



"Vi skal tale med børnene ..."

Evaluering af samarbejdsprojekt med de
praktiserende læger og psykiatere i
Århus Kommune omkring familiesamtaler

Udgivet af: Århus Kommune
Socialforvaltningen
Center for Socialfaglig Udvikling

Udarbejdet af: Ingeborg Kragegaard
Center for Socialfaglig Udvikling

Udgivelsesår: 2007

ISBN nummer: 978-87-988969-9 -9

**Rapporten kan ses på Center for Socialfaglig
Udviklings hjemmeside:**
<http://www.aarhuskommune.dk/csu>

**Forhandles gennem Borgerservice,
Rådhuset, Park Allé, 8100 Århus C**
Telefon 8940 2222 E-post: info@jur.aarhus.dk

RAPPORT

” Vi skal tale med børnene.....”

Evaluering af samarbejdsprojekt med de praktiserende læger og psykiatere i Århus Kommune omkring familiesamtaler

December 2007



CSU Center for Socialfaglig Udvikling

Indholdsfortegnelse:

1 Indledning.....	4
1.1 Om evalueringen	6
1.2 Læsevejledning	6
2 Resume og konklusioner	8
2.1 Målgruppen	9
2.2 Henvisninger i projektet.....	10
2.3 Gennemførte samtaler	10
2.4 Flere drenge og yngre børn deltager.....	10
2.5 Opsummerende konklusioner	11
3 Familierne og børnene i projektet	13
3.1 Henvisningskilder	13
3.2 Gennemførte samtaler	14
3.3 Børnene	15
3.4 Børnenes alder.....	15
3.5 Forældrene.....	17
3.6 Diagnose	18
3.7 Forældrenes beskæftigelse.....	19
4 Kontakten til og samarbejdet med de praktiserende læger og psykiatere	20
4.1 Kontakten	20
4.2 Samarbejdet.....	21
4.3 Udfordringer og perspektiver.....	22
5 Projektkonsulentens refleksioner	24
Bilag 1 - Pjece om tilbudet	28
Litteraturliste.....	29

1 Indledning

” Vi er langsomt begyndt at se børn af forældre med psykiske lidelser. Men der er langt fra at se dem til at forstå dem. Leve sig ind i deres situation og hjælpe dem.” (Kari Killen i forordet til Karen Glistrup, 2006, s.13).

Vi ved fra forskningen, at familier med en psykisk syg mor eller far er en sårbar gruppe, der er udsat for belastninger både socialt og helbredsmæssigt, og at det truer børnenes udvikling. Indenfor de seneste 10 år har der været et stigende fokus på børn med psykisk syge forældre (Lier mfl., 2001, s. 3), og der er lavet undersøgelser om, og projekter målrettet mod at styrke og støtte barnets handlekompetence og mestring af vanskelige livsvilkår i børnenes liv forårsaget af forældrenes alkoholmisbrug, deres (psykiske) sygdom, skilsmisse etc. Vi ved, at det, at barnet får viden om de ting, der foregår omkring det og får sat ord på vanskelighederne ved at være i disse situationer, er med til at styrke dets kompetencer og en sund udvikling (Borges, 2003).

Formålet med ”Projekt Kontakt til psykiske syge forældre og deres børn”

Overordnet har projekt ”Kontakt med psykiske syge forældre og deres børn” bestået af to delprojekter, hvoraf det første omhandlede etablering og forankring af samtalegrupper i de fire lokalpsykiatrier i Århus Kommune.

Samtalegrupperne for børn af psykisk syge er gjort til et permanent tilbud i de fire lokalpsykiatrier i Århus Kommune og er evalueret i 2006.¹

Dette andet delprojekt har til formål at afdække mulighederne for at etablere et samarbejde med praktiserende læger og psykiatere. Hensigten er at få kontakt med børnefamilier, hvor forældre har en psykisk sygdom men ikke kontakt til lokalpsykiatrierne og Psykiatrisk Hospital.² Projektet ønsker via de praktiserende læger at give patienterne et tilbud om en familiesamtale, der kan hjælpe forældre og ikke mindst børnene til at få sat ord på og forstå det, der fylder allermost i hverdagen, men som oftest er vanskeligt for forældrene selv at tale om.

Erfaringerne viser, at en familiesamtale i sig selv i mange situationer kan virke forløsende i forhold til mange problemstillinger i familierne, og dermed være med til at forebygge større problemer, som kræver en mere indgribende og behandlingsrettet indsats.

Endvidere er det et formål at give børn i disse familier tilbud om optagelse i samtalegrupperne.³

¹ ”For børn kan jo ikke passe på voksne...” Evaluering af samtalegrupper for børn, 2006.

² Siden 2001 er der i lokalpsykiatrien i Århus Amt uddannet en række nøglepersoner til at varetage indsatsen, herunder familiesamtale, for sindslidende forældre og deres børn. Implementeringen af denne indsats er evalueret i Foged, 2006.

³ Børne-samtalegrupperne i de fire lokalpsykiatrier i Århus Kommune.

Nærværende rapport er en evaluering af det sidste delprojekt, og det primære fokus i denne evaluering er det organisatoriske og samarbejdet med lægerne og ikke familiesamtalen som sådan – da dette er belyst andre steder.⁴

Projektets organisering

Projektet er forankret i Center for Socialfaglig Udvikling, som står for projektets gennemførelse, økonomi og evaluering.

Karen Glistrup er ansat som projektkonsulent til at varetage følgende opgaver

- etablering af kontakt og formidling af information til de praktiserende læger og psykiatere i Århus Kommune
- undervisning og konsulentbistand til lægerne
- familiesamtaler med de henviste familier
- formidle kontakt til børnegrupper, forældresamtalegrupper, socialforvaltningen eller anden relevant instans, når der er behov for det.

Målgruppens omfang

En af vanskelighederne i projektet med disse familier er, at vi ikke ved, hvor mange familier og børn, der hører til målgruppen.

Der findes ingen undersøgelser af forekomsten af psykiske lidelser hos forældre med børn mellem 0 og 18 år, hverken i Danmark eller internationalt (Lier, Buhl-Nielsen & Knudsen, 2001). En nyere registerbaseret undersøgelse af to fødselsårgange viser dog, at 7,8 % af familierne havde oplevet, at en eller begge (hvilket er sjældent) forældre havde været indlagt på en psykiatrisk afdeling (Christoffersen, 1999).

En kortlægning i Århus Amt, psykiatrien i Vestregionen af nyhenviste og/eller nyindlagte patienter i året 1999 viste, at en fjerdedel af alle patienter, der indlægges eller henvises i løbet af året, har børn under 18 år.⁵ Psykiatrifonden vurderer, at 50.000 – 80.000 børn i Danmark lever sammen med forældre med en psykiske lidelse.⁶ På baggrund af Psykiatrifondens beregninger skønnes det, at der er mellem 3.500 og 4.500 børn i Århus Kommune, hvis forældre har psykiske lidelser.

I Århus Kommune har der siden 2001 været iværksat forskellige tiltag til forbedring af indsatsen vedrørende psykisk syge forældre og deres børn, herunder kompetenceudvikling for medarbejdere i Familieafdelingen,⁷ samtalegrupper for børn med psykisk syge forældre,⁸ og nu tilbud om familiesamtaler via praktiserende læge eller psykiater.

Forud er iværksat et tilbud i den amtslige – nu regionale psykiatri – om familiesamtaler til deres patienter med børn.⁹

⁴ Ahlgreen, Birgitte (2000): "Kontakt med børn af psykiatriske patienter. Et udviklingsprojekt i Psykiatrien i Århus Amt" Evalueringsrapport, maj 2000. Århus: Center for Evaluering/Psykiatrien i Århus Amt.

⁵ Do

⁶ (www.psykiatrifonden.dk)

⁷ Projektet er evalueret i rapporten "Projekt: Børn og deres psykisk syge forældre – afsluttende rapport." Familieafdelingen, Århus Kommune 2003.

⁸ "For børn kan jo ikke passe på voksne..." Evaluering af samtalegrupper for børn, 2006.

⁹ Foged, 2006. Psykiatrien i Århus Amt.

Baggrund for projektet

Sundhedssektoren har i behandlingen af de psykisk syge forældre *ikke* nogen tradition for at have fokus på patienternes forælderrolle eller på de berørte børn. Den regionale psykiatri har fået øje på problemstillingen, og man tilstræber nu at tilbyde familiesamtaler til patienter og børn i forbindelse med behandlingen. Mange psykiatriske patienter er dog kun kortvarigt i kontakt med den regionale psykiatri, og langt de fleste mennesker, som er ramt af angst og depressioner, er alene i behandling hos deres praktiserende læge eller psykiater.

Projektets formål er derfor at hjælpe til, at de praktiserende læger og psykiatere bliver bevidste om deres vigtige rolle i forhold til at opspore og sikre den nødvendige støtte til sindslidendes børn.

Kommunens mulighed for at yde støtte til børnene forudsætter et kendskab til deres eksistens. Et godt samarbejde mellem lægerne og kommunen er derfor nødvendigt.

Projektperiode

Samarbejdet med de praktiserende læger startede langsomt op i 2004 sideløbende med forankringen af samtalegrupperne. Projektperioden løber til udgangen af 2007.

1.1 Om evalueringen

Evalueringen bygger på den dokumentation, der er foretaget i projektet, i perioden fra februar 2005 og indtil sommer 2007 omkring aktiviteter og resultater. Der er indsamlet følgende data:

- Projektkonsulentens registreringer fra de enkelte familiesamtaler.
- Interview med udvalgte læger/psykiatere v. Ingeborg Kragegaard¹⁰
- Samtaler og interview med projektleder v. Ingeborg Kragegaard.

Børn og forældre er ikke blevet interviewet, dels på grund af begrænsede ressourcer, dels fordi man fra tidligere undersøgelser har dokumentation for samtalerne virkning¹¹.

Børn og forældre, der har deltaget i projektet kommer til orde gennem de registreringer og beskrivelser, projektkonsulent har foretaget i opfølgningen på samtalerne.

Evalueringen er gennemført som en virkningsevaluering, hvor der på baggrund af nogle hypoteser om sammenhænge mellem årsager og virkning undersøges, hvordan en given indsats virker i praksis. Fokus i evalueringen har været dels at belyse effekten af indsatsen i projektet, og dels be- eller afkræfte forestillinger om de enkelte elementers virkning i projektets programteori.

Det samlede projekts langsigtede målsætning om at forebygge, at børn på sigt selv udvikler psykisk sygdom eller øget psykisk sårbarhed, er ikke muligt at evaluere på nuværende tidspunkt.

1.2 Læsevejledning

Kapitel to indeholder et resume af evalueringen, opsummering og konklusioner

Kapitel tre er en beskrivelse af de familier, der har været i kontakt med projektet og henvisningskilder til samtalerne.

¹⁰ Dels telefoninterview dels personlige interviews.

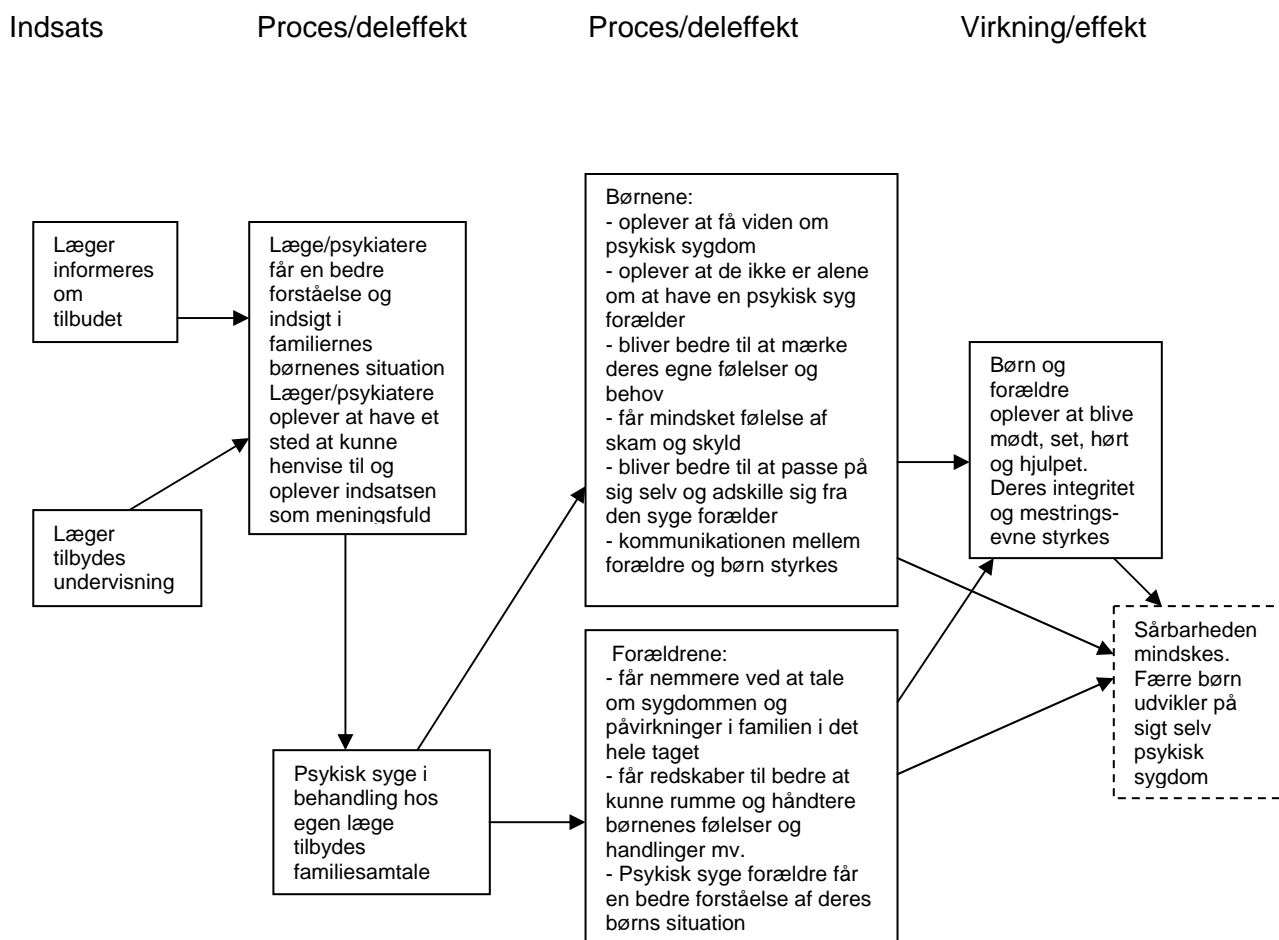
¹¹ Birgitte Ahlgreen, 2000

Kapitel fire beskriver samarbejdet med de praktiserende læger og psykiatere og deres oplevelse af projektet. Kapitel fem er projektleders refleksioner over familiesamtalerne og samarbejdet med læger og psykiatere.

2 Resume og konklusioner

I projektbeskrivelsen optegnes forskellige mål og antagelser om indsatser og virkninger, der er illustreret i nedenstående figur over projektets programteori.

Figur 1: Projektets programteori



De praktiserende læger og psykiatere i Århus Kommune har i et 2-årigt forsøg fået mulighed for at henvise patienter og deres familier til en familiesamtale i Socialforvaltningsregi. Når læger og psykiatere blev omdrejningspunktet i dette projekt, var det ud fra en hypotese om, at disse på baggrund af deres rolle kan skabe kontakt til børnene i familier med sindslidende voksne, som ikke i forvejen er i kontakt med kommunen og som kunne have behov for et tilbud om en familiesamtale.

Det var hensigten, at læger og psykiatere gennem information og undervisning ville opnå en bedre indsigt i og forståelse for de vanskeligheder, der kan være for børn og forældre i familier, hvor der er psykisk sygdom. Lægerne skulle derigennem føle sig bedre rustet til enten selv at tale med familierne omkring dette tema eller henvise til familiesamtale.

Gennem samtale med lægen og/eller gennem henvisning til tilbudet om familiesamtale, var det et mål, at forældrene fik nemmere ved at tale med hinanden og børnene om sygdommen, og hvordan det påvirker familien, og at børnene herigennem oplever, at de ikke står alene med

deres erfaringer og følelser omkring det at have en forælder med sindslidelse. Gennem familiesamtalen formidles viden om psykisk sygdom generelt og om den syge forælder, og børnene støttes til at mestre relationen til den syge voksne på en sund måde (Glistrup, 2006, s.112).

Tilbudet er tænkt ind i viften af forebyggende indsats, til at tage hånd om børn, der reagerer sundt på belastninger, og hindre at belastninger bliver for store, så barnet efterhånden selv får behov for egentlig behandlingsindsats. Det var et mål, at børnene kunne "opdages" før og hjælpes tidligere i forældrenes sygdomsforløb.

Evalueringen viser, at tilbudet opleves som relevant og giver mening for familierne, og at langt størsteparten af de, der er blevet henvist, tager imod det. Men at der er nogle barrierer i forhold til at få læger og psykiatere til at bruge tilbudet og henvise familier. Evalueringen peger på, at det kræver en længerevarende og omfattende vidensformidling og information i forhold til de praktiserende læger, som for at kunne benytte tilbudet skal flytte det traditionelle lægefokus væk fra patienten og individtænkning til fokus på hele familien og hermed børnene.

2.1 Målgruppen

Målgruppen for projektet er dels børnefamilier med sindslidende forældre, som ikke er i behandling i lokalpsykiatrien, men er i behandling hos praktiserende læge eller psykiater. Målgruppen er desuden de praktiserende læger og psykiatere, som skal inddrages i samarbejdet og henvise til familiesamtalen (se folder bilag 1). Familiesamtalerne varetages af projektkonsulenten eller der formidles kontakt til lederne af børnegrupperne i Lokalpsykiatrierne eller Sinds Pårørenderådgivning¹².

Projektet har erfaret, at vilkårene for kontakten med de praktiserende læger og psykiatere er præget af, at lægerne er en gruppe travle selverhvervende behandlere. Deres fokus er i høj grad bestemt af det traditionelle lægefaglige individfokus og af, at lægen ser sin opgave, som at forholde sig til det problem, den enkelte patient præsenterer.

Der er mange henvisningsmuligheder, som lægen kan benytte sig af til de enkelte patienter, og det kan være vanskeligt for lægen, at skabe sig et overblik over de forskellige tilbud, der findes, som er rettet mod patienternes forskellige behov.

Det er kun få læger, som overfor den sindslidende patient på eget initiativ retter fokus på barnets perspektiv. Hvis barnet derimod selv er patient p.g.a. psyko- og/eller somatiske klager, er det mere nærliggende for lægen at kæde forholdene mellem barnets symptomer og forælders tilstand sammen.

Stort set alle forældre og børn, som har gjort brug af tilbudet om familiesamtalerne, har udtrykt en lettelse ved at få hjælp til at sætte ord på de forhold, som før har været omgærdet af tabu.

¹² Århus Kommune og SIND's Pårørenderådgivning har i samarbejde et gruppetilbud for unge mellem 14 -18 år, som bor i Århus Kommune og har en far eller mor, der er psykisk syg.

2.2 Henvisninger i projektet

De barrierer i forhold til lægens opmærksomhed på patientens børn, som ovenfor beskrevet, afspejler sig i det begrænsede antal af henvisninger, der har været fra de 235 læger og psykiatere i Århus kommune, som har modtaget information om tilbudet.

I de første to år af projektperioden fra februar 2005 til medio 2007 er i alt 34 familier blevet henvist til samtale. Kun lidt over halvdelen af henvisningerne er sket på initiativ af læger og psykiatere, mens resten fordeler sig nogenlunde ligeligt mellem, at patienten selv har taget initiativ eller en anden offentlig instans eller et familiemedlem har været initiativtager til henvisningen.

Evalueringen viser dog en tendens til, at tiden som faktor spiller en rolle, idet antallet af henvisninger er steget fra starten af undersøgelsesperioden til slut, fra under en om måneden det første år, til i gennemsnit 2-3 henvisninger om måneden det sidste halve år. Dette skyldes iflg. udtalelser fra lægerne og psykiaterne selv en øget opmærksomhed på børnene, gennem information, gennem netværk, gennem undervisning og Karen Glistrups bog ¹³, samt den opmærksomhed, der er skabt i forbindelse med evalueringen.¹⁴

Undersøgelsen viser, at ud af de 220 læger og 15 psykiatere i Århus Kommune, der har fået fremsendt henvisningsskemaer og foldere om tilbudet, har 16 læger og tre psykiatere henvist familier til samtale, hvilket blot er godt 7 % af samtlige læger og psykiatere.

Langt størsteparten af disse har endvidere modtaget yderligere information og viden dels gennem opfølgende kontakt og/eller undervisning fra projektkonsulent.

2.3 Gennemførte samtaler

Det er ikke et mål i sig selv, at alle henvisninger skal resultere i en familiesamtale. I alt 34 familier er blevet henvist til en samtale, heraf er der gennemført 57 samtaler med 22 familier.

Af de 12 familier, hvor henvisningen *ikke* har resulteret i en familiesamtale, har der i tre tilfælde været telefonisk kontakt til familiebehandler, læge eller patienten, som har fået vejledning og rådgivning. De professionelle har derefter selv taget samtalen med familien.

Tre familier meldte afbud, to familier blev visiteret til andet tilbud, i to samtaler deltog kun forældrene, da børnene ikke ønskede at deltage, og med de sidste to familier var der ingen kontakt.

Vi må konkludere, at tilbudet har været relevant for målgruppen, da kun fem familier ud af 34 henviste, ikke har benyttet tilbudet overhovedet. Der er 88 % af de henviste, som har taget imod tilbudet om samtale, og 63 % har deltaget i en eller flere samtaler med projektkonsulent.

2.4 Flere drenge og yngre børn deltager

Projektet har frem til april 2007 fået kontakt med 56 børn i de 34 familier, hvoraf de 79 % af børnene bor sammen med den forælder, der er syg, og over halvdelen bor sammen med en enlig syg forælder. Blot to af familierne har anden etnisk baggrund end dansk, hvilket svarer nogenlunde

¹³ "Hvad børn ikke ved...har de ondt af", Familiesamtaler om psykiske lidelser. Glistrup, K.Hans Reitzels Forlag, 2006.

¹⁴ Henvendelsen fra evaluator har i flere tilfælde bevirket en øget opmærksomhed på projektet fra læger/psykiatere – dels har de selv udtalt det, dels er efterspørgslen efter pjecer samt henvisninger til samtale steget i periode omkring interviewene.

til projektet om børnesamtalegrupper, hvor det vurderedes, at de etniske minoriteter var underrepræsenteret set i relation til den århusianske befolkning.¹⁵

I forhold til projektet med børnegrupper ser det ud til at samarbejdet med lægerne får kontakt med lidt flere drenge. Blandt de børn, der har deltaget i familiesamtalerne udgør drengene en større andel end blandt børnene i samtalegrupperne. En positiv tendens set i lyset af forskningen, der påpeger at drenge på en række punkter er mere sårbare overfor belastninger i opvæksten end piger (Christoffersen,1999, s. 31 -33).

Erfaringer på landsplan viser generelt, at børnegrupper taler mere til pigers 'samtalekultur,' mens drenge er mindre interesserede i at deltage i en samtalegruppe. Det formodes, at drengenes forældre, som tager stilling til tilbudet om familiesamtalen, ser det som meningsfuldt for drengene at deltage i en enkelt eller få samtaler i familien, mens det overlades til drengene selv at tage stilling til, om de vil deltage i en gruppe.

Knap halvdelen (46 %) af de børn, der har deltaget i samtalerne er drenge. Ud over at tilbudet om familiesamtaler får kontakt til flere drenge, når det ligeledes ud til børn under 9 -10 år, som ikke kan tilbydes børnesamtalegruppe¹⁶. 2/3 af de 27 børn, der har deltaget i en familiesamtale er 10 år eller yngre, den yngste er tre år.

Evalueringen viser således en tendens til at nå en bredere gruppe af børn. Tallene bygger dog på et endnu relativt spinkelt grundlag.

2.5 Opsummerende konklusioner

Erfaringer i samarbejdet med læger

Projektet har i et vist omfang formået at skabe en kontakt til professionelle behandlere, samt sprede information og viden om børneperspektiv og familiesamtaler. Det har vist sig, at det kræver en ihærdig og vedvarende indsats herunder opsøgende arbejde, foredrag, undervisning etc. i de kredse, hvor læger er/mødes, for at sikre, at tilbudet når ud til lægerne og faktisk bliver brugt, hvor der er behov.

De adspurgte læger understregede tilgængeligheden af information om tilbudet i den daglige praksis som betydningsfuld – herunder at lægen nemt kunne finde det på nettet, hvor man i forvejen søger megen information, og at det lå i en fælles indgang/portal i tilbud til familier og børn. Der har i alt været sendt informationer ud til 220 læger og 15 psykiatere i Århus Kommune. Heraf har henholdsvis 7 % og 20 % benyttet sig af tilbudet ved at henvise. Nogle af lægerne har henvist flere familier, hvilket i interviewene blev begrundet med tilbudets relevans og nyttighed.

At så relativt få læger har anvendt tilbudet indtil videre, kan skyldes, at lægerne skal "få øje på børnene" – det vil sige ændre fokus fra patienten til familien og herunder tænke børneperspektivet ind, og dernæst henvise til et tilbud, de ikke tidligere har benyttet.

¹⁵ Bjørn,2006: s. 10 -11.

Et af de tværgående centrale elementer i Århus Kommunes integrationspolitik er servicedifferentiering. Når henviste familier med etnisk minoritetsbaggrund udgør så lille en andel af det samlede antal familier, viser det en tendens til at tilbudet *ikke* i tilstrækkeligt omfang når ud til eller er tilgængeligt for denne målgruppe.

¹⁶ Samtalegrupperne i lokalpsykiatrierne er et tilbud til børn mellem 10 og 16 år – der gøres nu forsøg med grupper for børn fra 8 år.

Tidligere undersøgelser har vist, at det tager tid at ændre på den måde, man forholder (eller snarere ikke forholder) sig til børn på i behandlingssystemet¹⁷. Evalueringen af implementeringen af familiesamtalen i hospitals- og lokalpsykiatrien viste, at det er en lang proces, som vanskeliggøres af barrierer både hos de professionelle, nøglepersonerne, der gennemfører familiesamtalen, ledelsens opmærksomhed og opbakning, og i familierne, som skal tage imod tilbudet¹⁸.

Det samme ser ud til at gøre sig gældende i forhold til samarbejdet med de praktiserende læger, og det vil derfor være nødvendigt fortsat at informere og oplyse om eksistensen af disse tilbud. Det gælder både i forhold til professionelle i børnenes og forældrenes omgivelser, samt til forældre.

Kontakt med familier tidligere

Evalueringen viser tendenser, der peger i retning af, at projektet, sammenlignet med børnesamtalegruppetilbudet, har fået kontakt med familier og børn på et tidligere tidspunkt i forældrenes sygdomsforløb, og at de familier, der benytter tilbuddet i mindre omfang har været i kontakt med systemet og modtaget anden form for støtte tidligere, hvilket var et af parametrene for, om tilbudet nåede den forventede målgruppe.

Desuden kan der af det relativt begrænsede materiale udlæses tendenser til, at tilbudet når ud til yngre børn, under 9 år, som ikke kan tilbydes børnesamtalegruppe, samt at det når forholdsmeæssigt flere drenge end i børnesamtalegrupperne.

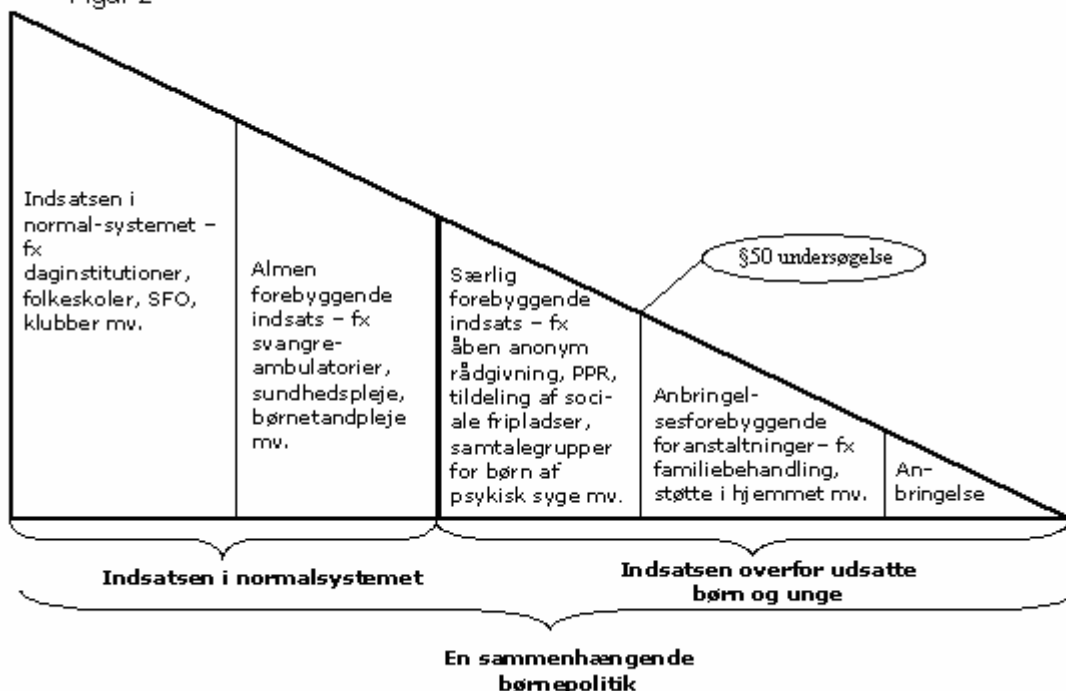
Familiesamtalen i en sammenhængende børnepolitik

På baggrund af de erfaringer, der er gjort i projektet om relevansen af et sådant tilbud til børn og familier, hvor der er psykisk sygdom, og da det ydermere er relativt billigt og kræver få ressourcer, anbefales det at fastholde og permanentgøre tilbudet som en særlig forebyggende indsats. Nedenstående figur over indsats-typer og omfang i forhold til børn og unge i kommunen, illustrerer en sammenhængende børnepolitik, fra indsatser i normalsystemet til anbringelse udenfor hjemmet som den mest indgribende indsats. Familiesamtalen vil naturligt høre ind under kategorien af særligt forebyggende indsats.

¹⁷ Bjørn, 2006.

¹⁸ Foged, 2006, s. 6 – 10.

Figur 2



Kilde: Runa Bjørn, 2007

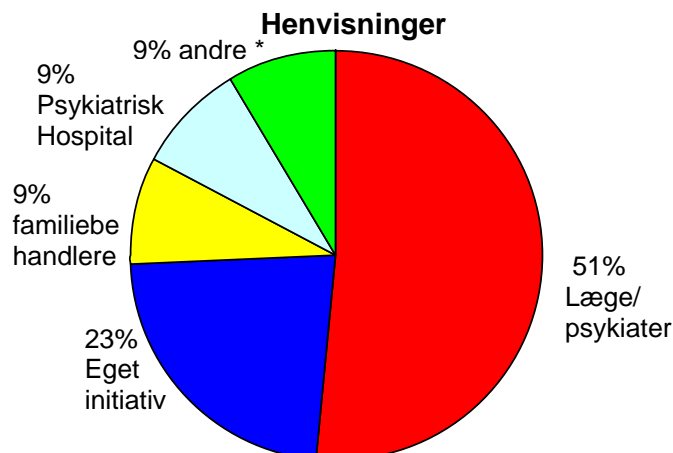
3 Familierne og børnene i projektet

3.1 Henvisningskilder

Det var projektets mål at få lægerne til at henvise familier til samtale, hvor der skønnedes at være et behov. I de første to år af projektet fra februar 2005 til medio april 2007 har der i alt været 35 henvisninger til samtale for 34 familier¹⁹. Læger og psykiatere har taget initiativ til over halvdelen af henvisningerne, mens resten fordeler sig nogenlunde ligeligt mellem, at patienten selv har taget initiativ til henvisningen eller en anden offentlig instans eller familiemedlem har været initiativtager.

¹⁹ En familie er blevet henvist til samtale 2 gange med et års mellemrum. Første gang af egen læge og anden gang fra Center for Selvmordsforebyggelse.

Figur 3: Initiativ til henvisningen



* Sundhedsplejerske, Center for Selvmordsforebyggelse, familiemedlem.

Evalueringen af børnesamtalegrupperne viste, at der var relativt store forskelle på, hvorfra de enkelte børnegrupper fik deres henvisninger. De primære henvisningskilder var fra lokalpsykiatrien og familien selv (hhv. 21 % og 19 %) ²⁰. Kun ganske få læger henviste til samtale.

Af ovenstående figur fremgår, at over halvdelen af henvisningerne i dette projekt kommer fra lægerne, og at den målrettede indsats i forhold til disse således har haft en vis effekt.

3.2 Gennemførte samtaler

Evalueringen viser, at 22 familier ud af de 34, det vil sige knap 65 %, har taget imod tilbudet om samtale, og der er i alt gennemført 57 samtaler.

De øvrige 12 familier er i tre tilfælde via kontakt og telefonisk samtale med projektkonsulent, blevet henvist til andet tilbud, i fire tilfælde har projektkonsulent ydet telefonrådgivning – og vejledning til familiebehandler eller læge, som har talt med familien på egen hånd. I tre tilfælde har familierne meldt afbud eller ikke ønsket at tage mod tilbudet om familiesamtale, da det enten ikke har været skønnet nødvendigt eller overskueligt på det tidspunkt. I to tilfælde har det ikke været muligt trods henvendelser pr telefon og brev fra projektkonsulent at få kontakt med pågældende familie.

Det betyder, at 88 % af de henviste, har taget imod og anvendt tilbudet, og heraf har 63 % modtaget en eller flere samtaler med projektkonsulenten.

Det er ikke et mål i sig selv at gennemføre en familiesamtale, da det at lægen taler om det eller henviser, kan være tilstrækkelig hjælp til, at familien selv får taget hul på at snakke med børnene, eller at lægen eller anden professionel gennem vejledning fra projektkonsulent har fået redskaber til at give den støtte til familien, som er nødvendig.

²⁰ (Bjørn, 2006, s. 36 -37)

3.3 Børnene

Der er henvist 34 familier med i alt 56 børn. 44 (79 %) af de 56 børn bor hos den forælder, der har en psykisk lidelse, mens 12 børn (21 %) ikke bor sammen med den syge.

Af de 56 børn har blot to en anden etnisk baggrund end dansk, og i en tredje familie er den ene forælder af anden etnisk herkomst, hvilket viser, at der også i dette projekt er en underrepræsentation af etniske minoriteter²¹.

I over halvdelen af de familier, der har taget imod tilbudet, bor børnene sammen med en enlig forælder (18 børn), i 13 af familierne er forældrene gifte eller samboende.

Et af projektets formål var at hjælpe familierne med at få sat ord på det, der er vanskeligt ved at leve i en familie, der er ramt af psykisk lidelse. Derudover fik børnene tilbud om at deltage i en samtalegruppe for børn.

Otte af de børn som projektet har haft kontakt med, har været interesserede i at deltage i samtalegrupper i lokalpsykiatrien eller under SIND's Pårørenderådgivning.

Projektkonsulenten peger på, at det kan ses som et positivt resultat af indsatsen, at otte børn har fået mulighed for at deltage i en samtalegruppe. Hun anfører, at det ikke har været et mål i sig selv at få børnene til at sige ja tak til gruppetilbudet. Der er stor forskel på de enkelte børns måde at mestre deres vilkår på, og det er vigtigt at vise respekt for det enkelte barns egen vurdering af sit behov for at tale med andre udsatte børn i en gruppe. Måske vil barnet på et senere tidspunkt have ønske om at deltage. Det at deltage i en gruppe er en aktivitet, som skal passes ind i barnets eller den unges andre aktiviteter, og der er måske andet, som barnet prioriterer forud.

Vi kan på børn og forældres umiddelbare reaktioner og respons formode, at familiesamtalen for de fleste børn har været hjælpsom og meningsfuld. Forældrene giver udtryk for, at samtalen har opfyldt behovet for at bryde tavsheden i familien., og at den indsats har været tilstrækkelig støtte til de fleste børn i projektet, hvilket måske kan tilskrives, at projektet har fået kontakt med børnene og familien på et tidligere tidspunkt, end det ellers ville have været tilfældet.

3.4 Børnenes alder

Børnenes alder (på samtale tidspunktet) svinger mellem halvandet år og 17 år.

Projektet har ikke en nedre grænse for, hvor gamle børnene skal være for at kunne deltage i en familiesamtale. I praksis har projektet gode erfaringer med, at børn ned til 3 år deltager. De reagerer relevant og positivt på samtalen, som i disse tilfælde har en anden karakter end samtalen med de større børn og deres forældre.

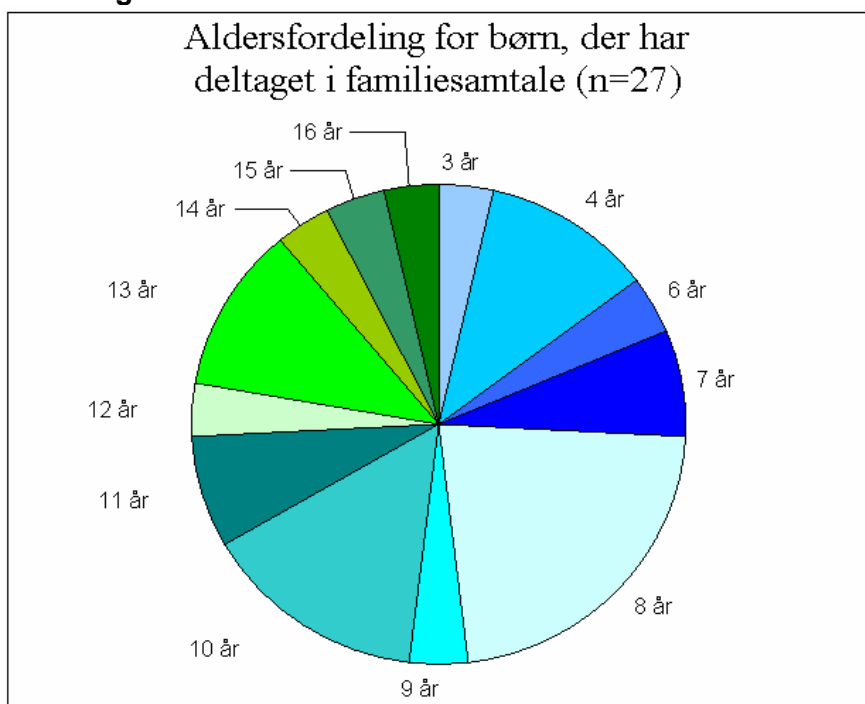
Kun fire børn, som deltager i familiesamtalerne er imidlertid under seks år. Dette skyldes sandsynligvis, at de fleste forældre – og mange professionelle – forestiller sig, at børn må have en vis sproglig kompetence for at kunne deltage. 48 % af børnene er dog under ni år.

Projektet får således kontakt til en del børn, som er for små til at deltage i Lokalpsykiatriernes samtalegrupper.²²

²¹ Jvf. s. 11 og note 15.

²² Jvf. note 16 s. 11.

Figur 4. Aldersfordeling for børn

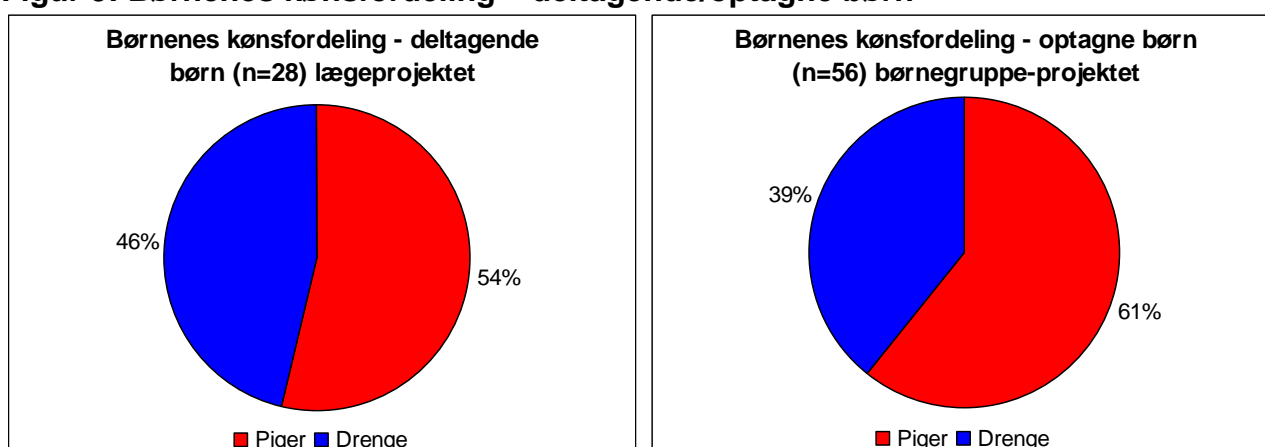


Fordeling af drenge og piger

Forskningsresultater har påvist, at drenge er mere sårbare på en række punkter i forhold til belastninger i opvæksten, end piger er. Undersøgelser²³ viser, at drenge har signifikant større sandsynlighed for at reagere på belastninger i barndommen med udvikling af psykisk sygdom, kriminalitet og selvdestruktiv adfærd.

Vi har sammenlignet antallet af henholdsvis drenge og piger, der har deltaget i børnegrupperne og i familiesamtalerne.

Figur 5: Børnenes kønsfordeling – deltagende/optagne børn



²³ Christoffersen, 1999, s. 31 -33.

Det fremgår af ovenstående figurer, at projektet her får kontakt med lidt flere drenge end samtalegrupperne gør. På trods af at der deltager flere piger end drenge i familiesamtalerne, udgør drengene en større procentdel end i børnesamtalegrupperne (46 % i forhold til 39 % i børnesamtalegrupperne).

En forklaring kan være, at der her er fokus på *familien* og ikke *børnegrupper* som erfaringsmæssigt appellerer mere til piger end til drenge. Det påpeges i rapporten om børnegrupper, at der kan være en tendens til, at de professionelle er mere tilbøjelige til at henvise piger til børnegruppeprojektet, ud fra en opfattelse af, at samtaletilbud mest er for piger²⁴.

3.5 Forældrene

Forældres sygdom

Vi har undersøgt forældrenes diagnose og længden af sygdomsperiode, ud fra en forestilling om at jo længere sygdomsperiode, jo større risiko for belastninger af børnene. En belastning, der på lang sigt kan føre til, at de udvikler adfærdsmæssige problemer og/ eller psykisk sygdom selv ²⁵.

Børnene har fået mere modstandsdygtighed, hvis forælderen først er blevet syg sent i barnets udvikling, når sunde og tætte relationer er opbygget. I tre familier var børnene halvstore eller teenagere, da forældrene blev syge

Tabel 6

Længde sygdomsperiode hos forældre	Børnegrupper N: 62 børn	Lægeprojekt N: 25 familier
Over 10 år	40 %	12 %
6 -10 år	21 %	24 %
3 – 6 år	22 %	15 %
1 -3 år	15 %	21 %
Under 1 år	2 %	27 %
I alt	100 %	100 %

Af ovenstående tabel kan vi udlæse en tendens til at forældrene i dette projekt har været syge i færre år end forældrene til børn i samtalegrupperne, på det tidspunkt familierne og børnene har fået tilbud om en samtale/hhv. optagelse i samtalegrupperne (Bjørn, 2006, s. 43).

48 % af forældrene i projektet om familiesamtale har været syge i mindre end 3 år og 36 % i mere end 6 år, mens det for henvisningerne til børnegruppernes vedkommende er 16 % af forældrene, der har været syge i mindre end tre år, og 61 % har været syge i over seks år.

På baggrund af de foreliggende resultater, ser det ud til, at det lykkes projektet at få kontakt med familier og børn, tidligere i forældrenes sygdomsforløb, og dermed øget mulighed for at tilbyde forebyggende støtte til børnene.

²⁴ Bjørn, 2006, s. 40.

²⁵ Man ved at 10 – 20 % af børn, der har sindslidende forældre selv bliver syge. Hvis begge forældre har en sindslidelse, er det 20 -40 % af børnene der selv bliver syge. (Kirkeby & Bagge, 2006, s. 4).

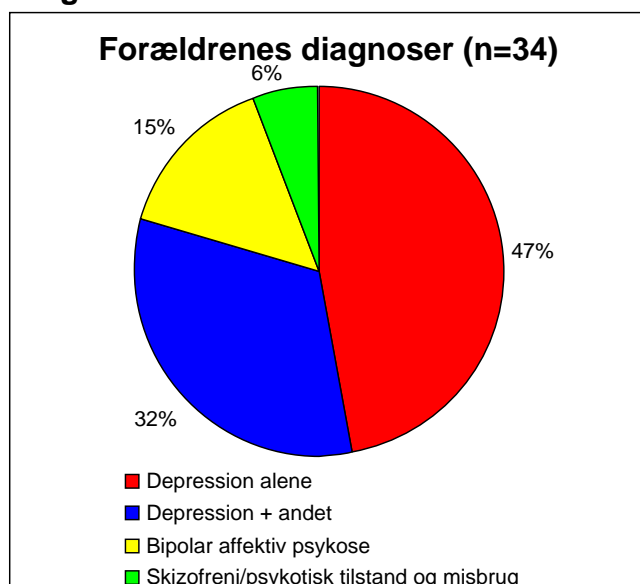
3.6 Diagnose

Ifølge Psykiatrifonden vil mindst 20 % af befolkningen på et eller andet tidspunkt udvikle svære depressive symptomer, det samme gælder for angst og misbrug, mens skizofreni rammer 1 % af befolkningen²⁶.

Da depressionssygdomme således er den mest udbredte psykiske sygdom, er det som forventet også den mest fremtrædende diagnose blandt forældrene i projektet.

17 af de 34 forældre i undersøgelsen, har diagnosen depression alene – 11 har en depression samt anden diagnose samtidig, blandt andet PTSD, bipolar affektiv psykose (der tidligere blev benævnt som manio-depressiv lidelse) og personlighedsforstyrrelse. Endvidere har flere af forældrene sammen med psykiatrisk diagnose et misbrugsproblem²⁷. Fem forældre har to andre diagnoser samtidig.

Figur 7: Forældrenes diagnoser



Flere familier hvor mødrene er syge

Der er statistisk set dobbelt så mange kvinder som mænd, der er i behandling for psykiske sygdomme.

I langt hovedparten af de familier, der har modtaget tilbudet om familiesamtale, er det moderen, der er eller har været syg (75 %). Mens fædrene udgør 16 %. I de sidste tre familier (ni %) er henvisningen om den unge/barnet i familien.

Denne fordeling mellem kønnene svarer til resultatet i evalueringen af samtalegrupper for børn med psykisk syge forældre²⁸.

En undersøgelse af forældrenes ægteskabelige status viser, at over halvdelen er fraskilte/enlige, hvilket for børnene betyder, at de udover at have en forælder med en psykisk lidelse, også har

²⁶ www.psykiatrifonden.dk forsiden

²⁷ Svarer til resultaterne i evalueringen af børnesamtalegrupperne, (Bjørn 2006, s. 44).

²⁸ Bjørn, 2006, s. 42

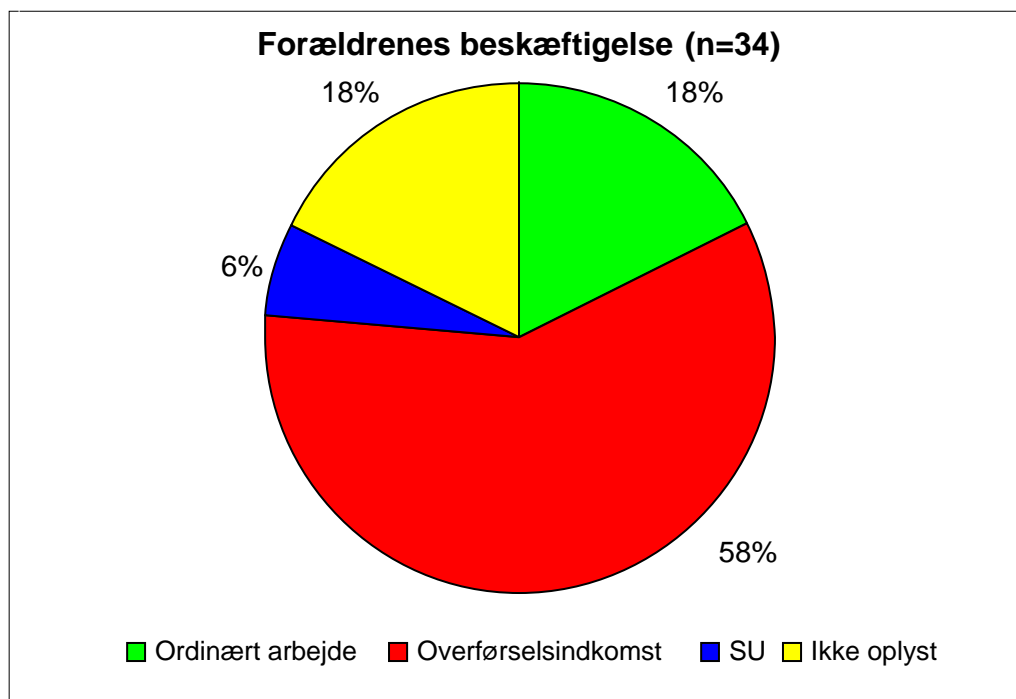
oplevet forældrenes skilsmisse, som man ved i sig selv udgør en belastning for mange børn og unge (Egelund og Hestbæk, 2003).

3.7 Forældrenes beskæftigelse

Vi ved at børn, der lever sammen med forældre, der har en psykisk sygdom, er udsatte og har en risiko for negative langtidsvirkninger af de psykiske belastninger, relationen til den syge forælder kan medføre²⁹. Derudover ved vi også, at forældrenes beskæftigelsessituation har en betydning. Det, at forældrene er på overførselsindkomst præger de økonomiske og sociale betingelser, børnene lever under og i forhold til deltagelse i fritidsliv, netværk etc. Den syge forælders manglende tilknytning til arbejdsmarkedet betyder, at relationen til børnene fylder mere, og børnene oplever større ansvar for forælders trivsel.

Nedenstående figur viser den syge forælders beskæftigelse. Som forventet er over halvdelen på overførselsindkomst³⁰.

Figur 8: Forældrenes beskæftigelse



²⁹ www.psykiatrifonden.dk

³⁰ Tidligere undersøgelser har vist, at en stor andel af de psykisk syge har svært ved at fastholde job og indkomst allerede før, de får stillet en diagnose. Andelen af fattige blandt personer med en psykiatrisk diagnose er 8 pct (Kronik om fattigdom i Danmark, Jyllandsposten januar 2007).

4 Kontakten til og samarbejdet med de praktiserende læger og psykiatere

Kontakten til og samarbejdet med de praktiserende læger og psykiatere i Århus Kommune, om at opspore de usynlige men udsatte børn af sindslidende forældre, er skabt ad flere kanaler.

4.1 Kontakten

Der er oprettet en hjemmeside, www.talmedboern.dk, hvor familiesamtalen beskrives. Der er etableret samarbejde med amtspraksiskoordinator og koordinator for lægerne i Århus Kommune, og igennem disses kanaler, dadlnet og www.sundhed.dk fremsendt materiale til lægerne samt tilbud til de uddannelsesgrupper, de er organiserede i om undervisning og støtte i indsatsen for deres patienter med børn. Derudover har alle 220 praktiserende læger og 15 psykiatere fået tilsendt henvisningsskemaer samt foldere om tilbudet.

Projektkonsulent Karen Glistrup har desuden opdyrket netværk blandt de praktiserende læger, og ved at inddrage en gruppe centrale personer blandt lægerne har der været afholdt tre undervisningsaftener/ fyraftensmøder for praktiserende læger i Århus.

De praktiserende læger og psykiatere er blevet undervist i børne- og familieperspektiv, kontaktetablering med forældrene om børnenes perspektiv, familiesamtalens metode samt erfaringer fra samtalerne. Undervisningen giver indblik i familiesamtalens muligheder og sætter fokus på, hvordan lægen kan formidle tilbudet om familiesamtalen uden at skabe øget angst hos patienten.

Der har været positive tilbagemeldinger fra deltagende læger og klinikpersonale på undervisningsaftenerne og erkendelse af, at de er blevet opmærksomme på noget nyt og betydningsfuldt. Blandt klinikpersonalet har der været interesse for et eventuelt arrangement målrettet denne faggruppe, som kan vise sig at have stor betydning for muligheden for at inddrage lægerne mere i samarbejdet. Klinikpersonalet har ofte kontakt med patienterne både ved tidsbestilling og i venteværelset.

Lokalt har projektkonsulenten fået publiceret en artikel i de praktiserende lægers tidsskrift for Århus Amt: *Medicus*³¹, og *Ugeskrift for Læger* har bragt en artikel om projektet med interview af læge Hanne Skou og projektkonsulent Karen Glistrup.

Der har endvidere vist sig, en stor interesse for projektet blandt læger på landsplan, hvor projektkonsulenten i samarbejde med medicinalfirmaer har undervist for praktiserende læger i henholdsvis Sønder Jyllands Amt, Vojens Kommune og Københavns Kommune samt på et depressionssymposium om brug af familiesamtale til ramte børnefamilier. Projektkonsulenten har desuden stået for et kursus på PLO's store konference: Lægedage 2006.

Det skal endelig nævnes, at hun adskillige gange – og igen i januar 2008 - er inviteret til Norge for at formidle erfaringer med familiesamtalerne. Det er indtrykket, at den interesse og omtale, som projektet får udenfor kommunens grænser, præger den hjemlige opmærksomhed positivt.

31 Artikel: "Familiesamtaler med psykisk syge forældre og deres børn", udg.4,2004. www.medicus.dk som har skiftet navn til www.laegenimidten.dk.

4.2 Samarbejdet

Erfaringerne har vist, at det er en vanskelig og langsommelig proces at få et samarbejde i gang med de praktiserende læger omkring formidlingen af tilbudet til den gruppe af deres patienter, der måtte have et behov for en støttende familiesamtale som supplement til behandlingen hos læge og psykiater.

For at få afdækket nogle af de barrierer, der har været og lægernes opfattelse af tilbudet, omfatter evalueringen interview med ni læger/psykiatere³².

I alt 16 læger og tre psykiatere har henvist 34 familier til samtale. Flere læger har henvist flere gange, og to psykiatere har hver henvist fire familier. Af de 19 læger, der har henvist patienter til familiesamtale, har de ni deltaget i undervisningen med projektkonsulent. De øvrige har kendskab til projektet gennem de udsendte foldere, projektbeskrivelse eller gennem kolleger.

De læger, der har deltaget i interview, har alle henvist patienter til tilbudet³³.

Anvendelse af tilbuddet i praksis

Når lægerne skal implementere et tilbud om familiesamtale i praksis er der flere processer/ barrierer at tage hensyn til. For det første at lægen bliver bevidst om/får øje på børnene bagved patienten. Lægens primære opgave og dermed fokus er jo klart patienten og i mindre grad familien. Dernæst skal lægen bringe fokus på børnene og deres perspektiv ind i samtalen med patienten. Her ligger en væsentlig barriere hos både læger og behandlere. Som en læge udtrykte på Lægedage: "Det er rigtig svært for mig at finde ordene ... så jeg er jo også med til at skabe tavshed!" Endelig skal lægen/psykiateren sende en henvisning. Det kræver både ændring af praksis og kræver tid.

Nogle af lægerne svarede, at det var et tilbud, de var bevidste om og tænkte ind hver gang, der kom en patient, som hørte til målgruppen, mens andre bemærkede, at de kunne have brugt det noget mere.

Flere af lægerne bemærkede, at en af barriererne med hensyn til at anvende tilbudet, var at huske på, at der er et tilbud og hvordan der henvises – taget i betragtning de stakkevis af pjecer, der dumper ind ad døren ugentlig i en lægepraksis. Det faktum, at det blot er 1/10 af patienterne i en almen lægepraksis, der har en psykisk lidelse og kun nogle af disse, der har børn, betyder at det ikke er et redskab, lægen har brug for dagligt.

Udover at lægen henviser konkrete patienter til tilbudet, har patienterne mulighed for at finde pjecen i venteværelset, hvor den ligger. Det betyder, at lægen ikke kan vide, hvor mange af patienterne, der faktisk har kendskab til tilbudet, men flere bemærkede, at de oplever, at patienter spørger efter pjecen til bekendte eller pårørende.

I undersøgelsen blev lægerne spurgt om deres erfaringer med at henvise til andre hjælpeforanstaltninger indenfor det sociale system. Og flere læger svarede, at de havde erfaring

³² Der er foretaget 5 personlige og 4 telefoninterviews.

³³ Det viste sig, at det primært var læger, der havde anvendt tilbudet, der var interesserede i at fortælle om deres erfaringer. Et andet forhold, der blev påpeget, var forskellen mellem det private og offentlige i fht. rådighedstid og honorering for undersøgelser som denne. Det betød, at nogle læger takkede nej til at deltage i evalueringen, da denne ikke blev honoreret.

med at henvise til sundhedsplejersker og til Ungdomscentret ³⁴. Med hensyn til underretninger havde kun få læger meget begrænset erfaring hermed.

Lægerne blev endvidere spurgt, om de havde / havde haft behov for at få en tilbagemelding fra projektet om, hvorvidt den henviste har benyttet tilbudet. Her var meldingerne delte, de fleste vurderede, at det ikke var nødvendigt – i de fleste tilfælde snakker lægen med patienten ved næste konsultation, om vedkommende har taget imod familiesamtale, og hvordan det er gået. For disse læger er det vigtigste, at de har et tilbud at henvise til, når der er behov.

4.3 Udfordringer og perspektiver

De læger, der deltog i undersøgelsen, vurderer alle tilbudet som anvendeligt og betydningsfuldt.

Der skal dog tages det forbehold, at de læger, der reagerede positivt på at bidrage til evalueringen, også må forventes at være de, der især er positivt stemte og måske i forvejen har haft fokus på børnene.

Både gennem interviews med lægerne og med projektkonsulent fremgår, at de læger og patienter, der har benyttet tilbudet om familiesamtale, finder det relevant og nyttigt. Det kan blandt andet ses ud fra, at antallet af henvisninger er øget støt fra start til nu. Og at nogle læger henviser flere gange.

Både lægerne og projektkonsulent vurderer, at det er vanskeligt at vurdere en langtidseffekt af tilbudet. Hvor både barn og forældre umiddelbart oplever lettelse, må man formode, at oplevelsen sætter sit spor.

Nogle af lægerne gav udtryk for, at det kan være problematisk at bringe tema omkring børnene ind i deres behandling, da de kan være bange for at sætte en ny bekymring i vej – et nyt problem – hvis de får signaleret til patienten, at de har mistanke om, at børnene har store problemer eller er omsorgssvigtede, kan det komme til at fylde for meget i forhold til patienten og familien. Derfor er det vigtigt, at lægen har redskaber til at spørge på en måde, så patienten oplever, at det er en naturlig opmærksomhed – og ikke fordi børnene ses som et problem, men at sunde børn reagerer med bekymring, når noget er svært, men samtidig at de har brug for at tale med nogen om det, der sker.

Informationsportal

Interviewene bekræfter erfaringerne fra projektet om, at det kræver en ihærdig indsats og meget opsøgende arbejde at få kontakt med og samarbejde med de praktiserende læger/psykiatere. Det indebærer både let tilgængeligt materiale, pjecer og brochurer, opsøgende, foredrag, undervisning mv.

Information via besøg af projektkonsulent, undervisningsdage og foredrag, bliver af alle fremhævet som inspirerende i forhold til at få viden om og flytte fokus til børnene i patienternes familier.

Lægerne peger på information og viden om dette felt som efteruddannelses tilbud i de efteruddannelsesgrupper, de praktiserende læger er organiseret i. Det synes at være et godt forum i forhold til udveksling af erfaringer og viden. Et andet forslag er informationer elektronisk, lig de hjemmeside de praktiserende læger benytter i vid udstrækning med behandlingsretningslinjer

³⁴ Ungdomscentret er en institution i Århus Kommune bestående af seks forskellige afdelinger, der tilbyder unge med behov særlig rådgivning, støtte og indsatser.

(www.sundhed.dk og www.KlinInfo.dk)

Der savnes en vejledning omkring tilbud til psykisk syge og deres familie med en klar beskrivelse af muligheder for henvisninger, samt beskrivelse af retningslinjer. Der efterlyses en lettere henvisningsmulighed, i det hele taget, når lægen har kontakt med børnefamilier, som har brug for samtalestøtte, men hvor der ikke nødvendigvis er behov for at oprette en børnesag. Flere læger kunne ønske en let tilgængelig informationsportal svarende til Ungekontakten³⁵, hvor unge umiddelbart kan henvende sig og få tilbudt samtaler med kompetente professionelle.

Fokus på børneperspektivet

De fleste af de interviewede læger udtalte, at de var bevidste om børnenes situation i familierne, hvor forældre har en psykisk lidelse, og at de som oftest spurgte til børnene. De gav samtidig udtryk for, at det at tænke over det og gøre noget aktivt / eller have mulighed for at gøre noget aktivt, bliver forstærket af projektet og den information, der er fulgt med. Projektet har bevirket, at nogle af de interviewede læger er blevet mere opmærksomme på at få snakket med patienten og børnene, og i nogle tilfælde er det indsats nok.

Projektkonsulentens bog og undervisning nævnes som gode redskaber til, hvordan man griber snakken an.

³⁵ Ungekontakten er et frivillig tilbud om rådgivning til unge under 18 år med særlige psykiske og sociale vanskeligheder.

5 Projektkonsulentens refleksioner

Vi ved, at børn, som lever i familier med alvorlig psykisk sygdom, er udsatte og i risiko for selv at udvikle psykiske lidelser.

Socialforvaltningen i Århus Kommune har siden 2002 arbejdet på at styrke indsatsen overfor sindslidende forældre og deres børn. Samtalegrupperne for børn og unge, som er etableret i Lokalpsykiatrierne og i Ungdomscentret må siges at være en succes. Runa Bjørn konkluderer i sin rapport fra 2006 om grupperne i de fire lokalpsykiatrier, at disse imødekommer et væsentligt og hidtil udækket behov hos børn og de unge. Hun konkluderer også, at hvis man vil nå en større andel af målgruppen, må man gøre en indsats for at gøre tilbudet kendt blandt potentielle henvisere.

Projektet, som evalueres her af Ingeborg Kragegaard, har de praktiserende læger og psykiatere som særlig målgruppe. De har kontakt med de sindslidende forældre og kan derfor have en vigtig rolle i at opspore børnene før disse evt. selv udvikler psykosomatiske eller psykiske forstyrrelser. Metoden til opsporing af børnene er at tilbyde forældrene hjælp til at tale med børnene om sygdommen. Opsporingen indeholder således i sig selv et tilbud, som imødekommer børn og voksnes behov for hjælp: En hjælp til at bryde tabuet.

En af de erfaringer, vi igen og igen gør omkring disse familier er, at børnene som de sidste inddrages i familiens samtaler om sygdommen, frygten og usikkerheden. De overlades til selv at forstå, bearbejde og rumme alle indtryk, følelser og tanker. Samtidig kendetegnes en stor gruppe af børnene ved at være "usynlige" – de kalder ikke på opmærksomhed – og deres omgivelser er kendetegnet ved tavshed idet mange er bange for at blande sig. Børnene bliver på den måde dobbelt belastet med det tabu, der udvikler sig omkring deres livsvilkår.

Månedsmagasinet "Undervisere" fremlagde i juni resultaterne af en undersøgelse blandt lærere i folkeskolen, som viser, at 6 ud af 10 lærere ikke sender en underretning, når de har alvorlig bekymring for et barns trivsel. Tilbageholdenheden skyldes dels negative forventninger til udfaldet af at kontakte socialforvaltningen, dels bekymring for at sætte tilliden til børnene over styr. Lærerens kontakt til sindslidende forældre er ofte usikker. Først når det ikke længere er muligt at rumme barnet i klassen, handler man.

Det tillidsforhold til forældrene, som lærere og pædagoger ofte savner til forældre med psykiske lidelser har derimod den praktiserende læge. Han/hun er ikke ramt af tabuet.

Jeg har som konsulent i projektet gennemført en række samtaler med forældre og børn, som er henvist af lægerne. Samtalernes sigte er at styrke børnenes forudsætninger for at udvikle sig sundt under vilkår, som ofte er særdeles vanskelige.

De læger og psykiatere, som har benyttet tilbudet fortæller, at det giver god mening for dem at

sætte børnene på dagsordenen i samtalerne med deres patienter, og de sindslidende patienter er lettede over at få hjælp til at tale med børnene.

Birgitte Ahlgreen fra Center for Evaluering evaluerede i 2000 mit første forsøg med familiesamtaler i psykiatrien. Hun kunne på baggrund af interviews med både professionelle, forældre og børn konkludere, at familiesamtalen er velegnet til at styrke den forebyggende indsats overfor børn med psykisk syge forældre.

I projektet her har jeg, helt svarende til erfaringerne fra psykiatrien, mødt børn i alle aldre, som har været fanget af deres eget alt for vellykkede forsøg på at undgå opmærksomhed.

En strategi, som hindrer, at mor eller far bliver belastet yderligere af skyld. Og som støtter en følelse hos barnet selv af at være normal – være én, som ikke kalder på andres bekymring. Og det lykkes bedst, når man sørger for at se helt almindelig ud. Eller måske se lidt ekstra glad ud ... for en sikkerhedsskyld.

Familierne udvikler ofte et sprogløst samvær omkring det, som alle ønskede skulle være anderledes. Det er som om sproget skaber røgslør. Eller de voksne forsøger sig med "Far har det ikke så godt", "mor er træt" eller: "... nu skal vi ikke tænke mere på det!"

Et anonymiseret udpluk fra familiesamtalerne

Lone på tre år er begyndt at skrig og sige sære lyde – hendes mor har i flere år kæmpet med psykiske problemer – angst, depression og voldsomme vredesudbrud, som både rammer den lille pige og samleveren.

Gerda lider af kronisk depression – kan ikke tage sig sammen til noget – græder hver gang, hun ikke kan overskue situationerne. Hjemmet gror til i skidt. Mads på 10 år er bekymret og ved ikke, hvad der er galt. Men han ved, at mor ikke skal have flere bekymringer. Mor har altid forsøgt at få det til at gå uden hjælp.

Jannie på 13 år bor alene med sin mor og far. Mor og mormor har maniodepressiv sygdom. Når mor er syg, skærer hun sig og siger, hun vil dø. En onkel har krænket Jannie seksuelt gennem mange år. Pigen har holdt det hemmeligt for at hendes mor ikke skal få det mere skidt.

Jens på 9 år er sekundært traumatiseret på grund af faderens PTSD og depressive lidelse. Jens har besvær med at styre sin vrede i skolen, men får dér alene opmærksomhed på sin adfærd.

Michael på 10 år besøger sin manio-depressive far hver anden weekend. Han klarer sig fint i skolen og siger ikke noget til moderen om, hvor fuld faderen kan være.

Winnie er 16 år – hendes mor er ramt af svær depression. Forældrene er skilt og kan ikke tale sammen. En søster er også syg og har et misbrug. Winnie kan ikke sove og tror, hun måske også er syg?

Børn kan blive desperate, hvis de ikke kan få sammenhæng i det, de oplever og det, som mennesker omkring dem udtrykker. Når de ikke bliver set og forstået.

Deres signal til omverdenen er typisk somatiske trivselsproblemer eller forstyrrelser i adfærden. Vi kan opleve dem som voldelige, aggressive og kriminelle. Nogen udvikler misbrug eller andre selvskadende handlinger. Se, dette er de *synlige* børn!

Rigtig mange børn er imidlertid i stand til at håndtere desperationen på en anden måde. Og de sender *ingen signaler overhovedet!* Jo, hvis man kan sige, at et barn der er hjælpsomt, flittigt, artigt og storsmilende skal kalde på vores bekymring og på en særlig opmærksomhed?

Tusmørkebørnene, de voksne børn eller de usynlige børn. Mange navne har vi givet de børn, der ikke volder os vanskeligheder, fordi de IKKE er blevet adfærdsforstyrrede eller kriminelle. Men trods de udeblivende nødsignaler har børnene behov for at blive set og få hjælp til at skabe sammenhæng og en smule mening i det, de oplever derhjemme.

Alle samtaler med familierne har det primære sigte at hjælpe forældrene med at tale med børnene om den virkelighed, som er familiens vilkår. Uanset hvor små børnene er, styrker den bekræftende og medlevende kontakt med barnet dets grundlæggende følelse af at være set. Vi støtter barnets integritet.

Psykiske lidelser har for mange mennesker den konsekvens, at fornemmelsen for både egne og andre menneskers følelser og grænser bliver uklare. Barnets oplevelser af den voksne bliver tilsvarende uklare. Samtalen kan give mening til det meningsløse og på samme tid støtte barnet i at mestre relationen til den syge voksne.

Det lykkes i projektet at få kontakt med både "synlige" og "usynlige" børn, fordi den læge, som kender deres syge forældre, har formået at bringe børnene frem fra skyggen.

Lægen har foreslået sin patient at tage børnene med til en familiesamtale.

Børnene skal ikke gøres til problembørn. Tværtimod!

Det er ikke deres adfærd, men deres vilkår vi skal have opmærksomhed på.

Lægen skal derfor ikke spørge patienten:

- Hvad med børnene ... har du indtryk af at de har nogen problemer?

I stedet skal hun / han spørge patienten:

- Hvad med børnene ... hvordan får I snakket med dem om din sygdom og om, hvordan I alle sammen har det?

... og fortælle at:

- Sunde børn mærker jo, når deres forældre har det svært!

- Hvis de skal blive sunde voksne, har de brug for, at vi taler med dem om

-----26

"Vi skal tale med børnene....." - Evaluering af samarbejdsprojekt.....

det, der sker ...

Børn kan overleve rigtig mange svigt og bære smerten i dyb hemmelighed. Men i sidste ende ikke uden kolossale konsekvenser. Både for deres barndom og for deres psykiske udvikling.

Mange af disse børn og unge vil vi møde, når de senere må melde pas overfor voksenlivet, fordi det stiller endnu større krav end "blot" det at kunne overleve. Der ligger et stort reparationsarbejde og venter, hvis ikke børnene i tide bliver set og får hjælp til at forstå og mestre deres liv med sunde strategier.

Børn skal ikke involveres unødigt og overdrevent i de problemer, som hører til de voksnes verden. Men når de ikke kan undgå at mærke til problemerne – når de kommer til at bære byrderne - skal de mødes med respekt, tillid og interesse for deres behov for støtte.

Og familierne har brug for hjælp til at bryde tavsheden og genskabe kontakten mellem børn og voksne.

Karen Glistrup, August 2007

Bilag 1 pjece om tilbudet

Litteraturliste

Ahlgreen, Birgitte: "Kontakt med børn af psykiatiske patienter. Et udviklingsprojekt i Psykiatrien i Århus Amt". Evalueringsrapport, maj 2000. Center for Evaluering, Psykiatrien i Århus Amt.

Borges, Anne Inger Helmen: "Resiliens – Risiko og sund udvikling", Hans Reitzels Forlag, 2003

Bjørn, Runa: ""For børn kan jo ikke passe på voksne....Evaluering af samtalegrupper for børn med psykisk syge forældre i lokalpsykiatrierne i Århus Kommune. 2006

Christoffersen, Mogens Nygaard: "Risikofaktorer i barndommen". København, Socialforskningsinstituttet SFI. 1999

Egelund, Tine og Anne Dorthe Hestbæk: "Anbringelse af børn og unge uden for hjemmet – en forskningsoversigt", Socialforskningsinstituttet, 2003

Familieafdelingen: " Projekt: Børn og deres psykisk syge forældre – afsluttende rapport", 2003

Foged, Ella: " NETOPS 1. Børn af forældre med psykisk lidelse – en undersøgelse af implementeringen af familiesamtalen i Psykiatrien i Århus Amt.", Uddannelsesafdelingen, Psykiatrien i Århus Amt. 2006

Glistrup, Karen: "Hvad børn ikke ved.....har de ondt af. Familiesamtaler om psykiske lidelser." Hans Reitzels Forlag, København 2006 2. oplag.

Kirkeby, Lene og Hanen Bagge: "Forældre og – familiesamtaler med sindslidende og deres børn. Resultater og erfaringer fra kvalitetsudviklingsprojekt". Rapport fra netopsprojektet. Lokalpsykiatri Centrum, 2006.

Lier, Lene, Bernadette Buhl-Nielsen og Hans Knudsen: "Psykisk syge forældre og deres børn", København; Det Tværministerielle Børneudvalg/Socialministeriet.

Stæhr, Joan: " De usynlige børn – Statusrapport vedr. enkeltsamtaler og ad hoc grupper for børn og unge under 18 år". SIND`s Pårørenderådgivning, 2005.

Månedsmagasinet "Undervisere", www.undervisere.dk , juni 2007



Dette er et åbent tilbud, hvor man kan være anonym. Det er dog ønskeligt af hensyn til samtalens indhold, at lægen må fremsende oplysninger om sygdomsforløb i forbindelse med henvisningen.

For yderligere oplysninger:

Karen Glistrup
Center for Socialfaglig Udvikling
Værkmestergade 15
8000 Århus C
Tlf. 2920 8499 eller
mail: kgl@fa.aarhus.dk

Læs mere om familiesamtalen på hjemmesiden:
www.talmedboern.dk

Udgivet af Socialforvaltningen
August 2007
Oplag 5000

Vi skal tale med børnene!



... de mærker også voksnes angst og depression

Socialforvaltningen

Århus Kommune

Vi ved, at mange forældre, der har en psykisk lidelse, bekymrer sig for, hvordan deres sygdom påvirker børnene. Mange synes samtidig, at det kan være svært at forklare børnene om sygdommen.

Børn fornemmer oftest de ændringer, der sker med deres mor eller far. De fornemmer også, at sygdommen er et vanskeligt emne at tale om for familien. Derfor kan de gå meget alene med deres tanker, forestillinger og bekymringer.

„Har det noget med mig at gøre?“ - tænker nogle børn.

Uro og skyldfølelse letter, når vi bryder tabuet. Og det styrker kontakten mellem børn og forældre at få talt om dét, som giver bekymring.

Århus Kommune tilbyder samtale med forældre og børn med en særlig opmærksomhed på børnene.

Vi kan hjælpe forældre med at fortælle børn om mors eller fars sygdom og om, hvordan man kan forstå og forebygge psykiske lidelser.

Vi kan også hjælpe med at afklare, om børnene eller familien har behov for ekstra støtte og sammen med familien undersøge, hvordan en sådan støtte kan sikres.

Praktiserende læge/psykiater kan sende en henvisning til familieterapeut og konsulent Karen Glistrup.