



God praksis i daginstitutioner

Børn med psykisk syge forældre

Et inspirationshæfte

Socialt Udviklingscenter SUS
www.barn-i-fokus.dk
Oktober 2003

„Mor er ikke så
god til at høre,
hvad jeg siger“

Indhold

Forord	3	4 Samtaler med børn	15
1 Vi er blevet klogere	4	Mor er ikke så god til at høre	15
Konsekvenser for børn	4	Bange for mørket	15
Ny viden og erfaring	4	5 Den støttende samtale	17
2 Småbørn med psykisk syge mødre	5	Første samtale – far bryder sammen	17
Børnenes baggrund – ophobning af risikoforhold	5	Anden samtale – ord på det svære	17
Hvor mange børn har en psykisk syg mor eller far?	5	Ændret praksis	17
Vanskeligheder i forældrefunktionen ved psykisk sygdom	5	6 Internt samarbejde i institutionen	19
Depressive lidelser	6	Introduktionssamtale med forældrene	19
Emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse (borderline-type)	7	Efterfølgende samtaler	19
Sygdomme inden for det skizofrene spektrum	7	At arbejde med børn af psykisk syge forældre ...	19
Vanskeligheder under børnenes udvikling	8	Huskereglerne for det interne samarbejde	20
Regulationsforstyrrelser	8	7 Tværfaglig indsats	21
Forstyrrelser i barnets sociale udvikling	8	Introduktionssamtale	21
Følelsesmæssige vanskeligheder	9	Kontakt til andre faggrupper	21
Adfærdsvanskeligheder	10	Forudsætninger for samarbejde	21
Sammenfatning	10	Handleplan	22
Litteratur	10	Konklusion	22
3 Kommunens ansvar – hvad siger loven?	11	8 Sundhedsplejersken kender familien	23
Pædagogen på forebyggelsens forpost	11	Vagt i gevær	23
Hvad siger loven?	11	9 8-kommune-projektet	24
Tilsyn	11	Baggrund og introduktion	24
Underretningspligt	12	Formål – Liv med psykisk syge forældre	24
Tavshedspligt	12	Formål – Skolebørn med psykisk syge forældre ..	24
Det tværfaglige samarbejde	13	Organisation	24
Hensigten med det tværfaglige samarbejde ..	13	Organisationsdiagram	25
Hvad kan understøtte det tværfaglige samarbejde?	13	Forfatterprofiler	26
Hvem indgår i det tværfaglige samarbejde? ..	13	Her kan du hente mere viden	27
Gode grunde til tværfagligt samarbejde	13		
Barrierer for det tværfaglige samarbejde	14		
Afslutning	14		

Forord

I 1997 designede og planlagde Socialt Udviklingscenter SUS i samarbejde med Hvidovre, Brøndby, Rødovre og Solrød Kommuner et udviklingsprojekt. Målet var, blandt andet gennem en lang række undervisningstilbud, at kvalificere medarbejdere i vuggestuer, børnehaver, skolefritidsordninger mv. til at støtte og sikre relevant hjælp til børn med psykisk syge forældre.

Publikationen, som du sidder med, er ét af de tydelige og håndgribelige resultater af udviklingsprojektet. Indholdet er blevet til på baggrund af et forløb med gruppekonsultationer. Deltagerne her var medarbejdere primært fra daginstitutioner i de kommuner, som deltog i udviklingsprojektet. Gruppekonsultationerne fandt sted gennem et halvt år på månedlige møder og blev ledet af speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri Lene Lier, Bispebjerg Hospital.

Efter en kort indledning indeholder publikationen først en oversigtsartikel af speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri Lene Lier, der beskriver, hvordan forældrefunktionen påvirkes af psykisk sygdom. Dernæst beskriver sektorleder Ilse Johansen kommunens ansvar og mulige indsats i relation til risikobørn.

De følgende fem artikler er skrevet af deltagere i gruppekonsultationen på grundlag af casebeskrivelser, som forfatterne selv fremlagde og fik feedback på.

I sin artikel „Samtaler med børn“ beskriver Dorte Tostenæs både de fysiske rammer for en samtale, og hvordan man med opmærksomme og afklarende spørgsmål kan støtte barnet til at give udtryk for sine behov.

„Den støttende samtale“ med forældrene kan være vanskelig at tage fat på. Karina Hatting Haagenen beskriver samtaleforløb og giver på grundlag heraf råd om, hvordan man som pædagog skal forholde sig, når en af barnets forældre har en psykisk sygdom.

En speciel indsats over for udvalgte familier kan blive årsag til, at kolleger undrer sig. For at inddrage denne undren som et positivt element er det væsentligt, at medarbejderne i institutionen taler sammen og støtter hinanden. Jette Munch Hansen giver med „Internt samarbejde i institutionen“ gode råd om, hvordan det interne samarbejde kan tilrettelægges.

Når der skal inddrages ressourcer udefra, er det af stor betydning at have tilrettelagt et tværfagligt og -sektorielt samarbejde. Torbjørn Sandquist beskriver i sin artikel „Tværfaglig indsats“, hvornår der er grund til en sådan indsats, og giver ideer til en handleplan i forhold til barn og familie.

Endelig begrundes sundhedsplejerske Ida Henvig i „Sundhedsplejersken kender familien“, hvorfor det er vigtigt at inddrage sundhedsplejersken i daginstitutionens indsats.

Bagest finder du en beskrivelse af det udviklingsprojekt som muliggjorde denne publikation. I daglig tale kaldes det 8-kommune-projektet. På de allersidste sider finder du en oversigt over, hvor du kan hente mere viden (litteratur, film og www) samt en kort beskrivelse af forfatterne.

Ønsket er, at publikationen kan inspirere ansatte i vuggestuer, børnehaver, skolefritidsordninger og lignende steder, til en særlig indsats til gavn for børnene, de unge og deres psykisk syge forældre.

Det er der fortsat god mening i!

God læselyst

Socialt Udviklingscenter SUS

Oktober 2003

Vi er blevet klogere

Alle børn med psykisk syge forældre har brug for en særlig opmærksomhed. På trods af at vi i Danmark i de seneste år har sat fokus på disse børn, er der stadig mange, som ikke får den opmærksomhed og støtte, de har brug for.

Af Bjarne Møller, SUS

Når mor eller far er psykisk syge, påvirkes hele familien – ikke mindst børnene. Hvor meget og hvordan de påvirkes, afhænger blandt andet af, hvordan sygdommen ytrer sig, hvor langvarig den er, og om den syge forælder erkender sin sygdom. Om forælderen er alene med barnet, og om der er andre ressourcepersoner i eller omkring familien. Også barnets alder og modenhed spiller en rolle. Hertil kommer, at børn reagerer forskelligt på forældres psykiske sygdom.

Nogle børn vokser op i familier, som er præget af social isolation, kaos, stressende begivenheder, konflikter, misbrug og absurde normer. I andre familier optræder forælders sygdom derimod i korte perioder og uden at forstyrre familiens liv i nævneværdigt omfang.

Konsekvenser for børn

Børn, som vokser op sammen med følelsesmæssigt ustabile forældre, er altid på vagt. De ved aldrig, hvornår forældrenes sindstilstand ændrer sig, eller om de får ja eller nej. De udvikler derfor en utrolig evne til at tolke andres behov og signaler – på bekostning af evnen til at forstå og imødekomme egne behov.

I mange familier påtager barnet sig at være en følelsesmæssig og praktisk støtte for den psykisk syge forælder. I andre familier pålægges barnet den rolle.

Ofte tror børnene, at forældrenes sygdom eller en forværing i sygdommen skyldes noget, de har sagt eller gjort. De får sjældent information om forældrenes sygdom og er derfor overladt til egne forestillinger og fantasier.

På grund af opgaver i hjemmet, loyalitet og skyldfølelse og angst for hvad der sker med forældrene, når man ikke er hjemme, isolerer mange børn sig i familierne.

De fremtræder udadtil som stille, opmærksomme og kompetente, men ofte har de psykosomatiske symptomer, tvivler på eget værd, føler sig usikre, er ensomme og lever „et gråt liv“ med få positive oplevelser.

Ny viden og erfaring

Siden midten af 90'erne er der i Danmark – med støtte fra blandt andet Socialministeriet – gennemført en række aktiviteter for at kvalificere hjælpen til psykisk syge forældre og deres børn. Det arbejde har givet ny viden og mange nye erfaringer. Vi ved i dag meget mere om, hvordan børnene påvirkes, hvilke behov de har, og hvordan de – og deres syge forældre – kan hjælpes bedst muligt:

- *Tal med børnene*
Det er en udbredt forestilling, at børn skal skånes for det vanskelige i livet. Men når vi ikke taler med børnene om den virkelighed, de vokser op i, kan det opfattes som om vi ikke vil, kan eller orker at høre om deres liv og vanskeligheder.
- *Tal med forældrene*
Forældre bekymrer sig om deres børn. De vil gerne have, at deres børn har det godt, og at det går dem godt. Det gælder også psykisk syge forældre. De har også brug for at tale om deres børn og forælderrolle – for at udveksle erfaringer, oplevelser, glæder og bekymringer.
- *Børn- og ungegrupper*
En af de vigtige erfaringer er, at børn og unge med psykisk syge forældre kan have stort udbytte af at møde jævnaldrende med opvækstvilkår som dem selv. Det kan eksempelvis ske i børne- og ungegrupper.

Her kan de blandt andet 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 (bio, teater, svømning mv.).

- *At behandling af psykisk syge forældre skal medtænke forælderrollen – og børnene*
Med faste „spørg til børnene-rutiner“ i voksenpsykiatriens forskellige tilbud får den syge mulighed for at tale med nogen om sine eventuelle bekymringer i forhold til børnene. Samtidig bør personalet være opmærksom på at formidle børnenes behov for støtte til de relevante myndigheder – eller til selv at imødekomme behovene. Personalet bør formidle viden om sygdom og behandling til både børn og forældre, og der bør indrettes børnevenlige besøgsværelser på psykiatriske afdelinger.

Den vigtigste erfaring fra udviklingsarbejdet er, at uden samarbejde og koordinering, tabes de gode hensigter på gulvet. Men nok så vigtigt har arbejdet også vist, at det nytter at gøre en indsats!

Det er muligt at hjælpe børnene og forældrene, og det er muligt at forebygge, at problemerne opstår og udvikler sig.

Ofte kan problemerne afhjælpes inden for rammerne af de traditionelle tilbud i social- og sundhedssektoren. Men det forudsætter, at pædagoger, socialrådgivere og andre øger deres opmærksomhed på de psykisk syge forældre og deres børn, og at de får mulighed for at kvalificere sig til opgaven.

Småbørn med psykisk syge mødre

Kapitel 2

Op mod 2 pct. af alle nyfødte børn har en mor med en behandlingskrævende psykisk lidelse. Hvordan påvirker sygdommen forældrefunktionerne – og hvad sker der med børnene?

Af Lene Lier

■ Inden for de sidste årtier er der sket en eksplosiv vækst i den viden, vi har om det normale spædbarns medfødte evner, og de forhold hos barnet og dets forældre, der kan true barnets fortsatte udvikling.

Der har i de seneste år været øget fokus på „psykiatriens børn“: de psykisk syge forældres børn. Denne artikel handler om småbørn, hvis mødre har længerevarende psykiske lidelser. Der kan i perioder være tale om så udtalte problemer, at moren må indlægges på en psykiatrisk afdeling. Men den største del af tiden vil hun oftest være i ambulant behandling, eller måske slet ikke søge professionel hjælp.

De bedre psykofarmakologiske behandlingsmetoder og udbygningen af distriktspsykiatrien har medført, at flere kronisk sindslidende mennesker har mulighed for at stifte familie og få børn. Samtidig er sengepladserne på de psykiatriske afdelinger blevet langt færre, hvilket betyder, at den syge forælder må være hjemme under sygdomsperioder, som tidligere medførte indlæggelse. Barnet oplever således på nært hold de særlige forhold og belastninger, som samværet med den psykisk syge mor indebærer. Virkningen på barnet vil afhænge af, om der er en rask omsorgsperson til stede i hjemmet, som har overskud til barnet, af familiens evne til at søge og modtage hjælp og af det nære miljøes samlede ressourcer. Daginstitutionen kan her spille en vigtig rolle.

Børnenes baggrund – ophobning af risikoforhold

Børn, hvis forældre er længerevarende psykisk syge, har i et livstidsperspektiv øget risiko for vanskeligheder i den psykosociale udvikling i barneårene, senere ungdomspsykiatriske problemer og i voksenalderen psykisk insufficiens eller sindslidelse.

Arvelige og miljøbetingede faktorer påvirker hvert enkelt barns udviklingsmuligheder og medfører fx:

- Øget risiko for komplikationer under graviditet og fødsel
- Lavere fødselsvægt
- Afbrudt mor-barn-kontakt på grund af morens psykiatriske indlæggelser
- Mangelfuld forældreevne, når moren har det dårligt hjemme
- Egne vanskeligheder hos barnet
- Vanskelige familiære og sociale kår.

Der er således gode grunde, menneskeligt og økonomisk, til en bred tværfaglig indsats.

Trods øget opmærksomhed i de senere år er børn med psykisk syge forældre alligevel stadig en i høj grad overset gruppe. Dette afspejles i en sporadisk viden om børnenes udviklingsbetingelser og -vanskeligheder både i det sociale og det sundhedsmæssige system og blandt de pædagoger, der i det daglige omgås barnet. Som følge heraf ydes der alt for sjældent relevant og kvalificeret støtte tidligt nok til børnene og deres familier.

Hvor mange børn har en psykisk syg mor eller far?

En landsdækkende dansk undersøgelse (1973-83) har vist, at psykisk syge kvinder, der får børn, får flere end gennemsnittet. I København vurderes det, at omkring 2 pct. af de nyfødte har en mor med en behandlingskrævende psykisk lidelse. I dette tal indgår ikke mødre med misbrug som hoveddiagnose. Så ville antallet nok være det dobbelte. Der er øget risiko for såvel debut som genopblussen af psykisk sygdom i forbindelse med fødslen og barnets første leveår. Herudover debutterer de alvorlige sindslidelser oftest i 20-30 års alderen – i samme alder, som de fleste kvinder får børn.

Vi ved ikke, hvor mange ældre børns forældre der er længerevarende psykisk syge. Vi ved, at hver fjerde patient, der er tilknyttet det psykiatriske system, også er forælder – men hvor mange børn de har og i hvilke aldre, det ved vi ikke. Andre forældre med psykiske sygdomme behandles hos egen læge eller speciallæge – hvor mange det drejer sig om, ved vi heller ikke.

Vanskeligheder i forældrefunktionen ved psykisk sygdom

■ Barnet og moren bidrager begge til relationen mellem dem. Barnet bidrager med sin medfødte parathed til social kontakt, og senere med sin særlige personlighed. Fra ganske lille reagerer barnet på sin mor ud fra de erfaringer, det får i kontakten med moren.

Morens bidrag er påvirket af hendes forestillinger om barnet og moderrollen, og af hendes evne til at indleve sig i og reagere på barnets behov. Følelsesmæssig tilgængelighed, korrekt opfattelse af barnets adfærd og behov, et passende og tidsmæssigt rigtigt timet svar og en følelsesmæssig samstemthed med barnet er egenskaber, som danner forudsætning for den „tilstrækkeligt gode“ omsorg.

Psykiske lidelser vil altid medføre vanskeligheder i mor-barn-forholdet, fordi grundsymptomerne ved disse sygdomme alle griber ind i den sociale formåen.

Mennesker med psykiske lidelser er lige så forskellige som alle andre. Mere afgørende for barnets opvækst end diagnosen er forældrenes opmærksomhed over for barnet, deres personlighed, sygdomsindsigt, samarbejdsevne og

det nære miljøes ressourcer. Aggressioner, kaos og voldelige episoder opstår især i familier, hvor en eller begge forældre har en personlighedsforstyrrelse og/eller et misbrug parallelt med anden psykisk lidelse, eller hvor familieforholdene er ustabile, med skiftende partnere. Alligevel findes karakteristiske vanskeligheder i forældrefunktionen som følge af de særlige problemer (symptomer), som er knyttet til de forskellige psykiske sygdomme. Viden om – og respekt hos omgivelserne for de vanskeligheder, der er en følge af sygdommen (og ikke af omsorgssvigt i almindelig forstand), er meget vigtigt for samarbejdet med familien – og for de forventninger, man realistisk kan have til forældrene.

Depressive lidelser

Depressioner efter en fødsel forekommer hos omkring hver tiende kvinde. De opstår inden for de første måneder efter fødslen og varer fra få uger til et langt forløb over seks måneder for ca. 50 pct.s vedkommende. Mødrene har høj risiko for tilbagefald, inden barnet når skolealderen, formentlig to-tre gange større risiko end ved depressioner opstået uden relation til en fødsel. Mange depressive mødre prøver at komme gennem problemerne uden at søge professionel hjælp, nok fordi de ikke er klar over, at deres tilstand skyldes en depressions-sygdom, som de kunne få hjælp for. Depression hos mødre til såvel små som større børn er således langt fra ualmindelig og kan have alvorlige konsekvenser for kvindens sociale funktion i familien, og for barnets psykiske udvikling.

- Depressioner, der debuterer kort efter fødslen, belaster mor-barn-forholdet i en i forvejen sårbar periode. Gentagne og længerevarende depressioner påvirker forældrefunktionen i betydelig grad. Moren magter på grund af sin sygdom ikke at være nærværende, livfuld og omsorgsfuld i takt med barnets behov. Hun prøver – og stimulerer til tider barnet „ekstra godt“, men har svært ved at få følelserne med. Kontakt og omsorg får ofte et anstrengt og uforudsigeligt præg, samtidig med at moren er sig smertefuldt bevidst, at hun ikke magter at være en god nok mor for sit barn.

En del mødre er i stand til at opretholde et naturligt samspil med barnet. Dette gælder især mødre med lettere kortvarige depressioner og med god støtte fra familien. For andre mødre med mere alvorlige depressioner eller en i forvejen mere sårbar personlighed bliver samspillet med barnet markant påvirket af de depressive symptomer. Følgende beskrivelse gælder den sidstnævnte gruppe.

Depressionens grundsymptomer har alle indflydelse på morens udstråling og adfærd i forhold til barnet: *Det for-sænkede stemningsleje* præget af tomhed og glædesløshed medfører, at barnets kontaktforsøg og smil ikke besvares og udbygges til en fornøjelig og stimulerende fælles oplevelse. *Den psykomotoriske hæmning* forstærker morens manglende vitalitet. Hun reagerer langsomt på barnets signaler. Hendes mimik er sparsom. Følelsen af uover-

kommelighed begrænser perioderne af positivt samvær med barnet både kvalitativt og kvantitativt. *Koncentrationsproblemer, rådvildhed og angst* forstærker yderligere morens magtesløshed, specielt i stressede situationer, hvor hun skal overskue flere dagligdags begivenheder på én gang, fx at barnet græder, skal trøstes, skal skiftes, skal have mad, skal sove, vil lege osv.

Hvis depressionen opstår i barnets første levemåned, hvor det normale mor-barn-samspil endnu ikke har nået at udvikle sig, aftager barnets opmærksomhed og respons over for sociale stimuli. Måske vil det endog undgå blikkontakt med moren og blive urolig og græde, når hun forsøger at etablere kontakt. Hvis denne situation varer ved, uden en anden voksen i hjemmet overtager ansvaret for barnet, kan barnets sociale udvikling blive alvorligt påvirket. Der opstår en ond cirkel, hvor morens oplevelse af mor-barn-forholdet og hendes følelser for barnet kan blive tiltagende komplicerede og ambivalente, og hvor barnet ikke udvikler sine medfødte sociale evner til gensidighed i kontakt og kommunikation.

Udvikler depressionen sig noget senere eller gradvist, har barnet måske positive forventninger om det, der plejer at ske i samspillet. Det vil forsøge at „genoplive“ sin mor ved at forstærke sit eget sociale udspil. Indimellem vil det lykkes barnet at „live moren op“ og opnå en naturlig kontakt. Andre gange lykkes det ikke for barnet, som efter mislykkede forsøg resignerer og efterhånden kan fremtræde trist og fattig på mimik uden sociale forsøg med smil og pludren. Barnet bliver samtidig passivt med ringe motorisk aktivitet. I denne tilstand kræver barnet ikke morens eller andres opmærksomhed, men har tilpasset sig – og afspejler – morens depressive adfærds- og kontaktmønstre. Hos nogle børn kommer den resignerede adfærd til at dominere, andre temperamentsmæssigt mere vitale børn fortsætter med forsøgene på at aktivere moren, så hun bliver nærværende. Det er klart, at et lille barn ikke selv kan overskue hvordan – hvorfor barnet kan fremtræde krævende, besværligt og uroligt.

Hvis morens depression er længerevarende, vænner barnet sig til hendes lave aktivitetsniveau. Det leger selv, kræver ikke morens opmærksomhed og udforsker på egen hånd omgivelserne (mangler social refereren). Nogle børn bliver ukoncentrerede og urolige. Barnets forventninger om kontakt kan blive rettet mod faren eller en anden gennemgående rask person i familien, eller helt mangle social retning.

Barnets anderledes sociale erfaringer og forventninger gør det ofte svært for barnet at aflæse det almindelige udspil fra voksne og børn i vuggestue eller børnehave, hvilket også omvendt gør det svært for pædagoger og kammerater at „forstå“ barnet og dets til tider anderledes reaktioner.

Mødre med tilbagevendende, langvarige depressioner, evt. med selvmordsforsøg og -trusler, kan være en stor belastning for de lidt større børn, især hvis de bor alene med moren. Børn, som vokser op alene med en depressiv mor (eller far), som oplever trusler om – og forsøg på selvmord, og som dagligt alt for tidligt bærer et stort ansvar for både den syge forælder og egen tilværelse, har – ikke uventet – høj risiko for en variation af egne psykiske vanskeligheder: angst og depression (især unge piger), adfærdsproblemer (især drenge), skyldfølelse og negativ selvopfattelse. Børnene „gemmer“ ofte lige fra ganske små deres problemer. Ikke desto mindre har de brug for, at andre tager ansvar for støtte og behandling af deres mor eller far, og at der skabes kontakt med en voksen, der kan lytte til barnet, være åben og oplysende om forældrens sygdom og barnets situation.

Nogle forældre har både maniske og depressive perioder (bipolær affektiv sygdom) eller kun maniske eller depressive perioder. Maniske perioder er skræmmende for børnene på grund af ændringen og uforudsigeligheden i forældrens adfærd og det kaos, den maniske tilstand medfører.

Emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse (borderline-type)

Disse psykiske vanskeligheder har oftest baggrund i morens egen opvækst og hendes barndomsrelationer til egne forældre, som næsten altid har været konfliktfyldte. I forholdet til barnet er hendes moderfunktioner præget af mangelfulde modeller for omsorg. Ofte er hun alene med barnet, måske med skiftende partnere. Hendes oplevelse af sig selv som mor er præget af usikkerhed, og en sjældent ubegrundet angst for impulsive handlinger – fx at komme til at slå eller skade barnet i vrede. Moren tolker barnets adfærd ud fra sin egen forestillingsverden, og på grund af hendes komplicerede forhold til mor-barn-relationen, kan hun have svært ved at tolke sit barns reaktioner og behov rigtigt.

Barnet får meget tidligt en opfattelse af samværet med moren, formet af de konkrete oplevelser i kontakten med hende. Relationen påvirkes, på en for barnet uforudsigelig måde, af de komplicerede, ofte ambivalente følelser, der vækkes i moren ved samværet. Samtidig kan moren ofte være varm og følelsesmæssigt nærværende, når situationen er konfliktfri for hende. Set fra barnets side er moren impulsiv og uforudsigelig, både i hendes positive og negative reaktioner. Afhængig af balancen mellem positive og negative oplevelser og af barnets temperament bliver dets adfærd præget af en vagtsom afventen, med få spontane sociale initiativer over for moren og svage signaler om egne ønsker og behov – eller omvendt prøver barnet med mange midler at fange morens opmærksomhed og kræve et respons, hvorved der kan opstå utallige sammenstød mellem dem.

I 1-2 års alderen viser barnets utryghed sig ved, at det i stressede situationer bliver usikkert og undvigende, måske afvisende over for moren (og andre), frem for at søge hjælp og trøst hos hende. Moren, der som del af sin problematik er følsom over for barnets afvisning, bliver provokeret og tilsvarende usikker og afvisende, måske vred og irriteret på barnet.

Fra andet leveår, hvor barnet begynder at udforske alt omkring sig, svinger mødrene ofte mellem at være eftergivende, opgivende og ude af stand til at sætte relevante grænser for børnene, vekslede med en firkantet og strafende adfærd.

Uden støtte til mor og barn, helst fra fødslen, er der stor risiko for, at børnenes udvikling bliver påvirket med senere emotionelle vanskeligheder, tilknytningsforstyrrelser eller adfærdsvanskeligheder til følge. Der er således tale om en ond cirkel med risiko for, at morens egen vanskelige opvækst gentages i hendes børns.

Sygdomme inden for det skizofrene spektrum

Skizofreni er en sjælden psykisk lidelse, med en sygdomsrisiko på ca. 1 pct. I det skizofrene spektrum indgår også mindre gennemgribende lidelser som skizotypiske og skizoaffektive sygdomme, hvorved den samlede hyppighed bliver noget større.

Af hensyn til barnets udvikling og morens overskud er det afgørende, at hun er velbehandlet psykiatrisk, at hun ikke er eneansvarlig for barnet i dagligdagen, at der er en rask far eller anden primær omsorgsperson, som er hovedansvarlig for barnet, samt en professionel dagpleje eller særlig udvalgt daginstitution i spæd- og småbarnsalderen, der kan sikre barnets tidlige udvikling.

Desværre er de fleste skizofrene mødre for syge og har et for svagt familienetværk til at kunne drage tilstrækkelig omsorg for deres børn.

Grundsymptomerne ved sygdomme inden for det skizofrene spektrum har alle en alvorlig indflydelse på mor-barn-relationen og vil i vekslende omfang være til stede livet igennem, også før og efter evt. psykotiske faser, og også selvom moren er i psykiatrisk behandling:

Den følelsesmæssige lukkethed (autismen) medfører, at moren ikke er i stand til umiddelbart at opfatte og reagere på barnets signaler. Hun har svært ved følelsesmæssigt at „svinge med“ barnet og reagere naturligt og tilpasset på dets sociale initiativer og behov. Moren er således ude af takt med barnet. Hun er ikke i stand til at hjælpe barnet med at regulere følelser og aktivitetsniveau i samspillet.

De stemningsmæssige forstyrrelser medfører, at morens følelsesmæssige udtryk bliver stillestående, ofte med et affektfladt præg. Moren kan have meget svært ved at etablere øjenkontakt med barnet – eller kan se ufravendt på det, uden at kunne opfange og svare på barnets reaktion.

De formelle tankeforstyrrelser vanskeliggør yderligere

morens samvær med barnet. Det kan virke uoverskueligt for moren at forholde sig til barnets basale behov. Stillet over for den konkrete situation mister hun overblik og koncentration. Hun afledes let af andre tanker og kan have svært ved give dagen rytme og forudsigelighed. Hun har svært ved at adskille fantasi og virkelighed.

Disse store vanskeligheder medfører, at moren sjældent magter det daglige ansvar for barnet. Uden anden primær omsorgsperson vil morens „ude af takt“-bidrag, både praktisk og emotionelt, føre til en alvorlig forstyrrelse af barnets sociale udvikling.

Nogle børn med en skizofren mor og/eller far er fra fødslen sarte, stimulusfølsomme børn, præget af vanskeligheder med at regulere både søvn, spisning og kontakt. Barnet kan blive såvel hyperirritabelt som passivt, til tider ses begge reaktioner hos samme barn i forskellige perioder i det første leveår. Grader af sociale forstyrrelser ses ligeledes ofte, som følge af morens store vanskeligheder mht. kontakt og stimulation af barnet. Barnets tilknytningsmønster i 1-2 års alderen er oftest utrygt: Barnet synes ude af stand til at bruge den voksne som en tryk base, når det føler sig usikkert og stresset. Ved færdighedsundersøgelser er der i de tre første leveår ofte tale om knap alderssvarende udvikling med skiftende vanskeligheder inden for forskellige udviklingsområder. Især kan børnene have vanskeligheder med at fastholde opmærksomheden om opgaverne og have svært ved at indgå i en naturlig social kontakt.

I småbarnsalderen er børnene ofte sarte og socialt usikre børn, der kan have svært ved at opfange de sociale relationer, der udspiller sig mellem andre børn og mellem børn og voksne. Nogle børn forsøger at overskue deres omgivelser bedre ved at udvikle vaner og ritualer, som helst skal overholdes – en del af børnene vil meget gerne bestemme, hvad der skal ske i legen med andre børn, og kan blive uheldige eller udadreagerende hvis legen eller begivenhederne tager en uventet drejning. Afhængig af temperament og begavelse tilpasser børnene sig med større eller mindre held, men opleves ofte som noget specielle, lidt sære og isolerede børn, som det ikke er let at blive klog på. Også hos disse børn ses under opvæksten øget risiko for følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer, til tider kombineret med kognitive vanskeligheder mht. sprog og opmærksomhed.

Vanskeligheder under børnenes udvikling

I det følgende beskriver jeg nogle karakteristiske symptomer på fejludvikling hos børn, hvis mødre er alvorligt psykisk syge i en længere periode i barnets liv. Det er naturligvis betydningsfuldt, hvilken alder og hvilket udviklingsniveau barnet har nået, når moren bliver syg, og hvilken trykthed og stimulation der har været i barnets liv indtil da. Den direkte indvirkning på barnet er mest udtalt, når barnets primære omsorgsperson er syg, og jo værre, jo tidligere i barnets liv sygdommen begynder. I vores kultur vil

det i langt de fleste tilfælde være moren, der varetager omsorgen for børnene.

Regulationsforstyrrelser

Vanskeligheder ved regulation af basale funktioner som søvn, sult/mæthed, opmærksomhed og motorik kan ses hos for tidligt fødte børn på grund af et umodent nervesystem, og hos børn, hvis nervesystem af andre grunde er irritabelt, fx hos nogle nyfødte børn med skizofrene forældre. Mest udtalt ses det hos børn, som i graviditeten har været eksponeret for mødrenes alkohol- eller stofmisbrug, og evt. fødes med abstinenssymptomer.

Barnet er fra fødslen og ofte i adskillige måneder herefter særdeles stimulusfølsomt. Almindelige dagligdags sanseindtryk og almindelige kontaktforsøg, madning og puslen kan medføre en generel stresstilstand, hvor barnet trækker vejret hurtigt og overfladisk, evt. gylper og sitrer. Barnet klynker og græder let, er svær at trøste. En anden „usynlig“ reaktion er en påfaldende passivitet, hvor barnet sover eller dør alt for længe, reagerer svagt på sult, på behov for at blive skiftet og på forsøg på at etablere kontakt. Forsøger man at komme i kontakt med disse børn, både de hyperirritable og de passive, er det meget vanskeligt at fastholde deres opmærksomhed. Insisterer man, ses det beskrevne stressmønster.

I bedste fald forsvinder vanskelighederne i løbet af første leveår, når centralnervesystemet modnes. Men en del af børnene er fortsat meget stimulusfølsomme, let afledelige og har svært ved at regulere opmærksomhed og motorik, mens spise- og søvnrytme som regel efterhånden stabiliseres. Barnets sociale udvikling kan blive skadet på grund af dets vanskeligheder ved at udnytte tilbud om kontakt fra omgivelserne, og især hvis forældrene på grund af egne problemer ikke magter at tage sig af barnet.

Forstyrrelser i barnets sociale udvikling

De alvorlige følger for barnets udvikling ses allerede i de første leveår, hvis morens sygdom medfører begrænset evne til at aflæse og svare på barnets behov, emotionelt og praktisk. Selvom moren i et vist omfang er i stand til at passe barnet fysisk, kan hendes vanskeligheder med at indgå i et socialt samspil påvirke barnets udvikling af kontakt, pludren, motorik og vitalitet. Barnet bliver uvant med at tage initiativ til og besvare sociale udspil og kan virke afvisende over for moren og andre. Morens egne problemer med at skabe struktur, rytme og livfuldhed i dagligdagen, og det lille barns vanskeligheder med på egen hånd at regulere søvn, spisning, opmærksomhed og kontakt, kan medføre, at barnets basale regulation forstyrres, således at det fremtræder „tilpasset“, passivt og avitalt eller omvendt hyperirritabelt, ufokuseret og motorisk uroligt. Forstyrrelsen i mor-barn-kontakten afspejles tidligt i barnets sociale udvikling:

A vejer ved fødslen til terminen 2700 g. Hun er et lille spinkelt uroligt barn, svær at trøste med meget uregelmæssig spise- og søvnrytme.

5 uger gammel er hun noget sart mht. regulation af sanseindtryk og kontakt, men i øvrigt somatisk i orden. I samspillet med moren er hendes tilpasningsevne til morens øjeblikkelige tilstand bemærkelsesværdig. Hun søger ikke morens opmærksomhed, når denne er fjern og passiv, men liver op og reagerer normalt på moren, når denne er nærværende og kontaktende.

5 måneder gammel ser vi et barn, som i udpræget grad er i stand til at afvise direkte kontakt med sin mor, når denne er parat, og samtidig tilpasser sig passivt, når moren ikke er psykisk nærværende. Det er tydeligt, at moren er ude af trit med barnets behov og parathed, og at barnet ikke søger morens opmærksomhed og kontakt, men tværtimod unddrager sig samværet passivt.

10 måneder gammel beskrives A som et uroligt, ufokuseret barn. Hun beskrives som glad, men hendes kontaktform er overfladisk, og hun henvender sig gladeligt til hvem som helst, der kommer i nærheden med et tilbud om kontakt. Forsøger man at etablere kontakt eller leg, glider hun af og kan ikke fastholdes. Hun græder, når hun skal sove, sover let og afbrudt, og det er svært at give hende mad.

Ofte udvikler børnene i 1-2 års alderen en ængstelig og ambivalent tilknytning, som medfører øget sårbarhed over for stress og usikkerhed i nære relationer. Børnene kan forekomme uselektive – går hen til, og kan passes af enhver – men uden at de reelt evner at knytte sig til de nære voksne og indgå i gensidige sociale relationer. Ved testning af færdigheder ses ofte et kravaftvisende, ufokuseret barn med lav frustrationstærskel og dårlig samarbejdsevne.

Et sådant patologisk omsorgssvigt kan ses ved skizofreni, svær depression og ved svære personlighedsforstyrrelser eventuelt kombineret med misbrug, hvor den primære kontakt med barnet ikke overtages tilstrækkelig kvalificeret af faren eller en anden nærtstående, rask person.

A undersøges igen, da hun er 15 måneder gammel. Hendes færdighedsudvikling ligger over biologisk alder. Det sociale samspil og den emotionelle kontakt fremtræder imidlertid svært forstyrret under undersøgelsen. Tilknytningsundersøgelsen viser en generel anspændthed og ængstelse over ukendte omgivelser og den påførte stress ved adskillelse fra – og genforening med moren. Hun „fryser fast“ og er ikke i stand til med gråd eller handlen at kalde på sin mor. Da moren kommer ind til hende, ignorerer barnet hende, og moren gør ikke noget for at nå hende. Barnet synes uden forventning – og evne – til at påkalde sig omsorg.

I børnehavealderen har børnene ofte en på én gang kontaktsøgende og kontaktaftvisende adfærd. De kan virke overfladiske i deres kontakt med både børn og voksne, kræver opmærksomhed uden at kunne udnytte kontakten konstruktivt. Sammen med jævnaldrende opstår ofte konflikter, fordi barnet har svært ved at leve sig ind i og forstå reglerne for gruppesamvær. De kommer let til at forstyrre andre børns leg og ødelægger således muligheden for sig selv for positive sociale oplevelser.

Disse børn kaldes ofte i daglig tale „tidligt skadede“ børn. Det drejer sig her ikke alene om svigt i emotionel kontakt og omsorg, men også om generel understimulation af kognitive, sproglige og sansemotoriske færdigheder.

Børnene virker umodne og uvante med at henvende sig sprogligt, og de fæstner ikke opmærksomheden ved den voksnes tale. Fra 4-5 års alderen vil ordforrådet oftest være normalt, men brugen af sproget og indholdet er præget af barnets sociale umodenhed og uformåen.

Følelsesmæssige vanskeligheder

Barnets oplevelse af sig selv (udviklingen af „selvet“) og af andre mennesker bliver tidligt præget af de nære omsorgspersoners empati. Barnets egne egenskaber og værdi bliver synlige for det gennem relationen til forældrene, som ved deres reaktioner genspejler barnets udspil og hjælper det til at udvide erfaringerne med sig selv og andre. Den tidlige tilpasning til en mor, der kun i begrænset omfang er følelsesmæssigt nærværende og responderende, efterlader barnet i en asymmetrisk og „omvendt“ situation, hvor barnet ikke bliver bekræftet som person ved at blive set, hørt på, reageret på og passet på „i egen ret“ som en naturlig del af hverdagen. Barnet må i stedet prøve at få kontakt med sin mor gennem spredte erfaringer med, hvordan man opnår sin mors positive opmærksomhed, og hvordan man undgår negative oplevelser. Det vil sige, at barnets oplevelse af sig selv ikke formes af den voksnes omsorg og reaktion på barnets signaler og behov, men derimod af barnets evne til at aflæse, hvornår og hvordan den voksne er tilgængelig. Barnets oplevelse af sig selv formes af, om det kan fremkalde en positiv kontakt med moren. På grund af den syge mors begrænsede og ofte svingende respons på barnet bliver barnets indre billede af sig selv ofte utydeligt og negativt farvet – for barnet kan jo ikke nå sin mor. Børnene er ofte tidligt selvhjulpne, kræver ikke de voksnes opmærksomhed og er sjældent grænsesøgende og trodsige. Børnene udvikler ofte en vagtsomhed i forhold til stemningen og begivenhederne i hjemmet, med en for alderen overudviklet indlevelse i den syge forælders tilstand og behov. Barnet fortæller sjældent om sig selv og sine oplevelser, men gemmer egne sorger og bekymringer og påtager sig ofte et alt for stort ansvar for sig selv og andre. Barnets tilpassede ydre adfærd medfører, at det ofte vokser op uden at blive bemærket, og uden at blive tilbudt personlig støtte. Barnets lave selvværd, dets indre usikkerhed, skyldfølelser og magtesløshed opdages sjældent i hverdagen, hvor

man tværtimod ser et dygtigt lille barn, der på det ydre og praktiske plan magter langt mere end normalt for alderen.

B's mor var syg, allerede inden B blev født (en depressiv tilstand, der udvikledes til skizofreni). Faren og moren hjalp til, og mor og barn boede i længere perioder hos morforældrene, når moren ikke magtede at passe barnet. B var et stille barn, fra ganske lille meget opmærksom på morens tilstand og tilgængelighed. Prøvede som 2-årig at trøste sin mor og få kontakt ved at bringe hende ting, som hun troede, moren havde brug for, sørgede for, at hun fik småkager o.l., når familien drak te. Ved konsultation hos lægen bemærkedes det, at barnet, da hun var 3 år gammel, sørgede for selv at få tøj på, og huskede sin mor på at få taske og overtøj med. B havde fra ganske lille og op til skolealderen behov for „ydre orden“. I perioder holdt hun næsten tvangspræget orden i sit tøj og legetøj, tålte ikke, at tingene ikke var på plads, og kontrollerede, at dagligdagens praktiske gøremål, fx borddækning o.l. ikke ændredes. Hun kunne i børnehaven virke styrende i leg med jævnaldrende, græd fortvivlet for sig selv, hvis hendes ideer ikke blev fulgt, hvilket bevirkede, at kammeraterne som regel legede på hendes præmisser. I skolealderen var B en stille lidt ensom pige, som ikke fortalte om sig selv, og sjældent tog kammerater med hjem. Hun blev gerne i fritidsklubben efter skoletid, men udeblev tit, hvis moren havde det dårligt. Hun viste stor indlevelse og hjælpsomhed, hvis hendes kammerater havde problemer, var som regel den første, der opdagede det, og som følte ansvar for, at kammeraten fik hjælp.

Adfærdsvanskeligheder

Udadreagerende, ukoncentreret og aggressiv adfærd optræder med øget hyppighed hos børn med psykisk syge mødre, især hos drenge. Det impulsive og uforudsigelige reaktionsmønster dækker ofte over stor usikkerhed i sociale relationer og vanskeligheder med at regulere følelserne. Det drejer sig ofte om børn, som dels er meget stressfølsomme, og som samtidig har ekstra svært ved at håndtere situationer, som er stressende for dem. Bag vanskelighederne ligger oftest elementer af sociale og følelsesmæssige vanskeligheder, som beskrevet ovenfor. Børnenes vanskeligheder er synlige for omgivelserne, og det er oftest denne gruppe børn som ses, og dermed får hjælp fra børnesagkyndige.

Sammenfatning

Børn med psykisk syge forældre overses ofte, stående i skyggen af den psykisk syge forælders problematik. Ofte medvirker barnets tilpassede ydre fremtræden til at skjule de udviklingsproblemer, barnet selv har.

Den syge forælder har, som følge af sygdommen, ofte utilstrækkelige ressourcer i forhold til barnet, mest alvorligt, hvis den primære omsorgsperson er syg, hvis sygdommen indtræder tidligt i barnets liv og får et kronisk forløb. Grader af sociale forstyrrelser, følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer forekommer med øget hyppighed hos deres børn.

Tidlig støtte til forældre og børn er mulig, men kræver tværfaglig koordinering, at man afsætter ressourcer til en tidlig indsats over for forældre og børn samt efteruddannelse og supervision af de professionelle, der har med børnene og deres forældre at gøre i dagligdagen.

Litteratur

- Lier L, Kastrup M, Raphaelsen OJ. Psychiatric illness in relation to pregnancy and childbirth. Nord psykiatr tidsskr 1989;43(6):535-42.
- Killén K. Omsorgssvigt er alles ansvar. Kap. 6 og 7. Oslo 1991. Dansk oversættelse: København: H. Reitzels Forlag, 1993.
- Killén K. Barndommen varer i generationer. Dansk oversættelse: København: H. Reitzels Forlag, 2001.
- Killén K, Olofsson M (red). Det sårbare barnet. Barn, foreldre og rusmiddelproblemer. Oslo: Kommuneforlaget, 2003.
- Lier L, Aarkrog T. Forældre med psykisk sygdom, misbrug og mental retardering. I: Lier L et al., red. Børne- og ungdomspsykiatri. København: H. Reitzels Forlag, 1999.
- Lier L. Intervention under graviditet, fødsel og barnets første leveår. I: Lier L et al., red. Børne- og ungdomspsykiatri. København: H. Reitzels Forlag, 1999.
- Lier L. Sociale funktionsforstyrrelser. I: Lier L et al., red. Børne- og ungdomspsykiatri. København: H. Reitzels Forlag, 1999.
- Møller B, Holm P, red. Når mor eller far er psykisk syg 1 og 2. København: Socialt Udviklingscenter SUS, 1995 og 1999.

Kommunens ansvar – hvad siger loven?

Kapitel 3

Alle borgere har pligt til at underrette kommunen, hvis de har mistanke om, at et barn eller en ung mistrives. Som offentlig ansat er man ekstra forpligtet til at være opmærksom på børn og unge, som har brug for hjælp, fx fordi mor eller far er psykisk syg.

Af Ilse Johansen

Børn er primært forældrenes ansvar – men ikke deres alene. Ansvar for børn og unge ligger også hos pårørende, nære sociale omgivelser, offentlige institutioner m.fl. Kort sagt – vi har alle et ansvar for de børn og unge, vi møder på vores vej. Som børn regnes personer fra 0 til 18 år. At vi alle har et ansvar for børn og unge, betyder, at vi skal „turde“ involvere os – at „blande“ os i andre menneskers liv, både som privat person og i særdeleshed som ansat, der udøver offentlig tjeneste.

Pædagogen på forebyggelsens forpost

Pædagogerne er blandt de fagpersoner, der har afgørende betydning for den forebyggende indsats i børns liv. De har en daglig kontakt med barnet og ofte også en daglig kontakt med forældrene. De fleste børn er i en eller anden form for dagpasning i fem-otte år, startende med vuggestue/dagpleje – videre til børnehave, skole og skole-fritids-tilbud. Det er således pædagoger og andet pædagogisk personale, der opnår et særligt kendskab til det enkelte barn og herunder også får kendskab til barnets særlige behov. Derfor bliver også kendskabet til, hvilke muligheder der er for hjælp, helt centralt i den forebyggende indsats.

Langt de fleste børn i Danmark har det godt. Men vi ved samtidig, at 10-15 pct. af børnene ikke trives, og at en mindre procentdel har brug for egentlig behandling. Vi ved også fra udtalelser fra voksne, der er vokset op i hjem med forældre med alkoholproblemer, eller hvor forældrene har været psykisk syge, at de føler, de er blevet svigtet af voksne ved, at der aldrig er blevet talt med dem om problemet, og at de ikke har fået den støtte, de selv synes, de havde brug for.

Børn af alkoholikere, børn af misbrugere, børn af psykisk syge forældre beskrives ofte som risikobørn – det vil sige børn, der vokser op i familier med en ophobning af sociale vanskeligheder. Generelt er der tale om børn og unge, som på forskellig vis udsættes for større eller mindre grad af omsorgssvigt.

Det kan være vanskeligt at finde frem til børn og unge af psykisk syge forældre. Hvorfor det?, kan være et relevant spørgsmål.

Børn og unge af psykisk syge forældre udviser ikke nødvendigvis meget tydelige symptomer på, at der er noget galt i familien. Vi ved, at børn og unge har høj grad af loyalitet over for forældrene og derfor ofte vil søge at „skjule“ de forhold, de lever under. Vi ved samtidig, at det at være

psykisk syg fortsat er meget tabubelagt. Så derfor kan vi ikke forvente, at forældrene selv, som en naturlig oplysning til en sagsbehandler, en sundhedsplejerske, en pædagog eller en lærer, fortæller, at „du skal vide, at jeg er en psykisk syg forælder.“

Der er en forventning om, at sundhedsplejersken, dagplejeren, pædagogen, læreren, klubmedarbejderen og andre er i stand til at fange og forstå de signaler om hjælp, som børn og unge kan udsende.

Derfor har de persongrupper, som i kraft af deres arbejde kommer i kontakt med børn, unge og deres familier, både en særlig opgave og et særligt ansvar i forhold til at sikre, at både børnene og deres familier har mulighed for at få hjælp.

Men også fx den praktiserende læge, medarbejdere inden for voksenpsykiatrien eller andre, der beskæftiger sig med den voksne, har til opgave ikke alene at have fokus på den psykisk syge voksne, men også på familien som helhed og børnene i særdeleshed.

Derfor er det påkrævet, at de mange forskellige persongrupper, der kan tænkes at komme i kontakt med voksne psykisk syge og deres familier og børn, har et helhedssyn i behandlingen (her tænkes på behandling af den voksne) – altså tager hensyn til, at der er mere end en person i familien – men også har kendskab til, hvilke hjælpemuligheder der eksisterer, samt specielt kendskab til underretningspligten og ved, hvornår og hvordan denne udøves.

Det er vigtigt at huske på er, at *langt de fleste, både børn og voksne, er indstillet på at tage imod hjælp, hvis den bliver formidlet på en respektfuld måde.*

Hvad siger loven?

Kommunens opgaver omkring børn og unge og familier er beskrevet i Lov om social service. I det følgende omtaler jeg nogle centrale paragraffer – men det er vigtigt, at pointere, at jeg her alene fokuserer på underretningspligten, oplysningspligten og tavshedspligten. Jeg gør ikke rede for de hjælpeforanstaltninger, loven giver mulighed for at tilbyde børn, unge og deres familier, idet disse tilbud tilrettelægges forskelligt fra kommune til kommune.

Tilsyn

Kommunens tilsynsforpligtelse er både generel og konkret. Generel i forhold til § 6 i Lov om social service, forstået på den måde, at kommunen har pligt til at interessere sig for de forhold i kommunen, der har betydning for børn og unges vilkår. Og konkret i forhold til § 33, forstået således, at kommunen skal være opmærksom på omstændigheder, der giver formodning om, at børn og unge har behov for særlig støtte. Reglerne om tilsynspligt hænger nøje sammen med reglerne om underretningspligt og oplysningspligt.

Lov om social service § 6

„Kommunen fører tilsyn med de forhold, hvorunder børn og unge under 18 år i kommunen lever, jf. § 33.“

Hvis kommunen skal kunne leve op til sin tilsynspligt og pligt til at give rådgivning, er det vigtigt, at kommunen får underretning om børn med særligt behov for støtte. Kommunen er i denne sammenhæng en sagsbehandler, der typisk befinder sig på et rådhus eller et lokalkontor – det er ikke sagsbehandleren, der har den daglige kontakt med barnet eller forældrene. Derfor er der lovgivet om underretningspligten, der rummer en oplysningspligt for alle borgere og en særlig underretningspligt for de personer, der udøver offentlig tjeneste.

Underretningspligt

Lov om social service § 35

„Socialministeren kan fastsætte regler, hvorefter personer, der udøver offentlig tjeneste eller hverv, skal underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet får kendskab til forhold, der giver formodning (min fremhævnings) om, at et barn eller en ung under 18 år har behov for særlig støtte.“

Formålet med underretningspligten er, at kommunen på et så tidligt tidspunkt som muligt får kendskab til et barns problemer. Hvis kommunen skal kunne leve op til sin tilsynspligt og pligt til at yde rådgivning, er det vigtigt, at kommunen får underretning om børn med behov for særlig støtte.

Med iværksættelse af rådgivning og vejledning og eventuelt også mere konkrete hjælpeforanstaltninger i hjemmet kan barnets eller familiens problemer måske løses, så man kan undgå at iværksætte mere drastiske hjælpeforanstaltninger.

„Men hvad skal en underretning indeholde?“ Det er et spørgsmål, der ofte bliver stillet af sundhedsplejersker, pædagoger, lærere m.fl.

Meget forenklet kan man sige: „Du skal skrive det, du ser“, en objektiv, neutral iagttagelse af det, du ser hos barnet, den unge og forældrene. Det, der giver dig anledning til bekymring. Men undgå „gissninger“ og forslag til „diagnoser“. Det er kommunens opgave at foretage de fornødne undersøgelser og udredninger.

„Skal forældrene vide, at der sendes en underretning til kommunen?“ er et andet tilbagevendende spørgsmål fra mange institutioner og skoler. Som udgangspunkt er svaret JA, selvfølgelig! Både børn og forældrene bør oplyses om, at der foretages en underretning, og gerne læse underretningen sammen med det personale, der har skrevet den. Det er helt naturligt, at man, som en del af et samarbejde med forældrene, oplyser om en underretning til kommunen.

„Kan en underretning være mundtlig?“ Ja, det kan den godt – men som udgangspunkt bør en mundtlig underretning følges op af en skriftlig. Dette primært for at undgå misforståelser og misfortolkninger.

Forældre har ret til aktindsigt i deres sagsakter i kommunen, så blandt andet derfor er det vigtigt, at forældre og også børn har kendskab til de underretninger og oplysninger, som kommunen er i besiddelse af.

Lov om social service § 36

„Den, der får kendskab (min fremhævnings) til, at et barn eller en ung under 18 år fra forældres eller andre opdrageres side udsættes for vanrøgt eller nedværdigende behandling eller lever under forhold, der bringer dets sundhed eller udvikling i fare, har pligt til at underrette kommunen.“

Denne bestemmelse betyder, at der eksisterer en *ubetinget pligt* for alle landets borgere til at underrette kommunen i de situationer, hvor der er tale om vanrøgt mv. af børn.

Det kan selvfølgelig være svært at skønne, om der er tale om vanrøgt eller nedværdigende behandling mv. Men det fritager ikke den enkelte borger for at foretage et skøn i det givne tilfælde. Pågældende skal ikke selv begynde at foretage nærmere undersøgelser, men skal underrette kommunen, som herefter foretager de fornødne undersøgelser. En sådan underretning kan også foretages anonymt.

Tavshedspligt

De almindelige regler om tavshedspligt for personer, der er ansat i den offentlige forvaltning, herunder i kommunerne, findes i Forvaltningsloven (§ 27- 32) og i Straffeloven.

Den, der virker inden for den offentlige forvaltning, har tavshedspligt, jf. Borgerlig straffelov, når en oplysning ved lov eller anden gyldig bestemmelse er betegnet som fortrolig, eller når det i øvrigt er nødvendigt at hemmeligholde den for at varetage væsentlige hensyn til offentlige eller private interesser.

Reglerne har gennem årene fået skyld for at forhindre eller begrænse, at relevante oplysninger kan gives til diverse faggrupper, og også skyld for at gøre det tværfaglige samarbejde besværligt.

Men det er, langt hen ad vejen, en fordom og en myte, som angiveligt må bero på ukendskab til loven. Mange kommuner har udfærdiget retningslinjer for, hvordan reglerne om tavshedspligt, underretningspligt, reglerne for videregivelse af oplysninger og oplysningspligt skal forvaltes i kommunen.

Det vil føre for vidt at gennemgå reglerne her, hvorfor det anbefales, at den enkelte medarbejder orienterer sig om, hvorledes bestemmelserne forvaltes på arbejdspladsen. Men jf. beskrivelsen af *underretningspligten* er det vigtigt at vide, at reglerne om tavshedspligt aldrig kan forhindre, at et barn eller en ung kan få relevant støtte, idet hensynet til barnet må og skal veje tungere end hensynet til forældrenes ønske om tavshedspligt.

Det tværfaglige samarbejde

Tværfagligt samarbejde er et samarbejde, hvor flere forskellige faggrupper indgår. Både som begreb og metode er tværfagligt samarbejde i socialt arbejde kommet for at blive. Det har, gennem flere år, været et både gennemgående og gentaget tema på blandt andet konferencer, seminarer, temadage, i projekter og i mange andre forskellige uddannelses- og kursusmæssige sammenhænge. Når der til stadighed er behov for at have fokus på tværfagligt samarbejde, er det fordi, dette samarbejde ikke kommer af sig selv – der er behov for, at de forskellige faggrupper kontinuerligt „øver“ sig med hinanden.

Når fokus sættes på børn af psykisk syge forældre, kan det konstateres, at mange forskellige faggrupper har kontakt med og kendskab til en eller flere medlemmer af familien. I det tværfaglige møde bidrager hver faggruppe med faglig viden og konkrete oplysninger om børnene eller de voksne og kan også bidrage med forslag til, hvilke handlinger der skønnes relevante.

Hensigten med det tværfaglige samarbejde

Hensigten med det tværfaglige samarbejde er at sikre en sammenhængende, relevant og kontinuerlig indsats over for børn, unge og familier med særlige behov, i denne sammenhæng børn af psykisk syge forældre. Derfor er det nødvendigt, at de mange forskellige fagpersoner, der kan være involveret både i barnets og de voksnes liv, er i stand til at samarbejde og koordinere indsatsen i forhold til både barnet, den voksne og familien som helhed. Her tænkes specielt på, at de fagpersoner, der har kendskab til psykisk syge forældre, også er i stand til at sikre, at de fagpersoner, der har kontakt med børnene, ved, at en forælder er psykisk syg, og hvilke konsekvenser det evt. kan få for børnene.

Hvad kan understøtte det tværfaglige samarbejde?

I de senere år er der kommet mange og gentagne opfordringer til en styrkelse af det tværfaglige samarbejde. Disse opfordringer er underbygget i Lov om social service, og specielt i Lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge, der trådte i kraft den 1. januar 1996, er der nu blandt andet lovgivet for, at der i kommunerne etableres en eller flere tværfaglige grupper. Det betyder, at kommunerne har pligt til at tilrettelægge arbejdet, så det tværfaglige samarbejde sikrer den bedst mulige indsats over for børn, unge og deres familier med særlige behov.

Med etableringen af de tværfaglige grupper er der skabt mulighed for, at de forskellige faggrupper kan henvende sig og få råd og vejledning i sager, hvor der fx er bekymring for et barn eller en ung. Der er mulighed for at få afklaret tvivl og usikkerhed hos de professionelle. Nogle af de spørgsmål, der bliver drøftet i den tværfaglige gruppe, er fx: Er det min opgave? Er det noget, der kommer mig ved? Skal jeg tale med barnet og evt. forældrene? Er der andre, der bør handle? Skal jeg underrette kommunen?

En af fordelene ved de tværfaglige grupper er, at man kan forelægge sin bekymring anonymt – det vil sige, at man ikke skal fortælle, hvem barnet eller den unge er. Hvis sagen skal være navngiven, forudsætter det, at forældrene har givet accept på, at det er i orden, at man taler med hinanden om barnet. Fejltagtigt er der mange, der tror, at et samarbejde med forældre bliver ødelagt, hvis forældrene oplyses om, at der er bekymring for barnet eller den unge, og måske også bekymring for de voksne – en bekymring der gør, at der er behov for at tale med andre faggrupper, fx socialforvaltningen.

Erfaringen viser, at langt de fleste forældre accepterer og anerkender behovet for, at flere forskellige faggrupper arbejder sammen, da formålet er at hjælpe forældre og barn bedst mulig. Men det er naturligvis vigtigt, hvordan budskabet bliver formidlet til forældrene.

Socialrådgiver Kari Killén, der er forfatter til bogen „Omsorgssvigt er alles ansvar“ beskriver eksempler på, hvordan det går børn, der har været indlagt på børnepsykiatrisk afdeling – og det er kendetegnet, at der i de tilfælde, hvor det går bedst, har været et godt tværfagligt samarbejde. De fleste af os har oplevet forløb, hvor vi synes, at socialt arbejde er lykkedes, netop fordi vi har et godt samarbejde med hinanden. Det er disse gode erfaringer, vi skal huske på og arbejde videre med.

Der er ingen tvivl om behovet for og nødvendigheden af det tværfaglige samarbejde – opfordringer og erfaringer er klare og tydelige – de professionelle er enige i, at det er en god metode, og loven forpligter os til at samarbejde.

Hvem indgår i det tværfaglige samarbejde?

De faggrupper eller fagpersoner, der har kendskab til barnet og/eller familien indgår naturligt i et tværfagligt samarbejde, men opgaver og roller kan være meget forskellige. For at finde ud af, hvem det kan være relevant at invitere til tværfagligt samarbejde, kan man dels spørge forældrene om, hvem de voksne og børnene har kontakt med, men også selv sikre sig en viden om, hvem de professionelle samarbejdspartnere er. Det skal understreges, at det er uhyre centralt at samarbejde med og inddrage forældrene.

Code grunde til tværfagligt samarbejde

Der er mange gode grunde til at sikre det tværfaglige samarbejde. Nedenfor oplistes i en ikke-prioriteret rækkefølge nogle af dem:

- Det fører til helhedssyn/helhedsforståelse
- Det er rationelt/økonomisk
- Det giver fælles ansvarlighed
- Det giver flere handlemuligheder
- Man undgå dobbeltarbejde/modarbejde
- Det fører til øget kvalitet
- Det gavner børnene/giver mulighed for tidlig indsats
- Der sker en uddannelse af hinanden
- Det er en fælles pligt – synliggør ansvar.

Det tværfaglige samarbejde giver mulighed for opsamling af viden, afklaring, fordeling af fagpersonernes roller og opgaver, fælles handleplan, fælles konklusion og fælles mål for indsatsen.

Barrierer for det tværfaglige samarbejde

Erfaringerne fra det tværfaglige samarbejde viser, at der er forskellige barrierer for samarbejdet. Fx:

- Egne normer for, i hvor høj grad det er acceptabelt, at det offentlige griber ind i relationen mellem forældre og børn
- Ønske fra de enkelte faggrupper om selv at løse problemet
- Angst for at ødelægge relationen til forældrene
- Angst for konflikt
- Usikkerhed om tavshedspligt kontra underretningspligt
- Manglende tillid til socialforvaltningen – frygt for tvangsjernelse.

Barrierer nedbrydes, når faggrupperne er i stand til at etablere faglige og personlige relationer i fælles erfaringer fra det konkrete arbejde.

Afslutning

Børn af psykisk syge forældre har, ligesom alle andre børn, ret til en beskyttelse af barndommen – ret til en sikring af, at der ikke bliver lavet om på rollerne, så barnet skal være den „lille voksne“. Vi er mange, både ansatte og private personer, der kan være med til at sikre børnene retten til barndommen.

Samtaler med børn

Kapitel 4

At pædagogen er opmærksom på børnene – og tør tale med dem – er det allervigtigste. Også i forhold til det tværfaglige samarbejde har samtalerne væsentlig betydning.

Af Dorte Tostenæs

For at håndtere de mange forskelligartede opgaver, der er i en almindelig daginstitution, har vi valgt at foretage nogle strukturændringer på vores institution med henblik på at blive bedre til at arbejde med børn med problemer, herunder børn af psykisk syge. Vi har meget kort fortalt gjort følgende:

To af pædagogerne har fået særligt ansvar for at arbejde med børn med psykisk syge forældre, herunder at søge viden inden for området, deltage i relevante kurser og tage ansvar for at optimere samarbejdet med andre faggrupper. Desuden har de haft til opgave at følge børnenes udvikling og udarbejde handleplaner for dem i samarbejde med den enkelte stues personale.

Jeg vil her beskrive, hvordan vi i hverdagen skaber mulighed for, at det bliver tydeligt for enkelte barn, hvem af de voksne der er særligt inde i det pågældende barns og dets families problemer.

Da jeg er souschef på en ganske stor institution med 28 ansatte, har det været nærliggende for mig at lave et lille hjørne på kontoret om til de børn, der ikke altid har det lige godt. Her har børnene mulighed for at komme ind og få en lille snak eller bare sætte sig ned og slappe lidt af. Min opgave er både at snakke med barnet, når det kommer, og at videreformidle ting, der bekymrer barnet, til personalet på stuen. I samarbejde med stuens personale kan jeg løbende justere handleplanen.

I det følgende vil jeg give eksempler på samtaler, jeg har haft med en 5-årig dreng. Eksemplerne er fra det sidste år, hvor han gik på institutionen, inden han skulle starte i skole.

Familien består af mor, der er psykisk syg, og hendes to drenge og i perioder morens kæreste. Institutionen har kendt familien i fire år, og i den periode har børnene været anbragt på observationshjem i ca. tre måneder, og opholdt sig i deres aflastningsfamilie i en måned. Begge gange, fordi mor var indlagt. Jeg har i de fire år haft mange samtaler med mor og har etableret et tillidsfuldt forhold til hende. I perioder, hvor hun har haft det særlig dårligt, har hun altid valgt at kontakte mig, når hun ikke har kunnet magte at have børnene hjemme. Jeg har så taget ansvar for at kontakte sagsbehandler efter aftale med moren. Drengen på 5 år er den yngste af de to brødre.

Mor er ikke så god til at høre...

Det mest hyppige var, at han i løbet af dagen bare kom ind og småsnakkede. Efterhånden fik han nogle små opgaver som at stemple kuverter, makulere papir m.m. Jeg havde også indrettet en skuffe med papir, farver, lim og bøger til ham.

En dag, da han havde siddet og tegnet lidt, sagde han:

- *Mor er ikke så god til at høre, hvad jeg siger.*
- Hvad er det, du gerne vil sige til hende?
- *Jeg bliver bange, når jeg ser de film.*
- Hvad er det for nogle film, du bliver bange for?
- *Det er sådan nogle film, hvor de skærer hinanden over. Min storebror siger, at det er sejt at se de film, og at han godt kan lide at se dem.*
- Tror du det er rigtigt, hvad han siger?
- *Nej, for når vi så skal sove, bliver vi begge to meget bange.*
- Kalder I så på jeres mor?
- *Nej, for du ved godt, at hun nogle gange ikke hører, hvad vi siger. Vil du snakke med hende om det?*
- Ja, det kan du tro, jeg gerne vil.

Jeg kontaktede drengens mor om eftermiddagen, da han blev hentet. Mens han selv var til stede fortalte jeg, at drengen ikke brød sig om at se den slags film, og at han blev bange. Jeg forsøgte at gøre hende forståeligt, at den slags film måtte hun og hendes kæreste se, når børnene var kommet i seng og faldet i søvn.

Bange for mørket

De sidste syv måneder, hvor drengen var på institutionen, var begge børn anbragt på et opholdssted. De blev kørt i taxa frem og tilbage hver dag. Da de havde været på opholdsstedet i et par måneder, sad han en dag inde hos mig:

- *Har du godt set, at jeg er meget træt?*
- Ja, det har jeg godt lagt mærke til. Hvordan kan det være?
- *Det er fordi, jeg ikke kan falde i søvn. Så står jeg op og kigger ud af vinduet.*
- Har du fortalt de voksne, at du har svært ved at falde i søvn?
- *Nej, jeg kan ikke så godt lide nattevagterne, så jeg går bare lige så stille hen og kigger ud af vinduet. Det gør jeg, fordi der er nogle lys derude, som jeg kan kigge på.*
- *Jeg kan ikke falde i søvn, fordi jeg bliver bange for mørket, men det er ret smart, at jeg så bare kan gå hen og kigge ud på lyset, så er jeg ikke bange.*

Jeg snakkede med drengen om, at man godt kan være bange for mørket, men at det er en god ide at sige det til de voksne, så de kan passe på én. Drengen sagde så:

- *Tror du godt, de vil det?*
- Ja, det er jeg helt sikker på, at de vil.



Jeg foreslog, at vi sammen ringede til hans kontraktperson og fortalte det. Det ville drengen meget gerne have. Jeg ringede igen nogle dage efter og fik bekræftet, at personalet nu kiggede oftere ind på hans værelse i løbet af natten. Efter en uge ringede kontaktpersonen tilbage og fortalte, at det var rigtigt, at drengen vågnede hver nat, et par timer efter at han var faldet i søvn. Han fortalte, at han drømte om nogle uhyrer.

På den måde forsøgte jeg at tydeliggøre for drengen, at det er godt at snakke med de voksne på opholdsstedet, og at de godt kan hjælpe med at passe på ham.

Eksemplerne understreger, hvor vigtigt det er, at pædagogen er opmærksom på børnene og – vigtigst af alt – tør tale med dem.

Samtalerne er også vigtige i forhold til det tværfaglige arbejde. Noter fra samtalerne udgør en væsentlig dokumentation, som kan indgå i tværfaglige møder, hvor der skal besluttet eventuelle yderligere foranstaltninger for at hjælpe drengen.

Den støttende samtale

Den støttende samtale kan være vanskelig at tage fat på, men det er vigtigt at gøre det, så snart mistanken om, at der er noget galt i familien, melder sig. De professionelle skal lære at stole på det, de ser – og at turde konfrontere forældrene med det.

Af Karina Hatting Haagenzen

Den familie, jeg vil tage udgangspunkt i, består af far, mor og to søstre på 2 og 5 år. Familien virker lidt usikker på nogle områder med hensyn til, hvad der er „det rigtige“ for deres børn, men giver ellers ikke anledning til særlig opmærksomhed fra personalets side.

Institutionen observerer på et tidspunkt, at pigen på 2 år ikke ser ud til at trives. Hun er trist og ked af det. Pigen lukker sig inde i sig selv og leger ikke som ellers med de andre børn. Hun er svær at komme i kontakt med, tager afstand fra både børn og voksne og bryder let sammen, hvis hun stilles over for krav, som ellers ikke er uoverskuelige for hende. Samtidig er hun svær at få til at sove, og når hun endelig falder i søvn, vågner hun ofte og er meget ulykkelig. Generelt virker hun utryk og har også svært ved at holde fast i en leg. Efter at have observeret denne ændrede adfærd i to uger, beslutter personalet at indkalde forældrene til samtale for at få afklaret, om pigen også har ændret adfærd hjemme og for at finde ud af, hvad der evt. kan ligge til grund for det, så man sammen kan lægge en handleplan.

Første samtale – far bryder sammen

Til den første samtale kommer barnets far alene, og da personalet er ved at fremlægge deres bekymring og undren, bryder han grædende sammen. Han fortæller, at mor er indlagt på en lukket psykiatrisk afdeling og har været det en måneds tid. Han fortæller desuden, at det ikke er første gang, og at mor stort set altid er i medicinsk behandling. Han har haft meget svært ved at finde ud af, hvordan han skulle tackle situationen både i forhold til børnene og i forhold til institutionen. Han udtrykker letelse over at få det sagt, da han godt er klar over, at det nok er noget institutionen bør vide netop af hensyn til eventuelle reaktioner hos børnene. Han siger samtidig, at der tilsyneladende ikke er noget at mærke på børnene derhjemme.

Fars egen forklaring på børnenes manglende reaktion derhjemme er dels, at han har gjort alt, hvad han kan, for at dagligdagen stort set er uberørt, hvad angår rytmer m.m. Begge børn har fået at vide, at mor er på hospitalet, fordi hun er meget ked af det og græder hele tiden, hvilket de ofte har set, inden hun blev indlagt. Ingen af børnene har endnu været med på hospitalet. Far giver udtryk for, at han synes det er meget hårdt, og at han føler sig under voldsomt pres.

Samtalen slutter med en aftale om, at institutionen vil tage ekstra hånd om børnene og især den lille, som tilsyneladende har det sværest lige nu. Vi aftaler endvidere, at der skal være en tæt daglig dialog, men også at far skal have et „frirum“ i institutionen. Derfor bliver der knyttet én primær person til familien, så far ikke skal have besvær med kontakt til mange forskellige. Vi taler desuden med far om, at institutionen er med i et projekt om børn af psykisk syge forældre og opfordrer ham til at tale med en af de to pædagoger, der er direkte tilknyttet projektet. Dette tilbud tager han imod, og en ny samtale kommer i stand.

Anden samtale – ord på det svære

I den anden samtale bliver det muligt for far at sætte mange flere ord på, hvad der falder ham sværest, og ikke mindst hvad han har brug for hjælp til. Et af hans helt store problemer er, hvad han skal svare børnene, når de spørger, hvorfor mor er så ked af det. Her råder vi ham til at sige, at mor har en sygdom, som er svær at forstå. Det er ikke, fordi børnene har gjort noget galt, men mor har det meget væmmeligt inde i. Det har varet længe, men nu har lægerne fundet ud af, hvad der er galt, og derfor skal de hjælpe mor, så hun igen bliver glad og kan komme hjem fra hospitalet. Far får også det råd at tale med børnene om, at det er svært at opdage sådan en sygdom, og at det derfor kan vare længe, inden mor kommer hjem igen.

Et andet stort problem for far er, at ingen af de ansatte på hospitalet har reflekteret over, at der er to børn i familien. Ingen har spurgt, hvordan de klarer sig, hvordan de har det med mors sygdom, eller hvordan far klarer mors sygdom i forhold til børnene. Dette på trods af at begge børn på dette tidspunkt har været på besøg på hospitalet. Besøgene er en stor belastning, idet de foregår i et aflåst lokale med tremmer for vinduerne, og mor græder stadig det meste af tiden. Den store pige har reageret kraftigt især på tremmerne for vinduerne. Hun spørger, hvorfor de er der, og om det er fordi, mor er i fængsel. Det har været svært for far at svare, og han beder om hjælp til dette. Vi råder ham til at fortælle, at mor ikke er i fængsel, men at mennesker, der er så syge og kede af det, er nødt til at blive på hospitalet for at få deres medicin, så de kan blive raske. Nogle af disse mennesker vil ikke være på hospitalet, og derfor er der tremmer for vinduerne, og dørene er låst.

Yderligere giver vi ham det råd generelt at svare på det, børnene spørger ham om, men også sige ærligt til dem, når der er noget, han ikke ved. Det er altid bedst at sige sandheden til børn, men kun den sandhed, man kender. Vi taler også meget om vigtigheden af, at de voksne, der er omkring børnene, giver børnene mulighed for at stille spørgsmål ved jævnligt at spørge, hvordan mor har det. Samtidig skal man give børnene pauser og respektere, at børn tænker og reagerer anderledes end voksne. At børnene virker glade og upåvirkede er ikke ensbetydende med, at de er ligeglade med mors sygdom.

Ved samtalens slutning aftaler vi, at hele personalegruppen informeres, så alle kan have ekstra opmærksomhed på familien. I begyndelsen er far ikke så glad for, at alle skal informeres, men da vi understreger, at alle har tavshedspligt, og at personalets viden kan være en støtte i forhold til børnene, er han enig i, at det vil være fornuftigt.

Effekten af denne samtale viste sig ret hurtigt. Det blev meget lettere for alle parter at forholde sig til hinanden. Den tillid, der var opstået mellem far og pædagogen, blev meget gunstig og positiv. Far brugte i den kommende tid denne pædagog som supervisor, og pædagogen blev bindeled til det øvrige personale. Børnene fik det også bedre, idet alle nu tog de hensyn, der var brug for, uden at bruge ressourcer på overvejelser om, hvorfor børnene havde ændret adfærd. På længere sigt har det haft den effekt, at der hele tiden er en smule mere opmærksomhed på og omkring familien.

Ændret praksis

Før vores deltagelse i projektet om børn med psykisk syge forældre har vi ikke lært at arbejde så konkret med samtalen som redskab. En yderligere læring af dette forløb er bekræftelsen på, at vi som professionelle kan stole på os selv, det vi ser og sætter ord på. Ligeledes har vi lært, at der ikke skal gå for lang tid, og at vi ikke skal lade os forblænde af, at det nu ser ud til, at der er en lille bedring. Det er vigtigt, at vi hurtigt får fat i familien, så vi kan få be- eller afkræftet vores opfattelse af, at noget har ændret sig i negativ retning.

Samtidig er det vigtigt, at vi ikke lader os skræmme af, at en forælder bryder sammen, men forholder os til det og ser på ressourcer i personalegruppen. Det er også vigtigt at holde sig for øje, at familier med psykisk syge ofte holder tingene for sig selv i meget lang tid, fordi de selv vil klare det hele og ofte ikke ved, hvordan omgivelserne vil reagere på oplysninger om psykisk sygdom. Familiens kontaktpersoner i institutionen bør begrænses til et fåtal. Familien har i forvejen mange at forholde sig til på hospitalet og har derfor ikke overskud til at brede kontakten ud. Ved at aftale et fåtal af kontaktpersoner i institutionen er der større sikkerhed for at holde dialogen og fortroligheden med den raske forælder og derved skabe størst mulighed for at hjælpe børnene.

En anden vigtig læring er, at hospitalssektorens udelukkende tager hånd om den syge forælder. Ingen bekymrer sig om, hvordan børnene har det, hvordan den raske forælder klarer dagligdagen og selv har det i den svære situation, ligesom der heller ikke bliver rådgivet i forhold til at svare på børnenes eventuelle spørgsmål. Derfor er det institutionerne, der må handle og eventuelt henvise til andre instanser, der kan hjælpe den raske forælder.

Vores praksis er ændret, fordi vi har lært, at:

- Det er tilrådeligt ikke helt at slippe en familie, der har eller har haft psykisk sygdom. Disse familier er mere sårbare end andre, dels fordi de ofte er bange for, om sygdommen vender tilbage, dels fordi de til tider føler sig „anderledes“ end andre. Nogle har også svært ved at komme tilbage til dagligdagen. De tænker meget på, hvad andre tænker om, at de har været syge.
- Det er en god ide at fastholde en praksis, hvor den eller de, der har opnået tillid og fortrolighed, på en respektfuld måde følger op på, hvordan det går familien. Også for at undgå, at der måske igen bliver indlæggelse, uden at institutionen bliver informeret.
- I personalegruppen og forældregruppen er det vigtigt at skabe forståelse for, at der i disse tilfælde nødvendigvis må være et *fåtal* af kontaktpersoner af ovenstående grunde, og at det ikke er alt, der kan og skal gives videre til hele personalet.
- Det er vigtigt, at ingen i denne forbindelse føler, planlægningen sker, fordi nogle medarbejdere ikke er dygtige nok, føler sig forbigået, føler sig overset eller føler, at der bliver tilbageholdt informationer. Det er de *specielle* forhold i familien, der ligger til grund for planlægningen.
- Det er samtidig vigtigt, at der i personalegruppen er tillid til, at forhold, der vedrører børnene selvfølgelig bliver videregivet, men at visse personlige ting ikke bliver givet videre. De holdes i det fortrolige rum mellem forældre og kontaktperson.
- Det er vigtigt at der, når der i en institution er familier med psykisk sygdom, er en klar fordeling af de øvrige opgaver, så alle ved, hvem der gør hvad, og så de almindelige opgaver med de andre familier ikke bliver tilsidesat.

Internt samarbejde i institutionen

Kapitel 6

Snak med kollegerne – om barnet og om, hvorfor familien i en periode kræver ekstra omsorg, og brug også kollegerne til at „læsse af på“ og få luft efter de svære samtaler. Sådan lyder nogle af huskereglene for det gode interne samarbejde.

Af Jette Munch Hansen

En meget passiv lille pige, Jessie, på 1 år startede i vuggestuen. Jessie var meget bleg og lignede faktisk et lille fugleskræmsel. Hun kunne ikke tåle berøring, ikke engang at holde i en finger som de fleste børn kan lide. Jessie tog sine hænder til sig og var ikke interesseret i at blive nusset. Hun kravlede, men var ikke helt alderssvarende i sin udvikling. I starten sov hun helst hele dagen, hun havde ikke rigtig nogen lyde, og hun undgik øjenkontakt. Hvis hun blev ked af det, kunne hun sidde på madrassen og græde.

Vi kunne ikke høre gråden, men når vi var tæt på, kunne vi se, at der løb tårer ned ad hendes kinder, og at kroppen dirrede lidt. Når vi tog hende op, puttede hun sig ned i vores skød i fosterstilling. Jessie havde det allerbedst, når hun sad ved bordet og fik mad. Hun kunne kigge lidt forsigtigt til de andre børn, men var der mad på bordet, hamstrede hun så meget, hun kunne, og proppede så meget mad i munden som muligt.

Jessie var hos os i et halvt år og var endelig begyndt at række hænderne ud efter os og have en god tilknytning til os og at være interesseret i de andre børn og deres lege. Så valgte forældrene at flytte hende hen i den vuggestue, hvor storebror havde gået. Forinden blev der holdt møder med familien, pædagoger, psykolog, sundhedsplejerske og sagsbehandler.

Vi var lidt bekymrede for, at hun ville gå tilbage i sin udvikling, nu da hun skulle skifte institution, men heldigvis var det den samme psykolog, der var tilknyttet den nye institution. Psykologen sagde til os, at vi skulle være glade for, at vi havde hjulpet den lille pige godt på vej og informeret de øvrige instanser om familien.

I det følgende vil jeg beskrive, hvordan vi i vuggestuen tilrettelægger arbejdet i forhold til børnene og især til børn med psykisk syge forældre.

Introduktionssamtale med forældrene

I løbet af den første uge har vi den første samtale med forældrene. Vi fortæller kort om vores institutions virksomhedsplan og hører forældrene fortælle om barnet. Vi lytter og er opmærksomme, både på hvad forældrene siger og på deres kropssprog. Vi spørger uddybende til mor-barnrelationen og søger at få svar på, om barnet er et ønskebarn. Forud for samtalen har forældrene fået udleveret en forældrepjece. I den ligger et ark papir med beskrivelse af, hvad vi blandt andet kommer ind på i samtalen:

- Graviditeten: Gik det godt, eller var det nogle hårde måneder?
- Fødslen: Var det en god oplevelse eller en hård fødsel?
- Amning: Ammede mor, har det været godt at amme eller noget, der skulle overstås?
- Forælderrollen: Var det, som I havde forventet at blive forældre, eller er det det modsatte. Får I tid til hinanden, eller går det hele op i børn og det huslige? (Har forældrene det godt sammen, har barnet det som regel også).
- Netværk: Er der bedsteforældre, søskende eller venner...?
- Hvilke forventninger har I til vuggestuen?

Efterfølgende samtaler

Vi er gennem projektarbejdet i „Liv med psykisk syge forældre“ blevet mere opmærksomme på at spørge i vores introduktionssamtale, hvor vi lytter ekstra godt på, hvad forældrene siger. Hvis de antyder noget, som ikke bliver sagt klart, skal vi være ekstra opmærksomme. Nogle forældre er åbne og fortæller, at mor har – eller har haft – en fødselsdepression, og så kan vi arbejde ud fra det, hvis der eventuelt er fejludvikling, og handle tidligere med barnet. For andre kan der gå lidt længere tid, og vi kan ikke handle, før vi får set barnet an og lært det at kende. Vi oplyser forældrene om, at de altid kan få en samtale, når de har behov for det. Efter tre måneder har vi en samtale igen for lige at høre, hvordan det går. I mellemtiden har vi haft lejlighed til at lære barnet at kende. Også ved efterfølgende samtaler fortæller vi inden mødet, hvad samtalen handler om.

I personalegruppen aftaler vi forud, hvad vi skal bruge mødet til, fx om skal vi fortælle mere om vores bekymring og forberede kontakt til psykologen m.m. Det er altid den samme pædagog, der snakker med den samme familie. Desuden deltager lederen i mødet, da lederen har til opgave at formidle de vanskeligste beskeder. På den måde kan vi sikre, at forældrene retter deres eventuelle vrede mod lederen, og at pædagogen på stuen kan bevare den gode kontakt med familien. Denne type samtale hører til de sværeste vi har, og vi drøfter altid i forvejen, hvad der er det værste, der kan ske til samtalen. Vi snakker så om det, det gør det lidt lettere. Det gælder fra vores side, at vi kan indkalde til samtale, når vi synes, at barnet ikke fungerer optimalt.

At arbejde med børn af psykisk syge forældre

At være psykisk syg er tabubelagt, og at leve i en familie med en psykisk syg forælder har tidligere ikke haft den store bevågenhed. Derfor har det været af stor betydning for os, at vi har fået viden og værktøj til at turde sige vores bekymring højt og til at tro på det, vi ser. Det gør det meget nemmere for os som personale at handle og bruge vores ressourcer hensigtsmæssigt.

Samarbejdet med psykisk syge forældre kræver meget af vores tid, da forældrene er ekstra sårbare og ydermere har

svingende sindstilstand. Den ene dag ønsker de at samarbejde, den næste dag ønsker de det ikke. Vi skal være menneskelige og professionelle på en velafbalanceret måde, og have en ærlig kontakt og handlemåde. Det er vigtigt, at hele personalegruppen har forståelse for, hvorfor en kollega bruger så meget tid på en enkelt familie, og hvorfor mødet absolut må holdes, når forældrene er parate.

Vi bruger os selv meget i arbejdet med børnene og deres forældre, og det kan godt slide en del på os. Derfor er det utroligt vigtigt at snakke med sine kolleger og dele sine bekymringer om de børn og familier, der har et vanskeligt liv. Når vi taler åbent om vores bekymringer og usikkerhed med kollegerne, får vi alle nye synsvinkler på det enkelte barn. Derved kan vi handle hurtigere, så barnets trivsel ikke forringes. Før i tiden ville vi helst være helt sikre på vores bekymringer, før vi delte dem med hinanden. Nu

behøver vi ikke at kende hele problematikken. Når vi ser, at barnet ikke trives, skal vi reagere. Vi handler mere kompetent i dag med den nye viden, vi har fået.

Det kan være hårdt for os at skulle tale med forældrene om vores bekymring. Nogle forældre har ikke mistanke om, at deres barn kan have det svært. Vi er derfor ofte de første, der konfronterer forældrene med bekymring for barnet. Når vi har etableret kontakten – som dog godt kan være svingende – til forældrene, er det vigtigt, at vi har en ligeværdig relation og respekterer forældrenes liv og handlemåder. Det er vigtigt, at vi er ærlige og siger det, vi ser. Forældrene er ofte selv bekymrede for deres børn. De synes tit, at det er en lettelse, at der kommer ord på. Vi skal også være bevidste om, at så længe barnet er på institutionen, er det vores ansvar, at eventuelle øvrige instanser bliver informeret.

Huskereglerne for det interne samarbejde er:

- *Snak med kollegerne om barnet:* Fordi der kommer flere synsvinkler frem. Hvis man fx har observeret, at et barn som Jessie i beskrivelsen ovenfor, ikke kan tåle berøring, kan kollegerne sige, at de har måske lagt mærke til noget andet, som man ikke selv har. Fx at barnet er interesseret i legetøjet, når det er alene, men trækker sig, når der kommer andre børn til. Derfor er det utroligt vigtigt, at vi snakker sammen om de børn, vi har ansvaret for i vores institutioner.
- *Snak med kollegerne om, hvorfor vi bruger meget tid på den ene familie:* Ved at snakke med sine kolleger om, hvorfor den ene familie, hvor moren eller faren er psykisk syg, skal have ekstra omsorg i en periode, accepterer kollegerne, at man somme tider må gå fra fx midt i den travle afhentningstid, fordi forældrene har behov for at snakke lige nu. En psykisk syg familie har meget behov for at snakke om problemer, når de har fået tillid til en pædagog. De ser jo, at deres barn behøver ekstra omsorg. Det kan fx ske, at moren, der er syg, ikke magter omsorgen, og at faren, der er rask, har travlt med holde hjemmet i orden og derfor ikke altid overskud til barnet. Derfor er det vigtigt, at vi er opmærksomme på, at moren er påvirket af sin psykiske sygdom, og gør en ekstra indsats i de perioder, hvor forældrene ikke magter det.
- *Fortæl det, vi ser, videre til øvrige instanser:* Da barnet er på institutionen mange timer om dagen, kender vi barnet godt. Når barnet ikke fungerer i dagligdagen, og udviklingen ikke sker som forventet, skal vi gå videre med det til vores andre tværfaglige samarbejdsparter.
- *Brug vores iagttagelser:* Når vi skal gå videre med barnet til de øvrige instanser, er det vigtigt, at vi formidler vores iagttagelser af barnet. De observationer, vi har skrevet ned, fortæller meget om barnet. Det kan anbefales at skrive ned, når vi får mistanke eller bekymring i forhold til et barn. Så vi har hele forløbet dokumenteret.
- *Primærpædagog til en familie:* Det er vigtigt, at familien har den samme pædagog. Familien kan have oplevet mange svigt, så når tilliden er etableret, må vi bevare den så vidt muligt. Hvis familien hele tiden skal forholde sig til nye personer, kan de måske opgive på forhånd, da de møder mange forskellige personer fra kommunen og hospitalsvæsenet. For at familien kan slappe af er det vigtigt, at det er den samme primærpædagog, der er knyttet til familien.
- *Snak kolleger imellem/supervision:* Når vi holder møder med familierne, hører vi om mange forskellige livsvilkår. Derfor er det vigtigt, at vi kan snakke med vores kolleger, så vi kan „læsse af“ og få lidt luft efter det, vi kan høre ved de forskellige samtaler. Jo flere samtaler, jo mere erfaring får man. Supervision er der måske ikke lige tid til i hverdagen, hvis man må gå nogle stykker fra. Derfor er det vigtigt, at vi taler med vores kolleger i det daglige.

Tværfaglig indsats

For at det tværfaglige samarbejde kan fungere optimalt, er det vigtigt med fælles og klare retningslinjer. Det gælder ikke mindst, når institutionen skal lave en handleplan for barnet.

Af Torbjørgh Sandquist

■ I denne artikel vil jeg beskrive, hvordan vi modtager børn i vores institution, så vi som pædagoger kan leve op til det ansvar, vi har, når vi møder børn, der har behov for ekstra støtte og omsorg.

Det er vigtigt med et godt forældresamarbejde, og derfor skal det planlægges, hvordan et møde med forældre, personale samt andre faggrupper bedst kan foregå. Desuden er det betydningsfuldt, at vi som personale har et forum, hvor vi kan fremlægge vores bekymringer for andre faggrupper. Så kan det tværfaglige samarbejde være med til at skabe kontinuitet i arbejdet med børn og familier, der har behov for støtteforanstaltninger.

Introduktionssamtale

Forældrenes første møde med institutionen er af stor betydning for, hvordan det videre samarbejde vil forløbe. Det er her, vi skal skabe tillid til forældrene. Før et barn begynder i institutionen, aftaler vi tid til en informations-samtale. Her skal forældrene fortælle om barnet. Vi skal lytte, observere og spørge. De fleste forældre er meget åbne og vil gerne fortælle om deres barn. Forældrene har på forhånd fået udleveret vores årsplan og blevet bedt om at læse den inden mødet. Her kan de se både, hvordan hverdagen i børnehaven foregår, og hvilke planer der er for arrangementer i løbet af året. Det giver mulighed for at spørge.

I mødet deltager institutionens leder og den pædagog, der bliver tilknyttet barnet og familien. Det er fast rutine, at vi holder et nyt møde, når barnet har været i institutionen i tre måneder. De fleste børn trives og udvikler sig, og forældrene har ikke yderligere behov for andet end den daglige kontakt med personalet. Men af og til er der børn, som vækker bekymring hos personalet.

Kontakt til andre faggrupper

Hvis der opstår bekymringer i personalegruppen, ønsker vi at indlede et samarbejde med andre faggrupper. Når det gælder børn af psykisk syge forældre, oplever vi:

Børn:

- der kræver meget voksenkontakt
- der har svært ved at koncentrere sig samt at fordybe sig
- der har svært ved at lege, da de hele tiden skal holde øje med den voksne
- der ikke vil acceptere vores regler og normer.

Forældre:

- der ofte overlader ansvaret til barnet og til os
- der er meget uforudsigelige og kan have et svingende humør
- der tager mere hensyn til egne behov end barnets.

Allerede ved introduktionssamtalen gør vi meget ud af at fortælle forældrene om vores samarbejde med andre faggrupper. Vi har valgt at hænge billeder op af vores psykolog, sagsbehandler, tale/høre-pædagog og fysioterapeut. Så kan forældrene „få ansigter“ på vores samarbejdspartnere. Vi håber, det er med til at mindske forældrenes uro for nye kontakter. Fagpersonen bliver et „kendt“ ansigt, som de allerede har set billede af i institutionen.

Det er et stort plus, at vi har en fast psykolog i institutionen. Vi har månedlige møder med psykologen. Her kan man blandt andet drøfte anonyme sager, og psykologen kan rådgive os og følge udviklingen hos nogle af børnene. Hvis forældrene har givet accept til det, kan vi også drøfte sager, som ikke er anonyme. Denne kontakt til psykologen har for os som personale været til stor gavn. Tale/høre-pædagog, fysioterapeut og sundhedsplejerske kommer ikke på faste dage. Vi kontakter dem ved behov.

Hvis der skal indrages endnu andre faggrupper, kan vi i vores kommune henvende os til en såkaldt distriktsgruppe. Kommunen har afgrænsede distrikter, som hver har deres gruppe, der skal behandle børne- og familiesager. Distriktsgrupperne er sammensat af: sagsbehandler, sundhedsplejersker, psykolog fra Børne- og ungerådgivningen, psykolog fra familieafsnittet, konsulent fra specialundervisningen og tale/høre-pædagog. Her kan vi som pædagoger få mulighed for at fremlægge vores „bekymrings-sager“, både anonymt og med navn, hvis forældrene er orienteret.

Forudsætninger for samarbejde

For at det tværfaglige samarbejde kan fungere, er det vigtigt med klare fælles retningslinjer. Som vuggestue har vi overleveringspligt. Dvs. hvis et barn kommer fra vuggestue eller dagpleje, indhenter den institution, som barnets skal forlade, samtykke fra forældrene til at lade vigtige oplysninger i relation til barnets fremtidige udvikling gå videre til den nye institution. Vi skal være opmærksomme på, at forældrene måske er tilflyttere. Så er der sjældent medgivet information.

Forud for en aftalt samtale efter tre måneder udarbejder vi en skitse til en handleplan. Heri står, hvad vi ønsker at formidle til forældrene. Ved afslutningen af samtalen formulerer vi sammen med forældrene, hvilke aftaler der er indgået. Institutionens leder og barnets pædagog deltager i samtalen. Vi aftaler i forvejen, hvem der gør og siger hvad. Når der er bekymringer i forhold til barnet, er det en god ide, at det er barnets pædagog, der fortæller om dem. Hun skal være barnets advokat, lederen kan så spørge om forældrenes opfattelser. Her er det tværfaglige samarbejde og et godt forældresamarbejde af stor betydning. Tillid



mellem pædagoger og forældre udvikles i det daglige samarbejde.

Handleplan

På grundlag af en skitse, der er udarbejdet i forvejen, kan handleplanen fx komme til at se sådan ud:

Hvad gør os bekymret?

I den første tid så vi et barn, der tit søgte os voksne, men som også legede med de andre børn i institutionen. Senere blev barnet fraværende, havde svært ved at sidde stille og koncentrere sig.

Forældrenes beskrivelse af barnet

Forældrene fortæller, at barnet hele tiden søger grænser, og at de har mange konflikter derhjemme.

Hvad ønsker vi og forældrene, at der videre skal gøres?

Vi vil gerne aftale med forældrene, at vi beder vores psykolog om at observere og iagttage, hvilket forældrene giver deres samtykke til. Forældrene ønsker desuden hjælp fra kommunen, og vi hjælper efterfølgende med at kontakte sagsbehandleren.

Konklusion

Vi aftaler at kontakte vores psykolog, og forældrene søger hjælp hos en sagsbehandler. Der bliver også aftalt tid for næste møde. Forældrene får udleveret en kopi af handleplanen efter mødet.

I dette eksempel havde forældrene fået den tillid og tryk-
hed til personalet, der gjorde, at de blev åbne om deres
problemer. I det videre forløb blev det sagsbehandleren,
der blev tovholder i samarbejdet med forældrene og insti-
tutionen.

Sundhedsplejersken kender familien

Kapitel 8

Stort set alle familier får besøg af sundhedsplejersken i barnets første år. Derfor er hun også en vigtig samarbejdspartner i det tværfaglige samarbejde om børn af psykisk syge forældre.

Af Ida Henvig

99 pct. af alle familier med et nyfødt barn får tilbud om at få besøg af en sundhedsplejerske i hjemmet. Sundhedsstyrelsen har udstukket retningslinjer for tilrettelæggelse af sundhedsplejen, men det er op til den enkelte kommune at prioritere, hvor mange besøg en familie tilbydes, almindeligvis mellem fem og ni besøg i løbet af barnets første leveår. De fleste kommuner har mulighed for at yde ekstra besøg, hvor det skønnes nødvendigt.

Som sundhedsplejersker sidder vi ofte inde med rigtig meget viden om familien. Vi har besøgt familien, mens barnet var nyfødt, og vi har fulgt det lille barns udvikling frem til i hvert fald 1 års alderen.

I de fleste familier er det at få et lille nyt barn en meget stor glædelig begivenhed, men også en begivenhed, der kan udløse større eller mindre udviklingskriser i familien. I tiden efter barnets fødsel reflekterer familien ofte over livet generelt.

Sundhedsplejersken kommer midt i glæden og midt i bekymringerne. Ved nogle besøg har familien haft søvnløse nætter, og situationen er mere eller mindre uoverskuelig. Familien er skrøbelig og sårbar. Sundhedsplejersken har tid til at lytte og tid til at støtte familiens mestringsstrategier. Hun ser familien som den er, ser det lille barn og støtter forældre-barn-kontakten. Ofte opnår sundhedsplejersken at få opbygget et tillidsfuldt forhold og stor viden om familien generelt. Hun får også kendskab til familiens relationer til hinanden og til deres netværk. Netværket har stor betydning for, hvordan familien mestrer deres nye situation, både her og nu og på længere sigt.

Forældrenes vigtigste kompetence i forhold til barnet er deres sensitivitet og indfølelse. Forældre med psykisk sygdom vil ofte have svært ved at yde en sådan kontinuerlig omsorg i tilstrækkelig grad for deres barn.

Vagt i gevær

I familier med psykisk sygdom er et af målene med sundhedsplejearbejdet at få familien til at se sammenhæng mellem egen sygdom og barnets generelle udvikling. Og at give forældrene håb og tro på, at de kan være forældre, på trods af at det måske indebærer, at de ikke kan være forældre på „fuld tid“. Den psykisk syge forælders forståelse for sin sygdom kan være meget vekslende, i dårlige perioder er der fx ofte ikke nogen sygdomserkendelse. I sådanne situationer er det vigtigt, at andre – for eksempel sundhedsplejersken – kan påtage sig at råbe vagt i gevær efter aftale med forældrene.

Et nøgleord i arbejdet med mennesker med psykisk sygdom er tillid. Den psykisk syge forælder kan have svært ved at tale om sine symptomer og sit behov for hjælp i forhold til barnet. Forælderen er bange for andres reaktioner. Når mor er syg, er problemet mest synligt, da hun ofte er som den primære omsorgsperson for barnet. Far eller andre kan overtage rollen som primær omsorgsperson, men barnet kan have bånd af varierende styrke til andre. Disse bånd kan opprioriteres efter behov, men vil være vigtige at opretholde, netop når en forælder er psykisk syg.

Sundhedsplejersken må hele tiden støtte familien, med henblik på at barnet får optimale udviklingsmuligheder. Hvis det bliver nødvendigt, at barnet plejes uden for hjemmet, indgår sundhedsplejersken i tværfaglig samarbejde for at skabe de bedste udviklingsmuligheder for barnet.

8-kommune-projektet

Baggrund og introduktion

I 1997 designede og planlagde SUS i et samarbejde med Hvidovre Kommune, Brøndby Kommune, Rødovre Kommune og Solrød Kommune model- og metodeudviklingsprojektet „Børn af psykisk syge forældre“. Projektet modtog fra 1997 til 1999 økonomisk støtte fra Socialministeriets Børne- og familiepulje.

I projektperioden blev der blandt andet gennemført fem konferencer med næsten 600 deltagere, samt en række lokalt forankrede kurser og uddannelsesforløb vedrørende temaområdet

Endelig blev der i 1999 udarbejdet en guide til ansatte i kommunerne som arbejder med børn, unge og forældre. Guiden blev trykt i 31.000 eksemplarer og distribueret til samtlige landets kommuner.

Som opfølgning på og videreudvikling af aktiviteterne søgte de fire kommuner og Socialt Udviklingscenter SUS i 1999, Socialministeriets SIBU-pulje om støtte til projekterne „Liv med psykisk syge forældre“ og „Skolebørn med psykisk syge forældre“. Projektet modtog støtte til en lang række aktiviteter frem til og med 2001.

I eftersommeren 1999 meddelte Rødovre Kommune, at man grundet ressourcemangel ikke længere så sig i stand til at deltage i aktiviteterne. Til afløsning for Rødovre Kommune blev der i januar 2000 etableret samarbejde med Lyngby-Taarbæk Kommune.

Oprindelig var de to projekter planlagt til at slutte i 2001. Økonomisk havde det imidlertid været muligt at gennemføre aktiviteterne for et mindre beløb end budgetteret. Ligeledes havde det – for skoleprojektets vedkommende – ikke været muligt at gennemføre aktiviteterne i et tempo som planlagt. Det betød at det, med tilladelse fra Socialministeriet, blev muligt at gennemføre det delelement, som i ansøgningen til ministeriet havde arbejdstitlen „Læring på Tværs“.

Formålet med „Læring på tværs“ var at formidle erfaringer og viden og at inspirere til kvalificering af indsatsen over for børn med psykisk syge forældre – i fire nye kommuner. Videre hed det i den oprindelige projektsøgning: *Primæraktørerne, Socialt Udviklingscenter SUS samt andre særlige videnspersoner skal fungere som undervisere og igangsættere. De konkrete aktiviteter skal planlægges i et tæt samarbejde med de fire nye kommuner, således at der kan tages højde for lokale forhold som organisation, struktur, tradition m.v.*

Aktiviteterne i „Læring på tværs“ blev gennemført i 2001 og 2002 og følgende fire kommuner takkede ja til at indgå: Ballerup Kommune, Greve Kommune, Ishøj Kommune og Søllerød Kommune.

Med fordoblingen af kommuner, institutioner, skoler og medarbejdere besluttede projekternes styregrupper samtidig, at de kommende aktiviteter skulle tilbydes samtlige børn- og ungemedarbejdere i de otte kommuner – uden skelen til om medarbejderne var ansat til at tage sig af førskolebørn eller skolebørn.

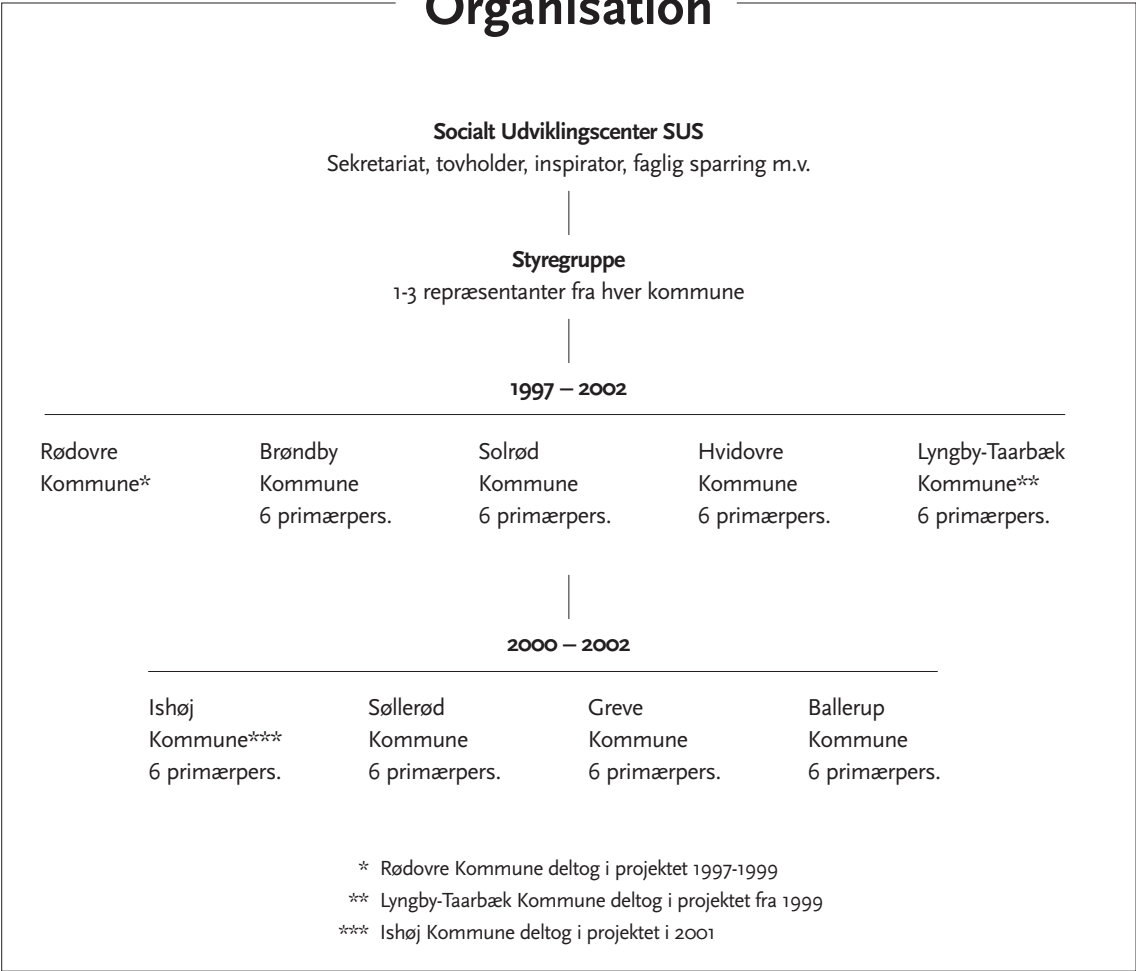
Formål – Liv med psykisk syge forældre

- At forebygge og afhjælpe udstødning af børn af psykisk syge forældre
- At styrke daginstitutionernes rolle i den forebyggende /støttende indsats
- At inspirere til metodeudvikling af det konkrete arbejde med børn og familier
- At styrke det tværfaglige og tværsektorielle arbejde

Formål – Skolebørn med psykisk syge forældre

- Gennem fokusering på temaet børn og unge med psykisk syge forældre, er det projektets overordnede mål at forebygge og afhjælpe marginalisering af børn og unge.
- At kvalificere og inspirere kommunale medarbejdere, knyttet til aldersgruppen 6-18 årige (undervisere, pædagoger, rådgivere, behandlere m.fl.) til at se, vurdere og handle når børn og unge ikke trives.
- At styrke det tværfaglige og tværsektorielle arbejde.

Organisation



Organisation

Styregruppe

Projektet varr organiseret med en styregruppe, som var fælles for projekt „Liv med psykisk syge forældre“ og projekt „Skolebørn med psykisk syge forældre“. Styregruppen bestod af 2-3 personer fra hver kommune og havde til opgave at lægge de overordnede linier for projektarbejdet, at sikre den kommunale opbakning og forankring samt at fungere som sparringspartner for projektets mange aktører.

Primærpersoner

Hver af de otte kommuner udpegede seks medarbejdere som var projektets primærpersoner (i alt 48 personer).

Typisk udvalgte kommunerne 2-3 daginstitutioner, som igen udpegede to primærpersoner blandt de ansatte. Flere kommuner udpegede også primærpersoner blandt sundhedsplejens personale.

Primærpersonerne var i særlig grad målgruppe for de mange undervisnings- og uddannelsesstilbud – med henblik på at kunne fungere som ressourcepersoner og formidlere vedrørende børn med psykisk syge forældre. I 2002 blev der bl.a. gennemført et to-dags internat for de nye kommuners primærpersoner, fire møder for samtlige primærpersoner, fire heldagskonferencer samt en række tema- og gå-hjem-møder.

Sekretariatet

Sekretariatsfunktioner blev varetaget af Socialt Udviklingscenter SUS, der ligeledes fungerede som igangsætter, koordinator, inspirator, indpisker og tovholder for projektets mange medvirkende personer og aktiviteter. SUS havde endvidere til opgave at sikre erfaringsformidlingen mellem projektet samt de mange aktiviteter på landsplan – og at fungere som faglig sparringspartner.

Forfatterprofiler

Bjarne Møller

Ansæt i Socialt Udviklingscenter SUS. Uddannet fritidspædagog. Efteruddannelse inden for journalistik, evaluering, projektledelse mv. Blandt andet projektleder for aktiviteter vedrørende børn med psykisk syge forældre.

Dorte Tostenæs

Konsulent for to-sprogsområdet. Souschef i integreret institution i Brøndby Kommune. Mange års erfaring med arbejde i familier med anden etnisk baggrund end dansk, herunder flygtningeproblematikker. Deltaget i udviklingsprojektet „Liv med psykisk syge forældre“.

Elsie Stenbak

Ansæt i Socialt Udviklingscenter SUS.
Cand.mag., sygeplejerske.
Hovedsageligt beskæftiget med temaet børn med psykisk syge forældre, evalueringsopgaver i relation til sociale indsatser for mennesker med sindslidelse, samt dagtilbud for mennesker med udviklingshæmning.

Ida Grønkjær Henvig

Uddannet sygeplejerske i 1983.
Fortrinsvis arbejdet på børneafdelinger og i voksenpsykiatrien. Uddannet sundhedsplejerske i 1995. Derefter arbejdet i Brøndby Kommune, bl.a. med fokus på mor/barn relationer. Deltaget i udviklingsprojektet „Liv med psykisk syge forældre“.

Ilse Johansen

Leder af Børnesektoren i Brøndby Kommune siden 15.2. 1991. Uddannet socialformidler i 1982.

Jette Munch Hansen

Uddannet pædagog 1997. Har siden 1999 arbejdet i vuggestue i Hvidovre Kommune. Deltaget i udviklingsprojektet „Liv med psykisk syge forældre“. Kurser om „børn og sorg“ samt mundtlig og skriftlig formidling.

Karina Hatting Haagenesen

Uddannet pædagog i 1997. Siden 1. januar 1999 ansæt i integreret institution i Lyngby-Taarbæk Kommune. Deltaget i udviklingsprojektet „Liv med psykisk syge forældre“. Deltager i tværfaglig arbejdsgruppe vedrørende samarbejdskompetence i børnesager i kommunen.

Lene Lier

Speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri. Seniorforsker.

Torbjørn Sandquist

Er norsk med teknisk uddannelse fra Norge. Kom til Danmark i 1983. Har arbejdet som pædagogmedhjælper inden for daginstitutionsområdet siden 1992. Uddannet pædagog 1999. Ansæt som souschef i børnehave i Solrød Kommune fra 2000. Deltaget i Udviklingsprojektet „Liv med psykisk syge forældre“. Giver efter projektets afslutning rådgivning og vejledning til personale og forældre i kommunens institutioner.

Her kan du hente mere viden

Aalbæk, Tina og Søren Glistrup
1997
Børn af psykisk syge forældre.
En undersøgelse af relationen
mellem psykisk syge forældre og
deres børns psykosociale udvikling.
Psykologisk Studierskriftserie, vol.1,
no.1. Aarhus Universitet. 192 s.

Ahlgreen, Birgitte
1996
Hvorfor er det altid mig,
der skal tage ansvaret?
Center for evaluering, Psykiatrien i
Århus Amt for SIND's Pårørende-
rådgivning i Århus Amt. 57 s.

Ahlgreen, Birgitte
2001
Usynlige unge – en bog om børn
med psykisk syge forældre.
Hans Reitzels Forlag. 167 s.

Bjulver, Ulla og Else Marie Pedersen
2003
Skøre sjæle. De pårørende fortæller.
Forlaget systime. 160 s.

Glistrup, Karen
2002
Hvad børn ikke ved... har de ondt af.
Hans Reitzels Forlag. 160 s.

**Holm, Per, Bjarne Møller
og Birger Perlt**
1998
Små skuldre store byrder (videofilm
(30 min.) og teksthæfte (8 s.)).
Socialt Udviklingscenter SUS,
København

Holm, Per og Bjarne Møller (red.)
1995
Når mor eller far er psykisk syg.
Socialt Udviklingscenter SUS,
København. 90 s.

Holm, Per og Bjarne Møller (red.)
1996
Børn af psykisk syge forældre.
Udspil, årg. 4, nr. 2, Socialt
Udviklingscenter SUS. 32 s.

Holm, Per og Bjarne Møller (red.)
1994
Børn og unge i familier med
misbrug og sindslidelser.
Udspil, årg. 2, nr. 2, Socialt
Udviklingscenter SUS. 16 s.

**Lier, Lene & Buhl-Nielsen,
Bernadette & Knudsen, Hans**
2000
Psykisk syge forældre og deres børn
Det Tværministerielle Børneudvalg,
Socialministeriet. 159 s.

**Majgaard, Poul og
BEDRE PSYKIATRI**
2002
På Herrens mark – samtaler med
pårørende til sindslidende
Landsforeningen BEDRE PSYKIATRI.
63 s.

Møller, Bjarne (red.)
1999
Liv med psykisk syge forældre
En Guide. 4-kommune-projektet
v. Socialt Udviklingscenter SUS. 8 s.

Møller, Bjarne
2002
Børn med psykisk syge forældre.
God praksis.
Socialt Udviklingscenter SUS,
København. 20 s.

Skerfving, Annemi
2002
Når forældre har alvorlige psykiske
problemer. Hvad kan man sige til
børnene?
Psykinfo Forlaget. 12 s.

Svendsen, Eva
1998
Samarbejde mellem voksenpsykiatri
og socialforvaltning om børn af
psykisk syge forældre.
Psyk-Info, Risskov. 46 s.

Therkildsen, Marie Elbinger
1998
Vi levede i en boble.
Psykologisk Studierskriftserie, vol 2,
no.2. Aarhus Universitet, Aarhus.
117 s.

Ulrikkeholm, Majbritte
2000. Tilbage til jorden.
Gyldendal. 205 s.

www.barn-i-fokus.dk
Socialt Udviklingscenter SUS's
hjemmeside om børn med psykisk
syge forældre.
Informationer om projekter, litteratur,
kurser, konferencer mv.

www.brugforhjaelp.org
En hjemmeside for børn og unge der
har en psykisk syg mor eller far.

www.tabu.dk
Psykiatrifondens hjemmeside i til-
knytning til fondens børneindsats.

Socialt Udviklingscenter SUS

God praksis i daginstitutioner Børn med psykisk syge forældre

Redaktion: Else Stenbak
Copyright: Forfatterne og
Socialt Udviklingscenter SUS
2003

Socialt Udviklingscenter SUS
Nørre Farimagsgade 13
1364 København K
Tlf.: 33934450
Fax: 33935450
E-post: sus@sus.dk
www.sus.dk
www.barn-i-fokus.dk

Grafisk tilrettelæggelse
og illustration:
Christian Schmidt
Tryk: SL Møller
Oplag: 4.000
ISBN nr.: 87-89814-61-4