



**Beskrivelse og vurdering av tiltaket:**

## **Barneperspektivsamtalen**

**Ungsinnforfatter: Charlotte Reedt**

**Vurdert i Ungsinnpanelet: 06. oktober 2009**

Ungsinnforfatteren er ansvarlig for beskrivelsen av tiltaket. Beskrivelsen er basert på informasjon fra Voksne for barn, spørreskjema utfyllt av Voksne for barn og gjennomgang av annen tilgjengelig litteratur. Ungsinnpanelet er ansvarlig for vurdering og klassifisering.

### **Innledning**

Barneperspektivsamtalen er et lavterskel helsefremmende tiltak for barn av foreldre med psykisk sykdom og/eller rusmiddelmisbruk tilpasset kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Med barneperspektivsamtale menes en samtale med foreldrene og barnet hvor målet er å fokusere på barna i familien, foreldrenes bekymringer og hvordan foreldrenes psykiske vansker kan få konsekvenser for barna. Tiltaket består av inntil tre samtaler.

Barneperspektivsamtalen kan brukes som et standardtilbud og det første tiltaket i en kjede av tiltak i en oppfølging av familier i spesialisthelsetjenesten og/eller i deres hjemkommune (se "Modell for steg i det forebyggende arbeidet"). Målgruppen er barn i alderen 0-25 år som har foreldre med psykisk sykdom og/eller rusmiddelmisbruk. Det naturlige utgangspunkt for å ivareta disse barna vil være en samtale med foreldrene. Parallelt med og i samråd med foreldrene bør det gis informasjon til de arenaer i kommunen hvor barna oppholder seg til daglig. Dette gjelder både i forhold til de som er involvert i psykisk helsearbeid, men også barnehage og skole. Andre tiltak som kan komme i etterkant av Barneperspektivsamtaalen er Forebyggende Familieintervensjon (FFI; se tiltak nr. 1 i Ungsinn), Mestringsgrupper (se tiltak nr. 12 i Ungsinn) og Familieråd.

Barneperspektivsamtaalen er et av flere liknende tiltak for barn av foreldre med psykisk sykdom og/eller rusproblemer. Formålet med tiltakene er å bringe fokus på barnets situasjon i et mindre antall samtaler med barn og foreldre/pasient. Det inngår også å informere, klarlegge eventuelle behov, og motivere for ytterligere tiltak der det er behov for det. Det er noen variasjoner i omfang, profil og måten tiltakene gjennomføres, og de presenteres derfor i Ungsinn som ulike tiltak.



### **Eier av tiltaket i Norge**

Organisasjonen Voksne for Barn (VFB)

Stortorget 10

0155 Oslo

Tlf.: 23 10 06 10

Faks: 23 10 06 11

e-post: [vfb@vfb.no](mailto:vfb@vfb.no)

[www.vfb.no](http://www.vfb.no)

### **Distributør/implementeringsansvarlig for tiltaket i Norge**

VFB

Stortorget 10

0155 Oslo

Tlf.: 23 10 06 10

Faks: 23 10 06 11

e-post: [vfb@vfb.no](mailto:vfb@vfb.no)

[www.vfb.no](http://www.vfb.no)

### **Eier/Distributør for tiltaket internasjonalt**

Karin van Doesum

Forebyggingspsykolog og teamleder ved Dimence (Community Mental Health Center)

Pikeursbaan 3

Postbus 390

7400 AJ Deventer

The Netherlands

tel. +31570-688788 / 688710

[k.vandoesum@dimence.nl](mailto:k.vandoesum@dimence.nl)

### **Beskrivelse av tiltaket**

Barneperspektivsamtale er utviklet som et basistilbud for alle foreldre med psykisk sykdom og/eller rusmiddelmisbruk og kan anvendes som en standard prosedyre for å snakke med foreldre og barn/a i familien. Samtaletilbudet består av tre samtaler og har som mål å fokusere på barnets perspektiv i forhold til foreldrenes situasjon. I tiltaket gjennomføres også en samtale med barnet/barna. Temaet i samtalen med barna vil være et resultat av dialogen med foreldrene. Målgruppa for tiltaket er foreldre med psykisk sykdom og/eller rusmiddelmisbruk som har hjemneværende barn til og med 25 år.

Hovedmålsetningene med tiltaket er:

- Å styrke foreldrekompetansen ved å gjøre dem bevisst barnas perspektiv og ved å informere om hvilke konsekvenser psykiske problemer og / eller rusproblemer hos foreldereren kan ha for barna.



- Å styrke barnas evne til å mestre situasjonen ved å gi dem informasjon om problemene til forelderens samt gi dem emosjonell og sosial støtte.
- Å melde bekymring i tide dersom barna får problemer.
- Å gi råd om ytterligere hjelp og støtte.

Tiltaket fokuserer på mestring i familien og samarbeid med andre instanser dersom familien eller barnet har behov for dette. Familien gis informasjon om og råd i forhold til forebyggende aktiviteter med barnet i fokus der andre instanser i barnas nær- og lokalmiljø kan inngå. Det overordnede målet med tiltaket er å redusere risikoen for problemutvikling hos barna.

### Metoder som anvendes

Det er pasientens/forelderens behandler som introduserer tilbudet for familien. Barneperspektivsamtalet kan gjennomføres av personell innen spesialisthelsetjenesten eller relevante kommunale tjenester (helsesøster, personell i psykiatritjeneste, barneverntjeneste m.fl.). I noen tilfeller vil det være naturlig at tilbudet gis i hjemstedskommunen, mens det i andre sammenhenger vil være naturlig at alle tre samtalene gjennomføres i spesialisthelsetjenesten (f.eks ved innleggelse).

Det tilstrebes å gjennomføre tre samtaler i løpet av fire uker. Samtalene kan gjennomføres som hjemmebesøk eller der forelderens går til behandling eller er innlagt. Etter avslutning av tiltaket blir det laget en kort rapport som følger forelderens/foreldrenes journal.

Dersom familien ønsker å ta i mot tiltaket henviser behandleren familien til personell som utfører Barneperspektivsamtale (f.eks barneansvarlig ved avd.). Deretter gjøres det en avtale med familien om en første samtale (f.eks hjemmebesøk). Familien får på dette tidspunkt brosjyrer som belyser barns situasjon og perspektiv i forbindelse med psykisk sykdom eller rusmisbruk hos foreldre. Den første samtalen skjer alltid med forelderens/foreldrene alene. Temaet for samtalen kan grovt deles inn i a) bekymringer forelder/foreldre har for barnet, b) barnets ressurser og muligheter for å få støtte i øvrig familie og sosialt nettverk og c) temaer og spørsmål forelder/foreldrene vil snakke om i forhold til barnets/barnas livssituasjon.

I en påfølgende samtale blir det snakket med barna. Samtalen planlegges sammen med foreldrene og kan gjennomføres med et barn alene, sammen med søsken, eller med barn og foreldre sammen. Barnas alder, utviklingsnivå og trygghet bør danne grunnlag for hvordan samtalen med barnet/barna gjennomføres. Temaet for denne samtalen kan grovt deles inn i a) temaer barnet/barna bringer frem, b) bekymringer barna forteller om, c) hvilken mulighet barnet/barna har for å få støtte i øvrig familie og sosialt nettverk og d) spørsmål barnet/barna har i forhold til forelderens sykdom.

I den tredje samtalen oppsummeres forelderens/foreldrene sammen med den som gjennomfører tiltaket og eventuell videre oppfølging planlegges. I oppsummeringen av de



to eller tre samtaler kan veien videre bli informasjon til barnehage / skole, evt. involvering av andre kommunale instanser. Man kan også i oppsummeringen av tiltaket bli enige med forelder/foreldre om et eller flere tiltak på neste trinn i tiltakskjeden (se VFB's Modell for Steg i det forebyggende arbeidet i bilag 2).

Den nederlandske barne- og ungdomspsykiateren, Lies Wenselaar, har utviklet et kursopplegg knyttet til dette tiltaket der de som skal lede slike samtaler får opplæring og veiledning i temaer som er sentrale i tiltaket. VFB har oversatt materialet til norsk. I denne opplæringen (bilag til manualen for tiltaket) gis det oversikter over symptomer på psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet, effektene på barna, gode/svekkede foreldreferdigheter og god/svekket foreldre-barn interaksjon, ulike typer foreldreskap, risiko- og beskyttelsesfaktorer hos barna, i familien og i lokalsamfunnet, samt at de som skal lede samtaler trenes til å snakke med foreldre og barn om denne tematikken.

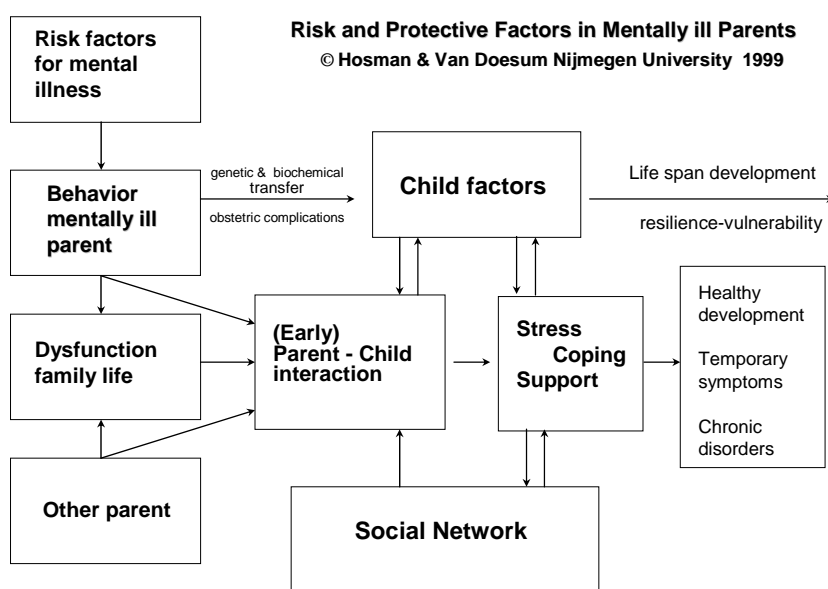
### Det teoretiske grunnlaget for tiltaket

Det teoretiske grunnlaget for dette tiltaket er utviklet av flere fagfolk og forskere internasjonalt og spesielt i Nederland. Fra 1989 har man i Nederland utviklet et nasjonalt, multikomponent forebyggingsprogram for å redusere risikoen for psykiske vansker og sosiale problemer hos barn av foreldre med psykiske lidelser; KOPP programmet (Kinderen van Ouders Psychische Problematiek; Van Doesum, 2007). Dette programmet implementeres nå i alle lokale institusjoner for psykisk helsevern i Nederland. Programmet er teoribasert og fokuserer både på å redusere risikofaktorene som knytter seg til disse barnas utvikling og psykiske helse, og på å styrke de beskyttelsesfaktorer som kan støtte deres psykiske helse og sosiale utvikling. WHO peker i sine satsingsdokumenter på forebygging på at det er sterk dokumentasjon på linken mellom risiko, beskyttelsesfaktorer og utvikling av psykiske lidelser (Saxena, Jané-Llopis, & Hosman, 2006). Det finnes videre god dokumentasjon på at effekten av tiltak for å redusere risikofaktorer og styrke beskyttende faktorer forebygger psykiatriske symptomer og nye tilfeller av psykiske lidelser (Saxena, Jané-Llopis & Hosman, 2006). Risikofaktorer er assosiert med økt sannsynlighet for debut av psykiske vansker, alvorligere symptomer og lengre varighet av store helseproblemer. Beskyttelsesfaktorer er assosiert med forhold som modererer, letter og forandrer en persons respons på en miljømessig belastning som predisponerer ham/henne for et negativt utfall. Både risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer kan være individuelle, relatert til familie, sosiale, økonomiske og/eller miljømessige (Rutter & Quinton, 1984). Rent generelt kan man si at det er den additive effekten av multiple risikofaktorer, mangel på beskyttelsesfaktorer og interaksjonen mellom risiko- og beskyttelse i situasjoner som predisponerer individer til en utvikling fra en mentalt frisk tilstand mot økt sårbarhet og videre til en psykisk lidelse.

KOPP programmet i Nederland består av flere ulike tiltak for barn og unge, deres psykisk syke eller rusmiddelmisbrukende foreldre og personer i barnas og familiens sosiale og profesjonelle nettverk. Tiltakenes målgrupper og innhold varierer fra familiesamtaler, støttegrupper for barn og unge, familierapi- og utdanning, opplæring av fagfolk innen psykisk helsevern og kompetansehevede tiltak i befolkningen. Hosman og Van Doesum



(1999) har laget en teoretisk modell for hvordan faktorer hos psykisk syke foreldre, familien, barna og det sosiale miljø til sammen påvirker slike barns sosiale og psykiske utvikling (Van Doesum & Hosman, 2009). Foreldrenes risiko- og beskyttelsesfaktorer for utvikling av mentale lidelser, karakteristika ved den psykiske syke forelder, familiefungering og karakteristika ved den friske forelder påvirker både barnets biologiske utrustning, foreldre-barn interaksjonen og de voksnes foreldreferdigheter. Barnets stress, evne til mestring og støtte fra det sosiale nettverket spiller sammen med dets sårbarhet og motstandsdyktighet. Samspillet mellom de ulike variablene i denne modellen danner grunnlaget for om barnet får en sunn utvikling, utvikler midlertidige problemer eller utvikler kroniske problemer.



Figur 1. Modell for hvordan faktorer hos psykisk syke foreldre, familien, barna og det sosiale miljø til sammen påvirker slike barns sosiale og psykiske utvikling (Gjengitt med tillatelse fra Karin von Doesum).

Barneperspektivsamtalet er et lavterskel tiltak som fokuserer på hvordan den psykisk syke forelder påvirker familiens fungering og hvordan barna har det i denne situasjonen (Dysfunction family life, Other parent og Parent-Child interaction i figur 1).

I tillegg til den teoretiske modellen for hvordan risiko- og beskyttelsesfaktorer virker inn på barns utvikling i familier med psykisk sykdom hos foreldre, bygger også dette tiltaket på prinsipper for psykoedukasjon. Informasjon til foreldre og barn, samt muligheten til å drøfte temaer knyttet til foreldres psykiske sykdom i familien antas å endre både barnas og foreldrenes holdninger til seg selv og dermed deres atferd i familien. Den amerikanske forskeren William Beardslee og hans kolleger har i flere artikler belyst betydningen av



selv- forståelse som en komponent i resiliens (Beardslee, 1989; Beardslee, Gladstone, Wright, & Cooper 2003; Beardslee & Poderefsky, 1998). Han har også vist at det er en sammenheng mellom styrkede foreldreferdigheter og barnas forståelse av sin egen livssituasjon (Beardslee, 1990; Beardslee, Wright, Salt, Drezner, Gladstone, Versage & Rothberg, 1997).

## Erfaringer med tiltaket og evaluering i Norge

### Historisk tilbakeblikk

De senere år har KOPP programmet i Nederland vært gjenstand for stor internasjonal interesse og de enkelte tiltakenes manualer er oversatt til engelsk, finsk og norsk og er tilrettelagt for bruk i andre land. Barneperspektivsamtalet er et slikt tiltak. Også i Norge har man tradisjonelt hatt fokus på voksne med psykiske vansker og i mindre grad mot den innvirkningen de voksnes situasjon kan ha på barna. Allerede i 1996 startet VFB et prosjekt der de undersøkte hvordan barn fanges opp når voksne blir registrert til behandling innen psykisk helsevern. VFB oppgir at resultatet av undersøkelsen viste at disse barna i liten grad blir registrert og ivaretatt av fagfolk innen psykisk helsevern eller kommunale tjenester. Pr i dag arbeider flere organisasjoner og fagfolk aktivt med denne tematikken, men mangelen på rutinemessige tilbud til pasienter og deres barn gjør at svært mange av disse barna fortsatt er usynlige, og står i risiko for å utvikle egne problemer. VFB, flere sykehus og mange fagfolk innen psykisk helsevern har i mange år arbeidet for at helseinstitusjoner skal bygge opp en tiltakskjede av forebyggende intervensjoner for barn av psykisk syke og rusmiddelmissbrukende foreldre. Statens helsetilsyn besluttet i 1998 å iverksette et kompetansehevingsprogram i norske kommuner i forbindelse med "Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006". VFB foreslo da at temaet "Når mor eller far er psykisk syk" skulle inngå som tema i programmet. Dette resulterte i at Sosial- og helsedirektoratet ga VFB i oppdrag å utvikle og gjennomføre opplæringsprogrammet "Om barns behov for tverrfaglig samarbeid, når mor eller far er psykisk syk". Programmet ble gjennomført i norske kommuner i 1998-2004. Siden VFB startet sitt arbeid på dette temaområdet har opplæringen deres vært knyttet til noe ulike intervensjoner. Man har forsøkt å ivareta de nyttigste erfaringer folk i fagfeltet har gjort seg i arbeidet med barna i familier med psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre. VFB har samarbeidet tett med norske fagmiljøer og internasjonale fagmiljøer som Tytti Solantaus (Finland), Annemi Skjerfving (Sverige), William Beardslee (USA), Karin von Doesum og Clemens Hosman (Nederland), m. fl. Tiltakene de har gitt opplæring i har gjennom dette samarbeidet vært erfaringsbaserte og i stadig utvikling. At VFB nå har valgt å formidle og implementere tiltaket Barneperspektivsamtale er et resultat av norske og internasjonale erfaringer, samt et tett samarbeid med aktører innen det Nederlandske KOPP programmet.

De seneste årene har det i Norge vært stor politisk vilje til handling for å ivareta barn av psykisk syke og rusmiddelmissbrukende foreldre. Dette understrekes ved en forestående endring av lovgivningen for helsepersonell som blant annet vil gi barn status som pårørende og pålegge behandlere innen psykisk helsevern for voksne å ivareta barna til de





som får behandling. En slik juridisk forankring av barns status og rettigheter vil få konsekvenser for arbeidet med disse familiene og barna deres. I fortsettelsen av det forebyggende arbeidet i Norge vil tiltaket Barneperspektivsamtale være et naturlig utgangspunkt. Lignende tiltak har vært prøvd ved flere sykehus og institusjoner over flere år i Norge. Disse tiltakene har imidlertid ikke vært standardisert og manualisert på den samme måten som Barneperspektivsamtalet. Det er likevel rapportert om gode erfaringer knyttet til gjennomføring av denne typen familiesamtaler både i Kristiansand (ved Sørlandet sykehus), ved flere behandlingsinstitusjoner innen rusomsorgen (spesielt Borgestadklinikken) og ved flere sykehus i Bærum og Midt-Norge (spesielt Namsos sykehus og BUP i Levanger). Manualen for Barneperspektivsamtalet er ny og man har ikke erfaring med bruk av denne. Den forebyggende effekten av Barneperspektivsamtalet har ikke blitt systematisk evaluert i Norge eller internasjonalt. Det finnes imidlertid flere kvalitative undersøkelser og beskrivelser av erfaringer med å jobbe med denne type familiesamtaler. Erfaringene rapporteres å være positive (Haukø & Stamnes, 2009).

### Spredningspolitikk og implementeringsstrategier

Spredningsarbeidet til VFB går gjennom kommuner og organisasjoner innen psykisk helsevern for voksne. Rekrutteringen skjer gjennom en formell henvendelse til kommunene eller at organisasjoner tar direkte kontakt med VFB. En forutsetning for deltakelse er at arbeidsgivere fristiller ansatte til å delta på opplæringen og videre veiledning. De som leder gjennomføringen av tiltaket kan være ansatte ved klinikken eller ansatte i hjemmekommunen. Fagkunnskap i å snakke med barn og kjennskap til sykdomsbilder og rusproblemer hos voksne er påkrevd. Opplæringen i tiltaket Barneperspektivsamtalet har form av et ferdighetsorientert kurs som går over 2 kurs dager (en todagers samling). Etter kurset tilbys to separate veiledningsdager i løpet av et halvt år etter opplæringen. Opplæring og veiledning forestås av opplærte utøvere i tiltaket som i tillegg er kvalifisert gjennom et eget todagers kurs som kursholdere. Deltakerne på opplæringen skal etter endt kurs og veiledning kunne gjennomføre Barneperspektivsamtaler med foreldre, barn og øvrig nettverk. For å unngå rolleforvirring anbefaler programeier at pasienters behandlere ikke gjennomfører Barneperspektivsamtaler for egne pasienter.

### Kvalitetssikring av tiltaket

Kandidatene godkjennes i dag etter endt opplæring på bakgrunn av kursfremmøte. Ytterligere prosedyrer for kvalitetssikring av opplæring, veiledning og eventuell sertifisering er under utarbeidelse av VFB. Retningslinjer for avtaler om ansvar for kvalitetssikringen av opplæring, veiledning og eventuell sertifisering er også under utarbeidelse av VFB og samarbeidende innsatser og organisasjoner. Systematiske brukerevalueringer inngår som en fast del av tiltaket.

### Kostnadene for implementering av tiltaket

Voksne for Barn mottar inneværende år samt våren 2010 støtte fra BLD, BUFDIR og Helsedirektoratet i forhold til implementering av intervensjonene. Det innebærer at de som



melder seg på og som tilfredsstillter kravene knyttet til forankring, samt forplikter seg i forhold til veiledning og oppfølging, vil få dekket kostnader knyttet opplæring. Dette inkluderer materiell relatert til gjennomføring av intervensjonene (manual og brosjyrer), samt to dagers forelesning med fokus på gjennomføring. Veiledning og fellessamlinger vil også være dekket. Deltagernes tjenestesteder må selv dekke utgifter til reise, overnatting og samt eventuelle utgifter til vikarer. Det er videre en fordel om deltakerne har mulighet til å legge veiledning og deltakelse på fellessamlinger inn som del av ordinært arbeid.

### Ungsinnspanelets vurdering av tiltaket

Barneperspektivsamtalet er et manualisert tiltak som retter seg mot barn og unge i alderen 0-25 år som har foreldre med psykisk sykdom og/eller rusmiddelmissbruk. Tiltaket er tilpasset den enkelte familie og det enkelte barns behov. Metodene som anvendes har fokus på risiko- og beskyttelsesfaktorer som virker inn på barns utvikling i familier med psykisk sykdom hos foreldre og prinsipper for psykoedukasjon. Disse metodene er hyppig brukt i forebyggende og klinisk virksomhet. Formålet med intervensjonen er å redusere risikoen for problemutvikling hos barna selv. Innholdet i Barneperspektivsamtalet er beskrevet i en manual og i andre publikasjoner oversatt fra Finland og Nederland. Det foreligger flere brosjyrer for barn og unge, foreldre/pasienter og fagfolk til bruk i tiltaket. Det foreligger også materiell som brosjyrer og videoer til bruk i opplæringen i tiltaket. Det foreligger planer for opplæring av veiledere. Tiltaket har en gjennomarbeidet implementeringspolitikk og strategi. Systematiske kvalitetssikringsprosedyrer er under utvikling av programeier i Norge.

### Ungsinns klassifisering:

Barneperspektivsamtalet er godt beskrevet og har en klar teoretisk forankring. Tiltaket klassifiseres som et sannsynlig virksomt tiltak på evidensnivå 2.

### Referanser:

- Beardslee, W. R. (1989). The Role and self-understanding in resilient individuals. The Development of a Perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 266-78.
- Beardslee, W. R. (1990). The development of a clinician-based preventive intervention for families with affective disorders. *Journal of Preventive Psychiatry and Allied Disciplines*, 4, 39-61.
- Beardslee, W. R., Gladstone, T. R. G., Wright, E. J., & Cooper, A. B. (2003). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *Pediatrics*, 112, 119-131.
- Beardslee, W. R. & Podorefsky, D. (1998). Resilient adolescents whose parents have serious and other psychiatric disorders: Importance of self-understanding and relationships. *American Journal of Psychiatry*, 145, 63-69.
- Beardslee, W. R., Wright, E. J., Salt, P., Drezner, K., Gladstone, T. R. G., Versage, E. M., & Rothberg, P. C. (1997). Examination of children's responses to two preventive





- intervention strategies over time. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 2, 196-204.
- Haukø, B. H. & Stamnes, J. H. (2009). *Barnas time – En temafokusert barne- og familiesamtale når mor eller far har psykisk sykdom og/eller rusproblemer*. Trondheim: Tapir akademisk forlag.
- Saxena, S., Jané-Llopis, E., & Hosman, C. (2006). Prevention of mental and behavioral disorders: implications for policy and practice. *World Psychiatry* 5, 5-14.
- Svendsen, A. (2004). *Forebyggende arbeid med barn av foreldre med psykisk sykdom og rusproblemer – en evaluering av BAPP-programmet*. Barnevernets utviklingscenter i Midt-Norge. Arbeidsrapport nr. 16. ISSN 0809-5167.
- Rutter, M., & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychological Medicine*, 14, 853- 880.
- Von Doesum, K. (2009). *An Early preventive intervention for depressed mothers and their infants, its efficacy and predictors of maternal sensitivity*. Radboud University Nijmegen, Nederland; doctoral dissertation.
- Van Doesum, K. & Hosman, C. (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of mentally ill parents in the Netherlands: science-based comprehensive approach. Submitted.