpe problemer for både børn og forældre
- Kvalificere kursisterne til at motivere forældre til at lade sig henvise til at få den nødvendige støtte
- Kvalificere kursisterne til at inspirere og støtte kolleger i deres kontakt med børn af forældre med psykisk lidelse
- Opkvalificere den tværfaglige og tværsektorielle indsats.

*Uddannelsen skal sikre at:*

- Den syge forælder støttes i sin forælderrolle som et led i den psykiatriske behandling
- Forældrene støttes i at forklare barnet om den psykiske sygdom
- Barnet får lejlighed til at møde den syge forælders behandler i en familiesamtale med fokus på at støtte barnets håndtering af vanskelige situationer i hverdagen
- Psykiatrien bidrager til at opspore børn, der har behov for særlig støtte, og i givet fald underretter de sociale myndigheder eller henviser til børne- og ungdomspsykiatrien, så barnet kan få den fornødne hjælp.

*Uddannelsens indhold:*

Uddannelsen bør afvikles over flere moduler med passende mellemrum, så det bliver muligt at afprøve den nye praksis undervejs. Uddannelsen bør indeholde teori og praksiserfaringer samt træning af metoder til kontakt og dialog med børn. Der er allerede i flere regioner igangsat uddannelse af nøglepersoner for børn, hvor uddannelsen varer fra 7-12 hele dage med supervision enten mellem modulerne eller som opfølgning på uddannelsen.

Følgende emner anbefales ud fra de hidtidige erfaringer at indgå i uddannelsen:

- Familiesamspil og familiedynamik, når en forælder er psykisk syg
- Hvordan forælderrollen påvirkes af den psykiske sygdom
- Børnesynet, barnets perspektiv og barnets levevilkår, når en forælder er psykisk syg



- Børns signaler, når der er problemer i relation til forældrene
- Et særligt fokus på gravide og småbørnsforældre med psykisk sygdom
- Beskyttelsesfaktorer og mestringsstrategier for udsatte børn
- Hvordan man taler med børn om vanskelige emner
- Øvelser og træning af familiesamtalen og samtaler med børn
- Hvordan man tager hensyn til barnets alder, udviklingstrin og særlige behov under samtalen
- Støttemuligheder for forældre og børn
- Tværfagligt, flerfagligt og tværsektorielt samarbejde
- Servicelovens bestemmelser vedr. børn og unge, underretning, tavshedspligt og videregivelse af oplysninger
- Hvordan man implementerer en praksis, der medtænker barnet/børnene
- Besøgsforhold for børn på de psykiatriske afdelinger
- Symptomer på psykiske forstyrrelser i barne- og ungdomsårene.

Kurset bør lægge stor vægt på *træningsdelen*. På uddannelsen trænes i samtalen med børn og forældre via rollespil, og det er hensigten, at deltagerne træner i kontakt med børn og familier imellem modulerne og er villige til at bruge egne erfaringer og til at lade sig udfordre fagligt og personligt undervejs. Der bør desuden arbejdes med *formidling* af viden og erfaringer samt *implementering* af den opnåede kompetence efter vedtagne retningslinjer.

*Løbende supervision* i grupper bør indgå som en del af forløbet og ikke mindst som fast opfølgning af træningsforløbet efter endt uddannelse. Mange erfaringer viser, at løbende supervision efter uddannelsen er afgørende for indsatsens implementering.

## Eksempel på en nøglepersons funktioner

1. *Kulturformidler*, der bidrager til formidling og implementering af et børnesyn i voksenpsykiatrien, der medtænker børnene i behandlingen af forældre med psykisk sygdom, så der bliver taget vare på børnenes behov som særligt sårbare og udsatte pårørende. Nøglepersonen arbejder for, at der til stadighed er fokus på børn af forældre med psykisk lidelse på behandlingskonferencer, personalemøder o.l.
2. *Vidensbank*, som følger med i og indsamler faglig viden om børn af forældre med psykisk lidelse
3. *Sparringspartner*, som personalet efter behov kan henvende sig til med henblik på faglig dialog ved konkrete problemstillinger i forhold til børn af forældre med psykisk lidelse, herunder:
  - Hvordan man i samtaler med patienten kan støtte denne i hans/hendes forælderrolle, særligt når patienten eller andre i barnets netværk bekymrer sig for barnet
  - Hvordan man kan motivere patienten og familien til at tage imod tilbuddet om en familiesamtale
  - Hvordan man som professionel i voksenpsykiatrien kan tale med et barn om dets trivsel, specielt i forhold til forælderens psykiske sygdom, samt hvordan man kan give barnet den fornødne opmærksomhed og anerkendelse gennem samtaler med barnet og forældrene
  - Hvordan man tolker børns signaler, ved bekymring for om de trives eller får tilstrækkelig omsorg, med henblik på at afklare, om der er behov for støtte
  - Hvorvidt et barns situation kræver en underretning til socialforvaltningen, jævnfør Servicelovens § 153, se kapitel 4
  - Hvilke hjælpeforanstaltninger der er for børn og familier generelt, og hvordan man kan viderehenvise barn og forældre til yderligere støtte
4. *Samarbejdsformidler*, der støtter personalet i at inddrage alle relevante samarbejdspartnere i det tværsektorielle netværk i indsatsen for barnet og familien. Nøglepersonen støtter personalet i at sikre sig forældrenes samtykke hertil.



## Referencer

- Ahlgreen B.** Usynlige unge - en bog om børn med psykisk syge forældre. København: Hans Reitzel. 2001.
- Barnow S, Spitzer C, Grabe HJ, Kessler C & Freyberger HJ.** Individual characteristics, familial experience, and psychopathology in children of mothers with borderline personality disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2006, 45(8): 965-72.
- Beardslee WR.** Out of the Darkened Room. When a Parent is Depressed, Protecting the Children and Strengthening the Family. Boston: Little Brown and Company. 2002.
- Beardslee WR, Gladstone TRG, Wright EJ & Cooper AB.** A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *Pediatrics*, 2003, 112(2): 119-31.
- Beardslee WB, Keller MB, Lavori PW, Staley J & Sacks N.** The impact of parental affective disorder on depression in offspring: a longitudinal follow-up in a non-referred sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1993, 32(4): 723-30.
- Blinkenberg S (red).** Når børn lever sammen med psykisk syge forældre. København: PsykiatriFondens Forlag. 2003.
- Byholm Christensen H.** Børnefamilier med alkoholproblemer: en undersøgelse af familieinteraktion, forældrenes symptomer på psykiske belastninger, børnenes psykosociale tilpasning og forandringer i forbindelse med behandling. Ph.d.-afhandling, Århus Universitet. Århus: Center for Rusmiddelforskning. 2000.
- Byholm Christensen H & Bilenberg N.** Behavioural and Emotional Problems in Children of Alcoholic Mothers and Fathers. *Eur J Child Adolesc Psychiatry*, 2000, 9: 219-26.
- Christensen E.** Når mor eller far drikker ... interview med børn og forældre i familier med alkoholmisbrug. København: Socialforskningsinstituttet, 1994, 94: 2.
- Christoffersen MN.** Risikofaktorer i barndommen - en forløbsundersøgelse særligt med henblik på forældres psykiske sygdomme. København: Socialforskningsinstituttet, 1999, 99:18.
- Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren.** Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner. København: DSKS. Januar 2003.
- Det Nationale Indikatorprojekt.** Skizofreni. Resultater. National auditrapport. Århus: NIP. 2006.
- Egelund T, Hestbæk D & Andersen D.** Små børn anbragt uden for hjemmet. En forløbsundersøgelse af anbragte børn født i 1995. Socialforskningsinstituttet 04:17, 2004.
- Elkins IJ, McGue M, Malone S & Iacono WG.** The effect of parental alcohol and drug disorders on adolescent personality. *Am J Psychiatry*, 2004, 161(4): 670-6.
- Elklit A & Gudmundsdóttir D.** Posttraumatisk stressforstyrrelse hos børn og unge. Virum: Forlaget Skolepsykologi, blå serie 29. 2006.
- Fish B.** Infant predictors of the longitudinal course of schizophrenic development. *Schizophr Bull*, 1987, 13: 395-409.
- Fish B & Kendler KS.** Abnormal infant neurodevelopment predicts schizophrenia spectrum disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2005, 15(3): 348-61.
- Glistrup K.** Hvad børn ikke ved ... har de ondt af. København: Hans Reitzel. 2002. 2. udg. 2006.
- Grace SL, Evindar A & Stewart DE.** The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Arch Womens Ment Health*, 2003, 6(4): 263-74.

- Groene O (ed.).** Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms. WHO Europe. 2006.
- Groene O & Garcia-Barbero M (eds.).** Health Promotion in Hospitals: Evidence and quality management. WHO Europe. 2005.
- Hans SL, Auerbach JG, Styr B & Marcus J.** Offspring of parents with schizophrenia: Mental disorders during childhood and adolescence. *Schizophr Bull*, 2004, 30(2): 303-15.
- Helweg-Larsen K, Kastrup M & Flachs EB.** Etniske forskelle i kontaktmønsteret til psykiatrisk behandling: et registerbaseret studie. København: Videnscenter for Transkulturel Psykiatri. 2007.
- Hinden BR, Biebel K, Nicholson J, Henry A & Katz-Leavy J.** A survey of programs for parents with mental illness and their families: Identifying common elements to build the evidence base. *J Behav Health Serv Res*, 2006, 33(1): 21-38.
- Hirshfeld-Becker DR, Biederman J, Henin A, Faraone SV, Dowd ST, Petrillo LA, Markowitz SM & Rosenbaum JF.** Psychopathology in the young offspring of parents with bipolar disorder: a controlled pilot study. *Psychiatry Res*, 2006, 145(2-3): 155-167.
- Holm P, Møller B & Perlt B (red.).** Når mor eller far ... er psykisk syg 2. En artikelsamling. København: Socialt Udviklingscenter SUS. 1999. 2. oplag 2002.
- Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Ehrensaft MK & Crawford TN.** Associations of parental personality disorders and axis I disorders with childrearing behavior. *Psychiatry*, 2006, 69(4): 336-50.
- Josefsson A & Sydsjø G.** A follow-up study of postpartum depressed women: recurrent maternal depressive symptoms and child behavior after four years. *Arch Womens Ment Health*, 2007, 10(4): 141-5.
- Kastrup M.** Psykiatriforståelse i Danmark og i traditionelle indvanderlande. I: Møller B (red). Etniske minoritetsbørn med psykisk syge eller traumatiserede forældre. København: Socialt Udviklingscenter SUS. 2004.
- Killen K.** Omsorgssvigt er alles ansvar. København: Hans Reitzel. 1993.
- Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse.** Alkohol – forebyggelse på sygehus. Fakta, metoder og anbefalinger. København: Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse. 2003.
- Lier, L.** The Copenhagen model of early preventive intervention aimed at high risk families, *Social Work in Europe*, 1997, 4(2): 15-8.
- Lier L.** Småbørn med psykisk syge forældre med anden etnisk baggrund. I: Møller B (red). Etniske minoritetsbørn med psykisk syge eller traumatiserede forældre. København: Socialt Udviklingscenter SUS. 2004.
- Lier L, Buhl-Nielsen B & Knudsen H.** Psykisk syge forældre og deres børn. København: Det tværministerielle børneudvalg. 2001.
- Lier L, Kastrup M & Rafaelsen OJ.** Psychiatric illness in relation to pregnancy and childbirth II. Diagnostic profiles, psychosocial and perinatal aspects. *Nord Psychiatr Tidsskr*, 1989, 43:535-42.
- Lindgaard H.** Voksne børn fra familier med alkoholproblemer – mestring og modstandsdygtighed. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning. 2002.
- Luthar SS & Sexton CC.** Maternal drug abuse versus maternal depression: Vulnerability and resilience among school-age and adolescent offspring. *Dev Psychopathol*, 2007, 19(1): 205-25.
- Montgomery E.** Flygtningebørn - Traume - udvikling – intervention. København: Dansk psykologisk Forlag. 2000.
- Murray L & Cooper PJ.** Postpartum depression and child development. *Psychol Med*, 1997, 27(2): 253-60.
- Murray L & Cooper PJ (eds.).** Postpartum Depression and Child Development. NY og London: Guilford press. 1997.
- Møller B & Stenbak E.** Når børn er pårørende. København: Socialt Udviklingscenter SUS. 2006.
- Nicholson J, Hinden BR, Biebel K, Henry A & Katz-Leavy J.** A Qualitative Study of programs for parents with serious mental illness and their children: Building practice-based evidence. *J Behav Health Serv Res*, 2007, (Epub ahead of print).
- Nielsen B & Nielsen AS.** Odensemодellen: Et bidrag til en evidensbaseret praksis ved behandling af alkoholmisbrugere. Fyns Amt. 2001.
- Nordenhof, I.** Projekt børn med psykisk syge forældre - En direkte og konkret indsats. Projekterfaringer og resultater – et børneperspektiv i voksenpsykiatrien. Et toårigt udviklingsprojekt for børn og forældre i familier, hvor en forælder er i behandling i Distrikt Midt, Fjorden. Roskilde: Distriktspsykiatrisk Center,

Havnevej 5, 4000 Roskilde. 2005. Rapporten kan downloades på [www.2.ra.dk/psykiatri/aktuelt.html](http://www.2.ra.dk/psykiatri/aktuelt.html).

**Parnas J, Cannon TD, Jacobsen B, Schulsinger H, Schulsinger F & Mednick SA.** Lifetime DSM-III-R diagnostic outcomes in the offspring of schizophrenic mothers. Results from the Copenhagen High-Risk Study. *Arch Gen Psychiatry*, 1993, 50(9): 707-14.

**Pilowsky DJ, Wickramaratne P, Nomura Y & Weissman MM.** Family discord, parental depression, and psychopathology in offspring: 20-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2006, 45(4): 452-60.

**Precht DH, Blinkenberg S & Lier L.** Personlig meddelelse. Dansk populationsundersøgelse. Publikation under udarbejdelse.

**Quinton D & Rutter M.** Family pathology and child psychiatric disorder: A four-year prospective study. In: Nicol AR (ed.). *Longitudinal studies in child psychology and psychiatry* (pp. 91-134). Chichester, England: Wiley. 1985.

**Sekretariat for Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark.** Standarder for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme på sygehuse. København: Sekretariat for Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark. 2003.

**Socialministeriet.** En god start til alle børn. København: Socialministeriet. 2003.

**Stenbak E, Møller B & Børjesson E.** Børn og forældre i voksenpsykiatrien. København: Socialt Udviklingscenter SUS. 2005. Kan downloades på [www.barn-ikfokus.dk](http://www.barn-ikfokus.dk).

**Stæhr J.** Idékatalog: Aktiviteter til brug i børnegrupper for børn med psykisk syge forældre / Kataloget udgives af SIND's Pårørenderådgivning Region Midtjylland i samarbejde med PsykInfo Forlaget. Århus: SIND's Pårørenderådgivning Region Midtjylland. 2006.

**Sundhedsstyrelsen.** Børn i familier med alkohol og stofproblemer. Forebyggelse og hygiejne, 1992, nr. 18.

**Sundhedsstyrelsen & Socialministeriet.** Børn som lever med forældres alkohol- og stofproblemer. København: Sundhedsstyrelsen. 1996.

**Sundhedsstyrelsen.** National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. København: Sundhedsstyrelsen. 2002.

**Sundhedsstyrelsen.** Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer. København: Sundhedsstyrelsen. 2005.

**Sundhedsstyrelsen.** Familieorienteret Alkoholbehandling – et litteraturstudium af familiebehandlings effekter. Viden- og dokumentationsenheden. København: Sundhedsstyrelsen. 2006.

**Sundhedsstyrelsen.** DRG – Dansk Casemix-system. [www.sst.dk/Planlaegning\\_og\\_behandling/DRG.aspx](http://www.sst.dk/Planlaegning_og_behandling/DRG.aspx).

**Tienari P, Wynne LC, Läksy K, Moring J, Nieminen P, Sorri A, Lahti I & Wahlberg KE.** Genetic boundaries of the schizophrenia spectrum: evidence from the Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 2003, 160(9): 1587-94.

**Von Folsach LL & Montgomery E.** Pervasive refusal syndrome among asylum-seeking children. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 2006, 11(3): 457-73.

**Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Verdelli H, Pilowsky DJ, Grillon C & Bruder G.** Families at high and low risk for depression: a 3-generation study. *Arch Gen Psychiatry*, 2005, 62(1): 29-36.

**WHO.** Standards for Health Promotion in Hospitals. WHO. 2004.

**Wynne LC, Tienari P, Nieminen P, Sorri A, Lahti I, Moring J, Naarala M, Läksy K, Wahlberg KE & Miettunen J. I.** Genotype-environment interaction in the schizophrenia spectrum: genetic liability and global family ratings in the Finnish Adoption Study. *Fam Process*, 2006, 45(4): 419-34.

**Zingenberg H.** Gravides alkoholforbrug og hyppigheden af medfødt alkoholskade i Danmark. Guldmedaljeafhandling. Københavns Universitet. 1984.

## Relevant lovgrundlag

Lov om forældremyndighed og samvær, nr. 387 af 14. juni 1995.

Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område, nr. 453 af 10. juni 1997, jf. lovbekendtgørelse nr. 56 af 18. januar 2007.

Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt, dialog og samarbejde med patientens pårørende. Sundhedsstyrelsen, 4. juli 2002.

Sundhedsloven, nr. 546 af 24. juni 2005, Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, nr. 414 af 5. maj 2006.

Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. Sundhedsstyrelsen, 22. august 2006.

Lov om social service, nr. 573 af 24. juni 2005, jf. lov-bekendtgørelse 58 af 18. januar 2007.

Bekendtgørelse om underretningspligt over for kommunen efter Lov om social service, nr. 1240 af 5. december 2006.

Socialministeriets vejledning 99 af 5. december 2006 om særlig støtte til børn og unge og deres familier (vejledning nr. 3 til Serviceloven).

Vejledning om sundhedspersoners underretningspligt over for kommunen. Sundhedsstyrelsen, 18. april 2006.

Familiestyrelsens bekendtgørelse 1259 af 7. december 2006 om forældremyndighed og samvær.

## Supplerende litteratur

**Ahlgreen B.** Hvorfor er det altid mig, der skal tage ansvaret? Et projekt for unge, hvis forældre eller søskende er sindslidende: Midtvejsevaluering af "Projekt Unge Pårørende", maj 1996. Århus: Center for Evaluering, Psykiatrien Århus Amt. 1996.

**Berg Broden M.** Mor og barn i ingenmandsland. Intervention i spædbarnsperioden. København: Hans Reitzel. 1994. 8. oplag 2007.

**Blinkenberg S, Vendsborg PB, Lindhardt A & Reisby N.** Distrikpsykiatri – en lærebog. København: Hans Reitzel. 2002.

**Børn i psykiatrien.** Århus: Psykiatrien Århus Amt. 2001.

**Elbinger Therkildsen M.** Vi levede i en boble... – en kvalitativ undersøgelse af voksne børn med psykisk syge forældre. Århus: Psykologisk Institut, Aarhus Universitet. 1998.

**Geilman AE.** Børn i familier med psykisk sygdom – kortlægning af psykisk syge forældre, der er i behandling på Almenpsykiatrisk Afdeling i Holbæk, og deres børn. Holbæk: Psykiatrisk Center, Vestsjællands Amt. 2006.

**Geilman AE.** Støtteindsatser til børn af psykisk syge forældre. Holbæk: Psykiatrisk Center, Vestsjællands Amt. 2006.

**Geilman AE.** Når mor eller far er psykisk syg. Resultater fra interview med professionelle og psykisk syge forældre. Holbæk: Psykiatrisk Center, Vestsjællands Amt. 2006.

**Geilman AE.** Jeg kommer ud med mine følelser hos nogen, der ved, hvordan det er. Evaluering af børnegruppen for børn af psykisk syge forældre på Almenpsykiatrisk Afdeling i Holbæk. Holbæk: Psykiatrisk Center, Vestsjællands Amt. 2006.

**Killen K.** Barndommen varer i generationer. Forebyggelse af omsorgssvigt. København: Hans Reitzel. 2001.

**Killen K.** Omsorgssvigt er alles ansvar. København: Hans Reitzel. 3. udgave 2005.

**Kjærgaard J, Mainz J, Jørgensen T & Willaing I.** Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet – en lærebog. København: Munksgaard. 2001.

**Mevik K.** Møde med galskab - om pårørende og psykiatri. København: Hans Reitzel. 1999.

**Møller B (red.).** Børn med psykisk syge forældre: god praksis. København: Socialt Udviklingscenter SUS. 2002.

**Møller B (red.).** Etniske minoritetsbørn med psykisk syge eller traumatiserede forældre. København: Socialt Udviklingscenter SUS. 2004.

**Nilsen W.** Psykiatriens børn: Når mor ikke orker mere. Århus: PsykInfo Forlaget. 1996.

**Rostbøll B (red.).** Generel vidensformidling om posttraumatisk stress til skolebørn og deres voksne netværk. Projektrapport. Århus: Århus Kommune, Magistratens 1. afdeling, Familiecenter Vest. 2004.

**Skerfving A.** Når forældre har alvorlige psykiske problemer - hvad kan man sige til børnene. Århus: Psykinfo Forlaget. 2002.

**Skerfving A.** Att synliggöra de osynliga barnen: om barn till psykiskt sjuka föräldrar. Stockholm: Förlagshuset Gothia. 2005.

**Solntanus T & Ringbom A.** Hvordan kan jeg hjælpe mit barn – til forældre med sindslidelse. København: Socialt Udviklingscenter SUS. 2002.

**Stenbak E.** Børn og forældre i voksenpsykiatrien: God praksis. København: Socialt Udviklingscenter SUS. 2005.

**Stenbak E & Hagensen P.** Børn som pårørende. København: Socialt Udviklingscenter SUS. 2004.

**Stenbak E, Røn Christensen S & Grünberger P.** Effektundersøgelse: Børn og forældre i voksenpsykiatrien. København: Socialt Udviklingscenter SUS. 2006.

**Svendsen E.** Samarbejde mellem voksenpsykiatrien og socialforvaltningen om børn af psykisk syge forældre: informationshæfte for behandlere i voksenpsykiatrien. Århus: PsykInfo Forlaget. 1998.

**Wigen T & Reinholt MK.** Selvet og dets forbundetheder. Selvpsykologi i forhold til børn af psykisk syge forældre. København: Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag. 2004.

**Øvreeide H.** At tale med børn. Samtalen som redskab i børnesager. København: Hans Reitzel. 1998. 2. omarb. udgave 2004.

**Ålbæk T & Glistrup S.** Børn af psykisk syge forældre: en undersøgelse af relationen mellem psykisk syge forældre og deres børns psykosociale udvikling. Århus: Psykologisk Institut, Århus Universitet. 1997.

## Bøger for børn og unge

**Bloch Thorsen G-R.** Hvorfor er mor sådan? København: Gyldendal. 1998.

**Bossow H & Høi Christensen ML.** Er det min skyld mor græder. Århus: SIND's Pårørenderådgivning. 2004.

**Bredstrup C & Andersen J.** Da mor græd og kom på hospitalet. København: Høst. 1999.

**Enevoldsen AC.** Det gule snit. Haderslev: Juniorforlaget. 1998.

**Hagerup H.** Højest elsket. København: Gyldendal. 2001.

**Hovland R.** Mercedes. København: Gyldendal. 1996.

**Haas D.** Kald mig bare Orm. København: Carlsen. 1998.

**Johansen A.** Røde hjerter og sjælear. Århus: Modtryk. 1988.

**Lindgreen M.** Min far er bange. Århus: SIND's Pårørenderådgivning. 2003.

**Moszkowicz M, Bastrup Madsen L, Bendixen K & Zabinski L.** Rosas mor er på psykiatrisk hospital. København: Socialt Udviklingscenter SUS. 2007.

**Nørgaard B.** Da Pelles far blev syg i hovedet. København: PsykiatriFondens Forlag. 2003.

**Nørup I.** Hallo mor! - en børnebog om psykiske sygdomme. København: Privatforlaget. 2003.

**Rees G.** Fra en anden planet. København: Høst & Søn. 2005.

**Rosenbeck A & Thormann I.** Mor er psykisk syg. København: Hans Reitzel. 2006.

**Simonsen E.** Det sårbare sind - Om psykisk sundhed, sygdom og behandling. København: Gyldendal. 2003.

**Solantaus T.** Hvad er der i vejen? København: Socialt Udviklingscenter SUS. 2006.

**Sones S.** Stop legen. København: Gyldendal. 2001.

**Stoffels K.** Rottetænger. København: Høst. 2001.

**Storm P.** Mor er ked af det. København: Landsforeningen SIND. 1996.

**Strandbygaard B.** Historien om Alfa, Beo, Ditte og lille Edel. København: Høst. 1996.

**Strandbygaard B.** Allis og den udødelige og alle de andre. København: Høst. 2003.

**Wilson J.** Den tatoverede mor. København: Carlsen. 2004.

## Videofilm

**Små skuldre - store byrder.** Manuskript: Per Holm, Bjarne Møller og Birger Perlt. Instruktion: Claus Ploug. Socialt Udviklingscenter SUS. 1998.

**Solen er så rød.** Manuskript og instruktion: Elo Sjøgren og Jens Arentzen. Victoria Film. 2000.

**Jeg har bedt til gud om at få en anden familie.** Manuskript og instruktion: Eli Gunnvor Grønsdal. Udgiver i Danmark: Socialt Udviklingscenter SUS. 2005.

**Fødselsdepression.** Lene Lier og Carl Henrik Jensen. 2007.



## Relevante hjemmesider

[www.barn-i-fokus.dk](http://www.barn-i-fokus.dk)  
[www.forebyggendesygehuse.dk](http://www.forebyggendesygehuse.dk)  
[www.hope.dk](http://www.hope.dk)  
[www.isqua.org.au](http://www.isqua.org.au)  
[www.kuling.nu](http://www.kuling.nu)  
[www.kvalitetsinstitut.dk](http://www.kvalitetsinstitut.dk)  
[www.malmo.se/alma](http://www.malmo.se/alma)  
[www.morild.org](http://www.morild.org)  
[www.naarmorellerrfadrikker.dk](http://www.naarmorellerrfadrikker.dk)  
[www.psykiatrifonden.dk](http://www.psykiatrifonden.dk)  
[www.psykinfo.dk](http://www.psykinfo.dk)  
[www.psykinfo.regionsyddanmark.dk](http://www.psykinfo.regionsyddanmark.dk)  
[www.psyknet.dk](http://www.psyknet.dk)  
[www.sind.dk/download\\_materiale.6](http://www.sind.dk/download_materiale.6)  
[www.sind.dk/om\\_raadgivningen.6](http://www.sind.dk/om_raadgivningen.6)  
[www.social.dk](http://www.social.dk)  
[www.spoergpatricia.dk](http://www.spoergpatricia.dk)  
[www.sst.dk/Planlaegning\\_og\\_behandling/DRG.aspx](http://www.sst.dk/Planlaegning_og_behandling/DRG.aspx)  
[www.sus.dk](http://www.sus.dk)  
[www.tabu.dk](http://www.tabu.dk)  
[www.tvaerfaglig-indsats.dk](http://www.tvaerfaglig-indsats.dk)  
[www.vfb.no](http://www.vfb.no)



## Oplysningskema for patienters børn

**Patientens navn:** \_\_\_\_\_

Patienten har børn under 18 år:  Ja  Nej  Pt. ønsker ikke at oplyse  
(Følg op på dette i patient-forløbet og udfyld skemaet, hvis patienten senere fortæller om eventuelle børn)

**Antal børn<sup>1)</sup> (0-18 år):** \_\_\_\_\_  
(Egne børn uanset bopæl samt plejebørn eller samlevers børn, der bor i patientens hjem)

**Barnets navn:** \_\_\_\_\_ **Køn:**  Pige  Dreng **Fødselsdato:** \_\_\_\_\_

**Bopæl:** \_\_\_\_\_

**Hvem har forældremyndigheden?** \_\_\_\_\_

**Navn og tlf. på anden forælder:** \_\_\_\_\_

**Barnets navn:** \_\_\_\_\_ **Køn:**  Pige  Dreng **Fødselsdato:** \_\_\_\_\_

**Bopæl:** \_\_\_\_\_

**Hvem har forældremyndigheden?** \_\_\_\_\_

**Navn og tlf. på anden forælder:** \_\_\_\_\_

**Barnets navn:** \_\_\_\_\_ **Køn:**  Pige  Dreng **Fødselsdato:** \_\_\_\_\_

**Bopæl:** \_\_\_\_\_

**Hvem har forældremyndigheden?** \_\_\_\_\_

**Navn og tlf. på anden forælder:** \_\_\_\_\_

**Barnets navn:** \_\_\_\_\_ **Køn:**  Pige  Dreng **Fødselsdato:** \_\_\_\_\_

**Bopæl:** \_\_\_\_\_

**Hvem har forældremyndigheden?** \_\_\_\_\_

**Navn og tlf. på anden forælder:** \_\_\_\_\_

**Ved indlæggelse:** Hvor opholder barnet sig under patientens indlæggelse? \_\_\_\_\_

**Anden indsats i familien, herunder kontakt til kommunen:** \_\_\_\_\_

### Familiesamtale med fokus på børnene

Informationsfolder om familiesamtale udleveret:  Ja Dato: \_\_\_\_\_

Er patienten interesseret i, at der bliver afholdt en familiesamtale?

Nej  Ja Dato for afholdt samtale: \_\_\_\_\_

(følg op på dette i patientforløbet og udfyld skemaet, hvis patienten senere er interesseret i en familiesamtale)

1) Hvis patienten har flere end 4 børn, bruges 2 skemaer.



# Dialogguide med spørgsmål om patienters børn

## Baggrund

Denne dialogguide er et redskab, som personalet kan bruge i dialogen med patienten og andre pårørende om patientens børn.

Guiden er en vejledning om, hvordan en samtale om børnene og forældreskabet kan gribes an. Den kan også bruges som en skabelon, når personalet skal diktere journalnotater.

## Spørgsmål til patienten om børnene og om at være forælder

### Ved forælders indlæggelse

- Hvor opholder børnene sig nu?
- Hvem passer børnene og tager ansvar for dem, mens forælderen er indlagt? Er du tryk ved børnenes pasning?
- Hvem har talt med børnene om din indlæggelse, hvad er der blevet sagt og hvordan har børnene reageret på det?
- Har dit barn besøgt dig eller planlægger du besøg? Hvordan skal det foregå, og har du brug for hjælp til det?
- Opfølgning: Hvordan går det med familien, nu den ene forælder er indlagt? Hvordan klarer den person, der har børnene, situationen? Er der brug for mere hjælp?

### Børnenes situation

- Fortæl om dine børn, og hvordan de reagerer på situationen i familien
- Beskriv dine børn fysisk, psykisk og socialt. Hvordan klarer de sig sammen med andre og sammen med

dig. Hvordan har børnene reageret på andre vanskelige forhold eller skift i livet?

### Hvordan børn påvirkes af forældres psykiske lidelser

- Det er altid svært at være pårørende til en person med psykisk lidelse, men for børn kan det være ekstra vanskeligt
- Giv eksempler på følelser og tanker, som børnene kan have
- Spørg til, hvilke situationer børnene kan have oplevet, som har med den psykiske lidelse at gøre.

### Børnenes viden om forælders lidelse

- Om børnenes behov for information og vigtigheden af, at børnene snakker med nogen om det
- Hvad er forælders egen forståelse af sin lidelse?
- Er der nogen, der har talt med børnene om forælders lidelse, og hvad er der sagt? Ved indlæggelse af forælderen skal det sikres, at børnene ved, hvor mor/far er, hvorfor og at der er nogen, der passer på hende/ham. Undersøg om patienten ved, hvad børnene siger/tænker
- Tal om, hvorvidt familien selv fortæller børnene om den syge forælder, eller om personalet på afdelingen skal hjælpe med at gøre det
- Inviter til familiesamtale og udlever pjeces om det.

### Patientens bekymring for børnene

- Det kan være med til at kortlægge, om der er nogen problemer med børnene
- Alle forældre bekymrer sig for deres børn. Hvad bekymrer dig mest lige nu?
- Er der andre, der er bekymrede for dit barn? Hvad bekymrer dem?
- Hvad vil skolen/børnehaven sige?

- Har nogen af børnene (nu eller tidligere) haft problemer? Hvilke? Er der professionelle involveret?

### **Hvilken støtte ønsker patienten til børnene?**

- Afdelingen ønsker, at børnene får den bedst mulige støtte
- Hvilken støtte har du eller børnene behov for?
- Hvad kan forældrene gøre i forhold til børnene
- Hvilken støtte kan psykiatrien tilbyde
- Hvilke andre støttemuligheder er der, herunder kommunale
- Informer om og inviter til familiesamtale med fokus på børnene
- Informer om evt. børnegruppe.

### **Netværket omkring familien**

- Hvem er allerede en støtte for børnene?
- Hvilke personer i familiens netværk kan der trækkes på som støtte for børnene, f.eks. familie, venner, daginstitution eller skole
- Tilbyd evt. et netværksmøde til afklaring af, hvem der gør hvad.

### **Ønsker patienten støtte i forhold til at være forælder?**

- Tal om patientens situation som forælder, evt. sammen med anden forælder
- Ved indlæggelse: Forælderen kan have dårlig samvittighed over, at han/hun ikke kan tage vare på børnene. Fortæl f.eks., at børnene ikke tager skade af, at mor/far er indlagt
- Der kan tales om, at en psykisk lidelse kan betyde, at man i perioder ikke har det nødvendige overskud til at tage sig tilstrækkeligt af sine børn, at man ikke derfor er en dårlig forælder
- Vejledning om, hvordan børn kan reagere, når mor eller far er psykisk syg
- Rådgivning om, hvordan man kan tale med sine børn om den psykiske lidelse og behandling
- Tilbud om samtale om patientens situation som forælder, evt. sammen med børnenes anden forælder/partner
- Inden udskrivning: Tal med patienten om, hvordan han/hun har det med at komme hjem til forælderrollen igen.

### **Anden indsats i forhold til familien**

- Har patienten og dennes familie kontakt til andre offentlige instanser, så som forskellige kommunale forvaltninger? I så fald hvilken?
- Ved børnenes skole noget om patientens lidelse?

### **Opfølgning: Spørgsmål til personalet**

- Er du bekymret for børnenes situation?

## **Guide til familiesamtalen med børn som pårørende**

Guiden kan anvendes som vejledning og disposition for, hvordan familiesamtalen med børn kan gribes an.

Det forudsættes, at der forinden har fundet en forsamtale sted med patienten med deltagelse af patientens kontaktperson/primærbehandler, se Dialogguide med spørgsmål om patienters børn.

Desuden forudsættes det afklaret, om den anden forælder og/eller andre betydningsfulde personer deltager i familiesamtalen. Hvis forælderen er indlagt, er det vigtigt, at en rask pårørende følger børnene til/fra samtalen.

### **Rollefordelingen**

Inden samtalen må nøgleperson og kontaktperson aftale opgavefordelingen, og om der er særlige hensyn, der skal tages til patienten eller andre af parterne.

Kontaktpersonen tager som udgangspunkt patientens perspektiv og kan hjælpe patienten med at forklare om den psykiske lidelse, mens nøglepersonen leder samtalen ud fra børnenes perspektiv. Begge sørger for at inddrage den anden forælder, der måtte deltage.

### **Indledning**

Ved ankomsten er det vigtigt at understrege, at det er de ansvarlige for behandlingen, der har inviteret til samtalen, fordi erfaringer og undersøgelser viser, at det er vigtigt at tale med børn om, hvad der sker, når en forælder bliver ramt af en psykisk lidelse. Og at det også er vigtigt at tale med dem om, hvordan de klarer sig i forbindelse med, at forælderen har en psykisk lidelse.

## Rammesætning

Det er vigtigt at afklare, hvad samtalen går ud på ved at tjekke hos forældrene, hvad de har sagt til børnene om samtalen. Det er vigtigt at fortælle, hvor længe samtalen vil vare, og hvad den skal handle om. Forældre og børn indbydes til at stille spørgsmål og bringe emner på bane, som er vigtige for dem. Dette foregår selvfølgelig helt afhængigt af børns alder.

Det er vigtigt, at strukturen for samtalen bliver tydelig og forudsigelig for både børn og forældre. Hvis der er mindre børn, må de anvises, hvor de kan sidde, at de evt. kan tegne eller om der er noget legetøj, de må kigge på. Det kan være hensigtsmæssigt at opdele samtalen, så der skiftevis tales med børn og forældre, så børnene kan tegne/lege og alligevel lytte med.

## Særlig velkomst til børn

Forældrene bør anerkendes for, at de har taget børnene med til samtalen og vil tale åbent med dem om den psykiske lidelse, og børnene for at de ville komme og deltage. Hvis det virker som om, det var svært for børnene at komme, kan det være godt at finde ud af, hvad de ellers skulle have lavet, og om der er noget, de er gået glip af eller tværtimod er glade for at slippe for.

## Spørgsmål og emner for familiesamtalen

- Om den psykiske lidelse og behandling og de forklaringer, der er givet til børnene
- Om børnenes reaktion på og oplevelse af den psykiske lidelse og særlige vanskelige situationer, der har været
- Om børnenes daglige levevilkår, interesser og håndtering af hverdagen med forældrens psykiske lidelse
- Hvordan forholdet i øvrigt er mellem patient og børn?
- Om der er andre voksne, der kompenserer for det, patienten på grund af lidelsen ikke kan gøre sammen med børnene?
- Om børnenes bekymring for patienten og forældrenes bekymring for børnene
- Om børnene har besøgt forælderen på afdelingen, hvis denne er indlagt, og om der er behov for støtte til det?
- Om hvilken hjælp forældre og børn evt. yderligere har behov for?

- Hvem er der i børnenes netværk, og om de er blevet informeret eller involveret som støtte til børnene?
- Om der er behov for, at de ansatte med ansvaret for behandlingen hjælper med at formidle kontakt til netværket/de sociale myndigheder?
- Om der skal tilbydes deltagelse i et netværksmøde sammen med forældrene eller formidles kontakt til de sociale myndigheder?
- Om det er vigtigt at informere om underretningspligten med understregning af, at den er tænkt som en hjælp til familien og børnene?

Tilbyd opfølgende samtale og tilbyd evt. børnegruppe for børn over skolealderen, hvis det er en mulighed.

## Giv tid til processen

Det er ikke muligt at nå at komme omkring alle vigtige forhold ved én samtale. Det er derfor en god idé som noget naturligt at tilbyde mindst én opfølgende samtale. Samtidig er det vigtigt med mellemrum at tilbyde sådanne familiesamtaler med børnene, når det drejer sig om patienter med langvarig kontakt til psykiatrien.

Som en anden eller supplerende mulighed kan forældrene guides til selv at gå videre med det, de selv kan klare i forhold til børnene og netværket.

## Efter samtalen

Drøft informationer og indtryk fra samtalen indbyrdes. Familiesamspillet? Bekymringen for børnene? Behov for opfølgning? Spørgsmål, som kontaktpersonen skal tale videre med patienten om? Nye oplysninger, som skal formidles videre i behandlerteamet? Behov for at involvere afsnittets socialrådgiver? Skal der evt. foretages underretning til de sociale myndigheder? Aftal, hvem der gør hvad i det videre forløb.





### Grundskabelon for standard

#### Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet

Danish Institute for Quality and Accreditation in Healthcare

<b>Standardtitel og -nummer</b>	Kategorisering af standarden
<b>Kategori</b>	Standardens hovedområde
<b>Tema</b>	Temaets titel
<b>Temabeskrivelse</b>	Beskrivelse af temaet
<b>Standard</b>	Standardens ordlyd
<b>Standardens formål</b>	Formålet med standarden
<b>Målgruppe</b>	Standardens målgruppe
<b>Anvendelsesområde</b>	Hvilke(t) organisationsniveau(er) er standarden gældende for
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikatorer til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin
<i>Trin 1:</i> <b>Retningslinjer</b>	Indikatorer til vurdering af tilstedeværelse og indhold af retningslinjer for standarden
<i>Trin 2:</i> <b>Implementering og anvendelse af retningslinjer</b>	Indikatorer til vurdering af dokumentation for implementering og anvendelse af retningslinjerne for standarden
<i>Trin 3:</i> <b>Kvalitetsovervågning</b>	Indikatorer til vurdering af monitorering af standarden
<i>Trin 4:</i> <b>Kvalitetsforbedring</b>	Indikatorer til vurdering af kvalitetsforbedring af standarden
<b>Akkrediteringsniveau</b>	Opfyldelsesniveau i henhold til trin 1-4
<b>Referencer</b>	Relevante referencer

Grundskabelon og tilhørende vejledning kan downloades fra [www.kvalitetsinstitut.dk](http://www.kvalitetsinstitut.dk)

