

Fordypningsoppgave

[Barn som pårørende av psykisk syke foreldre.]

[Hvordan hjelper vi barna?]

[Undertittel]

[Subtitle]

[Maria Hjelmseth]

[Avd. for Helsefag.

Fordypningsoppgave i

[MPH 450]

[2012]



Abstrakt.

Denne oppgaven har som formål å studere forebyggende hjelpetiltak rundt barn som pårørende av psykisk syke og/ eller rusmisbrukere. Det er kjent at denne gruppen barn blir utsatt for en større belastning i barndommen, i forhold til mange faktorer som utrygghet, stress og bekymring. Mange har en vanskeligere følelsesmessig tilknytning til foreldrene på grunn av deres sykdom og foreldrene har en stor påkjenning i forhold til å både hanskes sin egen lidelse samt å ivareta en foreldrerolle. Det er kjent at denne gruppen barn er i høyrisikone for å selv utvikle psykisk lidelse i ungdoms- eller voksen alder. Denne studien vil undersøke forskning rundt nytten av familieintervensjon som et helseforebyggende tiltak for barn. Om det kan bidra til bedret familiefunksjonen, bl.a. ved å øke foreldrenes sykdomsinnsikt og hvordan den påvirker barna, kommunikasjonsferdigheter og barns forståelse for foreldrenes psykisk lidelse.

Innhold

1.0. Innledning	s. 3
1.1. Formål med oppgaven og problemstilling.	s. 6
1.2. Begrepsavklaring og avgrensning	s. 7
2.0. Metode	s. 8
2.1. Bearbeiding	s. 8
2.2. Etsiske overveielser	s. 9
2.3. Kvalitetsvurdering og analyse	s. 11
3.0. Teori	s. 12
4.0. Resultater	
4.1. Familieterapi	s. 13
4.2. Foreldrekursing	s. 14
4.3. Samtaler med barna	s. 15
5.0. Diskusjon	
5.1. Resultatdiskusjon	s. 16
5.2. Metodediskusjon	s. 17
5.3. Mangler i dagens hjelpetiltak, behov for mer forskning og videre arbeid	s. 18
6.0. Litteraturliste	s. 22

Vedlegg: 10 sider.

Ordtelling i tekstdel: 7092 ord.

Ordtelling i vedlegg: 3203

1.0. Innledning.

I dag finnes det ingen helt sikre tallmateriale over hvor mange barn og unge i Norge som vokser opp sammen med foreldre som lider av psykisk sykdom eller rusmiddelmissbruk. Men det regnes med å være om lag 130 000 familier i Norge som enhver tid lever med psykisk sykdom og rusproblemer. Det vil si at mer enn 200 000 barn har foreldre som ruser seg på en slik måte at barna reagerer, og ca 15 000 barn og unge har foreldre som får behandling i psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten), likevel regnes det også å være mørketall. I den siste tiden har flere rapporter påpekt at helsetjenestes tilbud, hjelp og støtte til denne gruppen barn ofte er mangelfull, tilfeldig og underutviklet i landet. (Helse og Omsorgsdepartementet, 2012)

I følge Mohaupt og Duckert (2010) har barn av rusmisbrukere en høyere risiko for utvikling av psykiske helseproblemer. De blir oftere ”vanskelige” skolebarn, mistilpassede ungdommer og får oftere psykisk sykdom som voksne. En kohortstudie av Anda et.al., (2002) (I Mohaupt og Duckert (2010)) har undersøkt sammenhengen mellom risikofaktorer i barndommen og senere psykisk og fysisk helse, og viser en økt risiko for utvikling av psykiske og somatiske lidelser. Barn som vokser opp med rusmisbrukende foreldre har økt sannsynlighet for å ha opplevd fysisk, seksuell eller psykisk vold i hjemmet, og forskning viser at neglisjering og gjentatt eksponering for traumatiske situasjoner, har skadelige effekter på utviklingen av sentralnervesystemet hos barn. Denne gruppen, spesielt de yngste og mest utsatte barna, har i følge Mohaupt og Duckert (2010) manglet et koordinert og faglig godt tilbud i spesialisthelsetjenesten.

Denne kunnskapen støttes opp av flere undersøkelser og forskning, og er på den måten ingen ny viten. F.eks en undersøkelse fra Amerika (Clark, Cornelius, Wood og Vanyukov, 2004) hvor 1167 barn fra 613 familier ble studert, viste at det er psykopatologisk overføring via foreldre til barn og at barn som vokser opp med foreldre som misbruker rusmidler er i høyrisikosone for å utvikle atferdsforstyrrelser, ADHD, alvorlig depresjon og angstlidelser.

I boken ”Det sårbare barnet”, av Kari Killén og May Oloffson (2003) blir mye av selve overføringen av foreldrenes problemer på barna forklart. Begrepet foreldrefunksjoner blir beskrevet, og forklart hvordan svikt i disse funksjonene er årsaken til at barn som pårørende

av psykisk syke og rusmisbrukere er i høyrisiko for skadeeffekter. Dette viser at det ikke bare er vold, seksuelle overgrep eller opplagt omsorgssvikt som årsak til at barn blir skadelidende. De lister opp fem funksjoner som de viktigste for spillet mellom foreldre og barn:

- Foreldres evne til å se barnet som det er og akseptere det
- Foreldres evne til vedholdende å engasjere seg positivt følelsesmessig i barnet
- Foreldre evne til innlevelse med barnet
- Foreldres evne til å prioritere barnets utviklingsmessige behov
- Foreldres evne til å ha realistiske forventninger til barnet.

Disse egenskapene som forelder kan naturlig være vanskelig å opprettholde om en selv sliter på det psykiske plan, har nedsatte sanseinntrykk og konsentrasjon grunnet rus, eller sliter med abstinenser.

I følge Reedtz og Lauritsens artikkel, *Barn av psykisk syke og/eller rus* (2009), påpeker forfatterne at spillet mellom ulike faktorer som genetiske, biologiske, psykososiale og sosiale elementer, har betydning for barnas oppvekstkår og overføringen av psykiske vansker gjennom generasjoner. Og dermed ved det, utfallet for barna og hvordan de klarer seg. Dette hentet fra en undersøkelse om barn av deprimerte foreldre fra 1990 av Downey og Coyne. (i Reedtz og Lauritzen, 2009).

Reedtz og Lauritzen sier videre at omfanget av konsekvensene for disse barna avhenger av hvilken type psykisk lidelse foreldrene har, i hvor stor grad den kommer til uttrykk overfor barna i hverdagen, i tillegg til en rekke andre faktorer som enten kan føre til en økning eller reduksjon av risikofaktorer. I utviklingen av forebyggende tiltak for disse barna må man derfor fokusere på spillet mellom sosiale og psykologiske risikofaktorer, i tillegg til beskyttelsesfaktorer som for eksempel god omsorgskompetanse, sosial støtte og innlæring av mestringsferdigheter. Men til tross for at risikofaktorene for barn av psykisk syke og/eller rusmisbrukende er kjente, er fagfeltet og norske myndigheter enige om at man ikke har lyktes i å etablere en endring i praksisfeltet slik at barna får hensiktsmessig hjelp.

Grunnene til denne manglende støtten til disse barna i hjelpeapparatet er flere, i følge Reedtz og Lauritzen (2009). En faktor er at voksenpsykiatrien ikke har hatt et fokus og kartlegging på om deres pasienter har barn. En annen faktor er at ansatte i voksenpsykiatrien ikke har fått opplæring og kompetanse i forhold til å inkludere tema som foreldreferdigheter og spill med barna i behandlingen av sine pasienter. Foreldrefunksjonene, og dermed årsakssammenhengen med overføring av problemer til barna, blir i liten grad fokusert på. Det

fører dermed til at barna først får oppmerksomhet i det de selv utvikler et problem og kommer i kontakt med barnevernstjenesten eller barne- og ungdomspsykiatrien.

Norge har de siste årene satset mer på psykisk helse. I følge Opptappingsplan for psykisk helse 1999 – 2008 skal satsningen resultere i både en kvalitativ og kvantitativ bedre tjeneste for mennesker med psykiske lidelser. Opptappingsplanen inneholder også en hovedgruppe av tiltak som går på utbygging av psykisk helsevern for barn og ungdom. Ved lovendringer i Helsepersonelloven og Spesialisthelsetjenesteloven fikk barn en ny status som pårørende fra 1. Januar 2010. Loven sier at helsepersonell skal bidra til å ivareta behovet for nødvendig oppfølging og for informasjon, som mindreårige barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller annen sykdom/skade kan ha. Loven sier også at helsepersonell som yter helsehjelp til disse pasientgruppene skal avklare om pasienten har mindreårige barn. (Helsepersonelloven §10a) I tillegg skal det i spesialisthelsetjenesten utnevnes et eget personell med dette ansvaret for å fremme og koordinere oppfølging av de mindreårige barna. (Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a)

Selv om lovendringene føres og temaet får et større fokus, ser det ut som det enda et godt stykke å gå før praksis følger med. I et kvalitativt masterstudium fra april 2011 av Hege Seljebø, ble fem terapeuter fra ruspoliklinikk intervjuet angående hvordan de utfordres i sin praksis i forhold til at barn er pårørende. Det kommer frem at å ta opp familiesamspill og foreldrerollen med pasientene oppleves vanskelig for terapeutene. De føler ikke at de har kompetansen for å nærme seg et slikt ”sårt” tema, og de er redd for å ødelegge behandlingsalliansen med pasientene, slik at de av den grunn unngår å nevne barna, og foreldrerollen. Det foregår også nå en større kartlegging på Lærings- og mestringssenteret, Helse Møre og Romsdal HF, hvor ansatte i rusbehandling og voksenpsykiatrien i Helse Midt-Norge har blitt spurt via spørreundersøkelser på deres holdninger, tiltak, organisering, planarbeid m.m. knyttet til arbeidet med barn som pårørende. I spørreundersøkelsen inngikk det også spørsmål om det å ta opp/ samtale om foreldrerollen med pasienten. Analyse og bearbeiding av data foregår pr d.d.

Av denne informasjonen som er funnet ved å lete etter fagstoff på område, kan det se ut som mange mener at forebyggende arbeid rundt barn av psykisk syke og/ eller rusmisbrukere er mangelfullt i Norge. Samtidig virker det som det er et økende fokus og engasjement. I rapporter, uttalelser og populærartikler som er funnet, er det ofte familiens samspill, familieintervensjon, foreldrerolle og foreldrekursing nevnt, men det er enda ingen norsk

primærforskning på området. Det er likevel utarbeidet en manual for Forebyggende Familieintervensjon (FFI), beskrevet av Simon-Peter Neumer, (2008). Programmet er beskrevet som en tilnærming som skal forebygge alvorlig psykisk lidelse hos barn og ungdom, der en eller begge foreldrene har psykiske plager eller rusproblemer. Metoden er primærforebyggende for barna, skal i hovedsak driftes av spesialisthelsetjenesten, og den skal iverksettes i familien helst før symptomene hos barna har utviklet seg. Dette var på publiseringstid enda ikke kommet i gang noe slikt arbeid i Norge.

1.1. Formål med oppgaven og problemstilling.

Formål med denne oppgaven blir derfor å orientere seg i Helse-Norges tilstand over hjelpetilbud for barn av psykisk syke og/eller rusmisbrukere. Å se hva ekspertisen tenker og mener fremover for å optimalisere hjelpetilbudet for denne gruppen. Og å studere forskning fra utlandet for å undersøke kartlagte effekter av familieintervensjoner.

Problemstilling for denne oppgaven blir derfor:

Hva er effekten av familieintervensjon som helseforebyggende tiltak for barn som pårørende av psykisk syke?

1.2. Begrepsavklaring og avgrensning.

Jeg velger å bruke ”psykisk syke” som uttrykk, selv om det er et særdeles vidt begrep, og også et stigmatiserende begrep. Psykisk sykdom er ikke et konstant fenomen, men en dynamisk prosess som går i bølger i forhold til livssituasjon og en rekke ytre påvirkninger. Likedan er det ikke sånn at alle barn som vokser opp med en psykisk syk forelder får dårlig omsorg. På en måte kunne uttrykket ”foreldre som sliter” vært like gjeldende for temaet i denne oppgaven, men siden litteraturen benytter uttrykket psykisk syke, blir også dette uttrykket brukt i denne oppgaven. Samtidig ved å bruke ”psykisk syke” vil mange udiagnostiserte foreldre som sliter, og barn i en vanskelig livssituasjon, falle utenom fokus. For eksempel innvandrere med kulturproblemer, familier med dårlig økonomi og boforhold, familier med lite nettverk eller som på andre måter har falt noe utenfor samfunnet. For ikke å snakke om rusmisbrukere.

Litteraturen bruker ofte begrepet ”barn av psykisk syke og/eller rusmisbrukere”, men siden forskningen jeg har benyttet for resultater omhandler foreldre med psykiske lidelser, avgrenser jeg problemstilling til det samme. Det fremkommer likevel gjennom litteraturen at familieintervensjon er et forebyggende tiltak som i like stor grad bør benyttes overfor familier med rusmisbrukende foreldre.

Det ville også vært interessant å undersøke effekter av foreldrekursing generelt, som Webster Stratton og PMTO, som er kurs rettet mot familier med samspillsvansker uavhengig årsak, men som en avgrensning av oppgaven og litteratursøk blir fokus familieintervensjon som helseforebyggende tiltak til familier med psykisk syk forelder.

Med familieterapi/familieintervensjon menes alt som fokuserer på samspillet innad i familien. Om det er samtaler med hele familien samlet, informasjonssamtaler med barna, eller om det er fokus på familiens funksjon via samtaler/ kurs med foreldrene om foreldrerollen. Siden det er en viss forskjell på *–å snakke med barna om foreldrene*, eller *–å snakke med foreldrene om barna*, har jeg lyst å legge merke til om det fremkommer noen forskjeller i litteraturen som blir studert.

Begrepet ”tidlig intervensjon” betyr å identifisere og starte håndteringen av et helseproblem, på et så tidlig tidspunkt at problemet forsvinner eller blir minimalisert. Og vi kan se på begrepet intervensjon som handlinger med terapeutisk eller forebyggende intensjon.

(Helsedirektoratet)

2.0. Metode.

Denne oppgaven er en fordypningsoppgave for videreutdanning i psykisk helsearbeid. Primærhensikt med oppgaven er derfor å søke fordypning og dermed oppnå en større forståelse innen et felt i psykiatrien. Kunnskapsbasert praksis er nettopp det å bruke den beste kunnskapen som finnes, og første steg der er å lære å søke etter den. Med uttrykket kunnskapsbasert praksis understrekes det at vi som fagpersoner har ansvar for helsefaglige beslutninger, både på individuellnivå og gruppenivå, forankret i den beste kunnskap som finnes om dette problemet i verden. (Bjørndal, Flottorp og Klovning, 2007)

Siden ”den beste kunnskapen” alltid oppdateres gjennom forskning, er det viktig at vi som helsepersonell lærer oss å finne frem i kunnskapsjungelen, for å holde vår spesialisering fullgod. Å øve på kunnskapssøket er derfor studentens største formål med denne fordypningsoppgaven.

I følge Forsberg og Wengstrøm innebærer en litteraturstudie

”å systematisk søke, kritisk granske og sammenfatte litteraturen innom et valgt emne eller problemområde” (2008, s 34).

Formålet med et litteraturstudie kan være å beskrive og samle den viten som er innenfor et visst område. En analyserer og beskriver valgte studier på en systematisk måte. For å gjøre en systematisk litteraturstudie må en være sikker på at det er nok antall studier av god kvalitet for å få et grunnlag for bedømminger og resultat. (Forsberg og Wengstrøm, 2008)

2.1. Bearbeidning.

Litteratur for innledning og bakgrunnsinformasjon for oppgaven er hentet fra fagartikler, masterstudium, bokkapitler og reviews. Mens for å besvare problemstilling er det forsøkt å finne primærforskning for å undersøke effekten av familierapi. Et annet interessant tillegg for studiet er å finne ut i hvor stor grad den norske ekspertisen anbefaler og mener familieintervensjon vil ha/ har effekt. Jeg har derfor inkludert noen norske rapporter og uttalelser som ikke er av vitenskapelig kvalitet, men av stor relevans for problemstillingen.

Dette blant annet fordi forskning på familieintervensjon her til lands ikke har kommet skikkelig i gang. Likedan vil det være relevant for oppgavens tema å få kunnskap om ståsted for hvordan hjelpetilbudet er for tiden.

Jeg har brukt søkeordene parenting programmes, family intervention, preventive interventions, mental illness, mental health, psychiatry, children, substance abuse, og substance use disorder. Og søkt i Cochrane Library, Medline, PsycInfo, Clinical Evidence, PubMed, Bibsys.

Jeg har også funnet relevante artikler via henvisninger i review-artikler.

Se tabell 5 for oversikt over litteratursøk.

Jeg har ingen tabell over ekskluderte artikler siden mengden på abstrakter jeg har lest er stor, da jeg fikk mange treff på søkeord i databaser. Det er kun artikler som omhandler forebyggende intervensjon og psykisk lidelse jeg ønsket for å bruke i resultatdelen.

Hva fungerer best – spørsmål lar seg best besvare gjennom randomisert-kontrollerte forsøk. Metoden besvarer spørsmålet; Virker tiltaket? Det er inkludert fem relevante artikler hvor randomisert kontrollerte forsøk er benyttet som design. Randomiserte kontrollert studie (RCT) blir av mange betraktet som en ”gull standard” med tanke på å få best mulig valide og reliable funn om årsak og virkning (Polit og Beck, 2008).

En annen metode for å finne ut om tiltaket virker, er å få de som har forsøkt det til å fortelle om det. En viktig målsetning med kvalitative tilnærminger er å oppnå en forståelse av sosiale fenomener. Når det gjelder tiltak og spørsmål om de fungerer, vil en kvalitativ undersøkelse avdekke hvordan det oppleves for den enkelte, og om de føler at det gir dem noe positivt og en bedrende effekt. Når subjektive forståelser skal formidles og overføres har fortolkning en særlig stor betydning (Thagaard, 2009). To kvalitative undersøkelser er inkludert i resultatkapitlet.

2.2. Ethiske overveielser.

En ulempe ved eksperimentelle design er at det kan være vanskelig å gjennomføre i praksis. Det krever et stort antall deltagere, utvelgelse, bruk av scoringsverktøy, å opprettholde anonymitet og så videre. Dessuten kan menneskelige egenskaper som sykdom, familiære og kulturelle forhold påvirke utfallet utover det som forskeren kan kontrollere. Eksperiment er også kritisert for å være kunstig og kontrollert (Polit og Beck 2008).

Det er alltid en utfordring når en skal trekke kunnskap ut av en undersøkelse, at mennesket som analyserer funnene lar sin livsverden farge resultatet. Fenomenologi fremstilles ofte som

læren om det som kommer til syne og viser seg, slik den erfares for subjektet. Videre sier utgangspunktet for filosofien at verden kan aldri bli noe annet enn den verden slik den fremstår i vår bevissthet. Et begrep er ”fenomenologisk reduksjon”, som dreier seg om å

..stille troen på den verden i bero slik at den kan undersøke hvordan den eller deler av den intenderes i bevisstheten. I denne reduktive prosessen blir verden verken betvilt, forkastet eller bekreftet. Alle slike muligheter er inntil videre satt i parentes slik at en kan undersøke vøren-for-bevisstheten. (Crossley 1996 s2, i Thornquist 2003, s 86)

Som konsekvens for forskning gjelder det å ikke komme til saken med fordommer, fiks ferdige kategorier eller teorier, men la dem selv komme til uttrykk i kunnskapssøket og kunnskapsøkingen. Vi kan forstå – komme sakene nærmere eller fjernere – avhengig av hvilken bevissthetsholdning, erfaring og innføling vi møter med. Derfor oppfordres det til en åpenhet og viss tilbakeholdenhet slik at verden ikke bare tilpasses kategorier definert på forhånd. (Thornquist 2003)

Ontologiske spørsmål (læren om hvordan virkeligheten ser ut) og epistemologiske spørsmål (læren om hvordan det er mulig å tilegne seg kunnskap om virkeligheten) er vitenskapelige forståelsesrammer som er overordnede ved all forskning. Samtidig avviser pragmatismen, et perspektiv som er handling, praksis og nytteorientering, at vår erkjennelse har noe absolutt sikkert grunnlag, og understreker at all viten er feilbarlig og reviderbar, noe som er viktig å være bevisst når man søker etter økt forståelse for et emne. (Jacobsen 2005)

Det er derfor også viktig å behandle all kunnskap med respekt når den skal omsettes til et praksisområde, slik at den opprinnelige mening ikke blir omgjort eller brukt til å underbygge egne oppfatninger på en misvisende måte.

2.3. Kvalitetsvurdering og analyse.

For å sikre at artiklene er av god vitenskapelig kvalitet er det sjekket at de er oppført i NSD register over autoriserte publiseringskanaler. På den måten ser en også at de er fagfellevurdert. For økt kunnskap om valgte emne er det søkt litt bredere innen tema enn forskning som besvarer kun ett spørsmål. Det medfører at resultatets reliabilitet kan bli noe svekket, siden det blir færre resultater som slutter opp rundt selve problemstillingsspørsmålet. På den annen side oppnår man en bredere kunnskap ved å forsøke se helhetsbildet av valgte tema, og dermed en større overførbarhet til praktisk kunnskap. Derfor er det inkludert noen rapporter som angår hjelpetiltak for barn innen valgte tema, selv om de ikke kan kategoriseres som høyere vitenskapelig forskning.

Se tabell 6 for analyse av artikler.

3.0. Teoretisk innføring.

Faktorer som stiller barn i risikosone.

Som nevnt i innledning sier forskning at det er større sannsynlighet for å utvikle en psykisk sykdom hvis foreldrene er psykisk syke. Det gjelder både å genetiske arve faktorer for samme type lidelse som mor eller far sliter med, men forskning viser også at å vokse opp sammen med psykisk syk forelder gjør en mer sårbar for psykiske lidelser generelt. Sølvdal (2011) sier angående barn som risikogruppe at det har blitt tydeligere og tydeligere at genetisk nedlagte svakheter og ferdigheter forutsetter de rette miljøbetingelser for å springe ut eller visne.

Samtidig som ytre miljøfaktorer kan være så destruktive i seg selv at de kan medføre psykisk sykdom. Den offentlige debatten om det er arv eller miljø som former oss, må ikke få oss til å glemme at vi er mennesker med et språk som gir oss muligheten til å dele våre opplevelser med andre, reflektere over vårt liv, huske vår fortid og planlegge vår fremtid. Det gir oss muligheten til å leve et liv som skiller seg ut fra våre slekter.

Sølvdal (2011) sier videre at forskning omkring familiesamspill gir viktige innfallsvinkler til å se at psykisk sykdom kan gå i arv gjennom sosiale mekanismer. Og ved å flytte blikket fra enkeltindividet til familiesamspillet ser man hvorledes psykisk sykdom er innvevd i sirkulære prosesser der alle påvirker hverandre, og der det ofte er umulig å se hva som er årsak og hva som er virkning.

Av de viktigste sykdomsskapende faktorer nevner Sølvdal (2011) den tendensen familier med psykisk syke medlemmer har til å gli inn bak et ”rubber fence”. En konsekvens av det er å bli isolert, uten mulighet for å se andre familiers samspill eller å selv få korrektiver på eget familiesamspill. Og det er barna som er fanget mest av familien, og det vil være barna som tar mest skade hvis samspillet er destruktivt. Likedan som at familier med psykisk sykdom ofte har en indre kommunikasjon med blir preget av gjetning og ”tankelesning” fremfor klar og informativ dialog. Viktigst av alt er at barn av psykisk syke presses inn i en omsorgsrolle, som ofte blir kallet parentifisering, og mister på den måten sin barndom. Det sier seg selv at det blir vanskelig å bli kjent med eget følelsesliv hvis en først og fremst må ta vare på andres.

Psykisatri har gjennom historien vært et tabubelagt tema, og en kan ikke si at den tiden enda er forbigått. Det er ikke like lett å snakke om psykisk lidelse som det er om benbrudd og kreft, og det medfølger mange å føle skam om man blir syk på sinnet. Denne skammen kan gjøre til at foreldre vegrer seg fra å snakke med barna sine om det. Mens barn er veldig vare for foreldrenes endringer humør og adferd, vil de likevel merke at noe ikke stemmer. Hvis et barn ikke forstår hvorfor forelderens har endret adferdsmønster kan det lett føle skyld, og en rekke andre tanker og følelser som uro og usikkerhet vil prege barnets hverdag. Barnet trenger å lære å se seg selv utenfor forelderens sykdom, og å forstå at foreldrenes sykdom og problemer er noe som ikke handler om, eller påvirkes av dem. (Nordenhof 2008)

Når det gjelder spedbarn har også forskning vist hvor viktig kommunikasjon og stimulering er for utviklingen. Likedan hvor skadelig det er for utviklingen å bli utsatt for stress. ”The Still Face Experiment” viser tydelig hvor opprørt et spedbarn blir når moren blir mimikkløs og ikke besvarer barnets forsøk på kontakt.

Nordenhof (2008) sier at hvis foreldrene ikke er i stand til å være psykisk tilstede og reagere hensiktsmessig på barnas signaler, er barna i risiko for å bli forstyrret i sin utvikling. Der er især de minste barna utsatte, som tidlig i livet tilpasser seg foreldrenes signaler. Dette bekrefter også Savonlahti m.fl (2005) i sin undersøkelse av rusmisbrukende mødre i deres samspill med sitt 6 måneder gamle spedbarn. Sammenlignet med en normal-gruppe/ lav-risiko gruppe, mødre uten rusmisbruk, viste høy-risikogruppen en mangel på modenhet og en flat, tom og mimikkfattig tone av samspill. Dette vist spesielt i mating-situasjon.

For alle vil livet kunne innebære dramatiske begivenheter og følelsesmessige opprivende forhold som kan skape eller utløse psykisk sykdom. Men man har også sett at de samme forholdene påvirker hvert menneske forskjellig. Tenkning og forskning omkring hvilke faktorer som gjør oss i stand til å fungere godt tross påkjenninger, også kalt resiliens, har fått mye oppmerksomhet den siste tiden og vil nok få betydelig mer i tiden fremover. Ethvert liv vil innebære noen skrekkopplevelser og tap. Den som tør å bli glad i noen eller noe, kan risikere å miste, og beveger man seg ut av sengen, er det duket for at skrekkopplevelser kan forekomme. Psykisk helse er ikke å være uten lidelse og smerte. Psykisk helse er å kunne møte den lidelsen og smerten, og de gledene ethvert normalt liv gir. Mestringserfaring fungerer som en ”vaksine” mot sammenbrudd ved livets påkjenninger. En nøkkel for å hjelpe barn som vokser opp med en psykisk syk forelder, vil være å styrke deres evne til å fungere tross påkjenningene. (Sølvdal 2011)

4.0. Resultater

Se tabell 7 for en oppsummering av resultater.

4.1. Funn innen tiltak som retter seg mot hele familien, familiesamtaler/terapi:

Bedret familiefungering og økt trivsel.

Funn fra undersøkelsene i familieterapi av Beardslee m.fl. (2003 og 2007) og Doesum m.fl. (2008) viste at familiefunksjonen økte for gruppene som fikk familieterapi. Mor-spedbarn relasjonen og tilknytning ble sterkere ved økt sensitivitet og kontakt fra mor, og spedbarnet viste økt respons tilbake. I Beardslee m.fl studie av familieintervensjon, viste gruppen som fikk familieterapi i tillegg til foreldrekurs, bedre effekt enn gruppen som bare fikk leksjoner/kursing. Familiene i den kliniske gruppen (familieterapigruppen) rapporterte større forandringer i sykdomsrelatert adferd og holdninger og bedre fungerende familierelasjon enn de i leksjonsgruppen.

Funn fra Haukø og Stamnes undersøkelse (2009) viste at informantene hadde en subjektiv opplevelse av bedret familiefunksjon etter familieterapi.

Bedret kommunikasjon.

Både studiene fra Beardslee m.fl. (2007), Haukø og Stamnes (2009) og Dixon m.fl. (2011) viste at deltagerne kommuniserte bedre med hverandre etter intervensjonen. Barna og voksne fikk hjelp til å finne enkle og forståelige ord som de kunne bruke når de snakket sammen og foreldrenes problemer. Doesum m.fl (2008) og Beardslee m.fl (2007) viste at innesluttethet/lukkethet hos foreldrene avtok etter familieterapi.

Økt forståelse og trygghet.

Fra Beardslees m.fl. (2007) studie viste barna i den kliniske gruppen (gruppen som fikk familieterapi) opplevde bedre forståelse for foreldrenes lidelse enn kontrollgruppen.

Det fremkommer som viktige funn i de to kvalitative studiene (Haukø og Stamnes (2009) og Mayberry m.fl. 2005) at barna formidler økt trygghet når de oppnår mer forståelse for hva psykisk sykdom er og hvorfor mamma eller pappa oppfører seg annerledes. Det tabubelagte

blir satt ord på, og blir på en måte avmystifisert. Noe som stemmer overens med mål fra barnas scoringer innen problemer på YSR (Youth Self-Report) i Beardslees (2007) undersøkelse. Mayberry m.fl. avdekket i studien at barna har mye støtte i søskenkontakt, som har mye å si for opplevelse av trygghet. Det er også verdt å bemerke at barna scoret høyere å ha søsken å støtte seg på, enn å delta i støttegrupper med andre barn.

Redusert grad av depresjon og angst.

Funn i studiene av Doesum m.fl. (2008), Beardslee m.fl. (2007) og Dixon m.fl. (2011) viste lavere symptomscore på depresjon og angst. Forfatterne har satt dette i sammenheng med en bedret kommunikasjon, lavere konfliktnivå og bedre familiefungering som gir en reduksjon av hverdagslig stress og påkjenninger.

Beardslees m.fl. (2007) undersøkelse viste også at disse positive endringene opprettholdte seg over tid.

4.2. Funn innen tiltak som er rettet mot foreldrene, foreldrekursing.

Bedret familiefungering og økt trivsel.

Et interessant funn fra Beardslee m.fl.'s (2007) undersøkelse er at kontrollgruppen også opplevde endringer og bedring innen familiefungering og økt trivsel. Av dette dro forfatterne slutning om at foreldrenes endringer i adferd var mer effektiv på barna enn deltagelse i familieterapien. Foreldrenes utløp for sykdomssymptomer ble redusert i begge gruppene, noe forfatterne fremhever som en viktig preventiv effekt.

Dixon m.fl. (2011) slutter opp under dette med sine funn på bedret familiefunksjon, økning i familiens empowerment – mestring, og lavere stressnivå innad i familien. Her rettet intervensjonen seg kun mot foreldrene. Dixon m.fl. (2011) opplevde i sin undersøkelse at foreldrene oppgav lettelse og en bedret situasjon veldig raskt i intervensjonsforløpet, som de finner sammenheng med det å oppleve å kjenne på håp, ved å vite at deres situasjon skal tas tak i. Noe som står i sammenheng med selvhjelpsteorier og stressmestring. Også Rimehaug m.fl (2011) rapportere effekt av å "kurse" foreldrene i forhold til foreldrerollen der barna allerede har problemsymptomer. I Doesums m.fl (2008) undersøkelse om foreldrekursing i forhold til deprimert mor med spedbarn hjelp, viste resultatene at interaksjonen og mor-barn kontakten ble vesentlig bedret. Mor trengte hjelp til å se spedbarnets forsøk på kontakt.

Bedret kommunikasjon og økt forståelse.

Videre kommer fremkommer mye de samme positive effekter fra undersøkelsen av Dixon m.fl. (2011). Familiene hadde bedret sin kommunikasjon gjennom at foreldrene lærte hvordan de lettere kunne prate med barna om problemene, og formidle en forståelse til barna. Dette ble nevnt som årsakene til bedre mestring ved å lære hvordan familiemedlemmene kan løse interne problemer og vansker. Foreldrene som mottok intervensjonen scoret også etterpå lavere på angst og depresjonssymptomer, noe som forfatterne trekker frem som en sammenheng mellom reduksjon av problemer og konflikter i hjemmet som kan vedlikeholde en vanskelig situasjon.

4.3. Støttesamtaler med barna.

I følge Beardslees første undersøkelse (2003) var det en overraskende effekt at også barna i kontrollgruppen rapporterte tidlig en nedgang i depressive symptomer. En mulig forklaring på dette ble nevnt som effekt av den grundige utredningen og alle dype intervjuer og samtaler barna har hatt med helsepersonell i denne undersøkelsen. Vi vet at å prate om problemer, å føle seg hørt og sett, er en forbyggende og styrkende faktor. Disse barna var i gjentatt kontakt med en støttende voksen helsearbeider og hadde anledning til å diskutere i detalj sine erfaringer opp mot en deprimert forelder. Dette støtter opp under Haukø og Stamnes (2009) undersøkelse av Barnas Time, hvor det å la barna få snakke med en terapeut alene gir barna mulighet til å nevne ting de muligens kvier seg for å ta opp sammen med foreldrene. I denne kvalitative undersøkelse er ingen før og etter målinger utført, men den subjektive opplevelsen for barna, ved å bli sett og hørt og få snakke om sin situasjon, førte til at barna opplevde en positiv effekt. Barn og foreldre svarte også at de hadde en bedret kommunikasjon innad i familien etter Barnas Time. Flere både barn og voksne ønsket seg flere timer.

5.0. Diskusjon.

5.1. Resultatdiskusjon.

Denne undersøkelsen av forskningsartikler viser at familieintervensjoner har stor effekt i forhold til forebygging av problemer og sykdom hos barn av psykisk syke. Resultatene viser at familieintervensjon fører til bedret familiefungering og økt trivsel, bedret kommunikasjon mellom foreldre og barn, bedret forståelse for foreldrenes lidelse og redusert grad av depresjon og angst.

Det å lære foreldre og barn kommunikasjonsteknikker og lære dem problemløsningsstrategier hjelper til med å gjøre hele familiesituasjonen mer velfungerende. Resultatene viser også at av en bedret familiesituasjon kan en oppnå en reduksjon i depresjonssymptomer. Dette kan være en logisk følge av at flere problemer rundt den deprimerte elimineres. En dårlig fungerende familie, med svak kommunikasjon, høyt konfliktnivå og usikkerhet rundt foreldrerollen, er faktorer som naturlig ikke bare kan oppstå av at forelderen sliter på det psykiske plan, men også vedlikeholde en følelse av utilstrekkelighet og depresjon. Av dette kan en se at familieintervensjon også kan ha en sekundæreffekt på selve psykiske lidelsen. Også barna opplevde nedgang i depressive symptomer, noe som står i sammenheng med bedret forståelse for foreldrenes lidelse, som gjør at barna vil føle mindre grad av usikkerhet og redsel, og økt grad av trygghet.

Når det gjelder barn som pårørende av psykisk syke kommer det frem at familiesamspillet spiller en stor rolle for utfallet for den enkelte. En kan godt si at det ikke er foreldrenes psykiske lidelse i seg selv som er problemet for barna, men utløpet for den psykiske lidelsen. Om hjemmet og familien ikke er et sted som bringer glede, støtte og trygghet, men forvirring, bekymring og uro, rammer dette barna negativt.

Beardslee m.fl (2003) sier at forbedret forståelse for foreldrenes humørforstyrrelser kan fremme resiliens hos barn. Faktisk er det mange unge som vokser opp med syke foreldre som gjør det bra. Men det som skiller disse ut er at de har kvalitet på selvforståelse, eller evnen til å se foreldrenes stemningslidelse realistiske, og seg selv som adskilt fra foreldrenes sykdom. På den måten kan de bygge nødvendige ressurser for å overleve tross foreldrenes dysfunksjon. Resultatene fra forskning viser at familieintervensjoner bedrer barns forståelse for foreldrenes sykdom.

I denne studien viser også funn fra artikler at foreldrekursing også gir store og positive effekter på utfallet for familien. Om ikke barna direkte blir arbeidet med, kan man nå dem ved å lære foreldrene hvordan de skal nå barna sine, og hvordan foreldrene kan jobbe for å oppnå en lettere og mer positiv funksjon i familien. En kan fastslå ut fra funnene i studien at noen intervensjon, er bedre enn ingen intervensjon. Og at intervensjon rettet mot foreldrene, med familien som mål, også virker.

Men som Aamodt og Aamodt (2005) sier i sin store kartlegging av hjelpetilbudet i innland, er det til tross for stor kunnskap og innsats fra enkeltpersoner og organisasjoner ved mange fagmiljøer, en langt nær tilfredsstillende oppdekket hjelpetilbud i vårt land. Hovedinntrykket er heller at den virker tilfeldig, uforutsigbar og fragmentarisk.

5.2. Metodediskusjon.

Opgavens svakhet er at det foreligger forholdsvis få artikler som støtter opp under problemstillingsspørsmål, om familieintervensjon virker. Til gjengjeld er de inkluderte artiklene som har testet familieintervensjon veldig klare i sine resultater; at det gir positive effekter og at ingen skadevirkninger er rapportert.

For studentens del har denne "fomlingen" i den store kunnskapsjungelen innen dette temaet ført til å oppnå et langt større kunnskapsløft, enn om jeg traff blink i søket med en gang. Fra første tanke i praksistid i spesialisthelsetjenesten til det store dypdykk i havet med viten, har jeg lest mengder med utsagn og nyanser i populærartikler og review-artikler av forskjellige kvalitet, for å i første omgang peile inn på hva ekspertisen egentlig tenker om dagens ståsted, og hva vi videre skal gjøre for å hjelpe denne gruppen i samfunnet.

En begrensning i studien er også å undersøke familieintervensjon opp mot forskjellige diagnoser. I inkluderte artikler er det stemningslidelser som er tematisert, som angst og depresjon. Samtidig har jeg sett at det er mye generalisering i fagstoffet mot psykisk lidelse. Noe som vil bety at barn har samme behov for forståelse, en god kommunikasjon og trygghet, uansett hva foreldrenes plager skyldes. Jeg kunne også gjerne hatt med forskning på resiliens for å styrke de resultater jeg har kommet frem til.

Jeg ønsket i første omgang å også ha med barn av rusmisbrukere i problemstilling, men på grunn av at de studiene jeg har funnet omhandler psykisk sykdom, måtte også jeg unnlate

rusmisbrukere i problemstilling. Likevel vil jeg hevde at resultatene fra familieintervensjon til familier med psykisk sykdom, også kan ha nytte hos familier med rusmisbruk. Litteraturen omhandler disse gruppene tett, og noen ganger om hverandre som en felles gruppe. Disse barna har samme behov for forståelse for foreldrenes lidelse, å bli sett, og støtte til å utvikle resiliens.

5.3. Mangler i dagens hjelpetiltak og behov for mer forskning og videre arbeid.

Da helsetilsynet la frem en evalueringsrapport over landets barnevern (rapport fra Helsetilsynet 2/12) uttalte Helsedirektør Lars E. Hansen at han var skuffet over dagens situasjon. Han sa videre at det at vi ikke klarer å ta hånd om barna våre, er en av de største svakhetene ved velferdssamfunnet. Det største sviket mot barna er at det er folk som ser dem, men at de likevel ikke får de ikke den oppfølgingen som er nødvendig. (Hansen i Dagbladet 07.03.12)

Aamodt og Aamodt (2005) sier videre at det er et stort misforhold mellom den kunnskap en har om betydningen av foreldres psykiske sykdom, og det manglende ansvar hjelpeapparatet viser for pasientens barn. Rutiner og praksis avspeiler en individorientering fremfor en familieorientering. Enda fjernere en nettverkstenking. Og dette til tross for at det finnes forskning som argumenterer for et utvidet klientbegrep til også å omfatte klientens barn, øvrig familie og nettverk. Det vil si at det er tilfeldig ettersom hvor i landet du blir syk, om barna blir fulgt opp med tilbud. Likedan florerer de forskjellige hjelpetilbudene, slik at det er like tilfeldig om det for eksempel er barna som blir tilbudt samtaler eller deltagelse i grupper. Eller om det er pasienten som får tilbud om samtaler med foreldrefunksjon som tema.

Dette fra vårt land står i sammenheng med en grundig undersøkelse av Fraser m.fl fra 2006 som også avdekket en rekke hull innen hjelpesystemet. Her ble det gjort en grundig søking for å finne alle publikasjoner omhandlende intervensjonsprogrammer for barn av foreldre med psykisk lidelse, for så å granske dem. Denne undersøkelsen tar også opp at veldig få av alle intervensjonsprogrammene de har undersøkt fokuserer på den signifikante strukturen og de sosiale faktorene som ofte affiserer livet til denne gruppen familier. De har i stedet kun fokusert på psykisk sykdom/ mental helse, i stedet for det totale helsebildet. Forfatterne mener dette er en typisk påvirkning av at programutviklerne har en klinisk psykiskhelse-bakgrunn, og de mener at hjelpetjenesten faller utenom mye av det brede spekteret av utfordringer som

denne gruppen familier står overfor. For eksempel fattigdom, stigmatisering og dårlige boliger. Dette problemet belyser det faktum at psykisk-helse forebygging på dette området ikke er tilfredsstillende tverrfaglig og integrert.

Gjennom lesing i litteraturen ser en at det finnes mye stoff om barn av psykisk syke, mange vet hvordan de sliter og mange uttrykker å vite hva de trenger. Og som Aamodt og Aamodt (2005) sa i sin rapport er det som om det står en bråte med kvalifiserte og kunnskapsrike mennesker og sier -vi vet vi vet. Likevel har vi ingen nasjonal føring på å organisere denne hjelpen godt nok, noe som betyr at det fortsatt er et stykke å gå.

Men det har tydelig skjedd en endring den siste tiden. Fra å se at "ett familiemedlem har psykisk sykdom", blir det nå oftere omtalt som "en familie med psykisk sykdom", som viser at det i økende grad er familien som helhet som får fokus.

Gjennom leting søk på nett kan en se at Beardslees metode for familieintervensjon er tatt i bruk også i Norge. Det er helt i startfasen, NTNU kjørte første kurs i FFI i fjor høst. Metoden er altså fastslått og akseptert som egnet og effektiv til bruk også her i landet.

Hindringen, eller utfordringen, kan vel gjerne være at enda har få mulighet til å gå kurset og bli autorisert som FFI-terapeut i forhold til barn av psykisk syke. Da på grunn av økonomiske rammer i HelseNorge. Når hjelpen enda ikke er organisert og fastslått ved lov at familier med psykisk lidelse skal bli tilbudt familieintervensjon, blir det stående til det enkeltes helseforetaks, eller klinikks valg. Og hvor det gjerne må enten frigis en stilling, eller opprettes en ny, kan det medføre økonomiske hindringer.

Gjennom tiden i praksis ved spesialisthelsetjenesten hvor jeg iherdig undersøkte de kriker og kroker jeg kunne angående hjelpetiltak for barn, ved å spørre de ansatte, være med barneansvarlig i gruppemøter og så videre, ble aldri FFI nevnt. Og ved spørsmål til ansatte om de trodde det kunne være nyttefult å ta opp/snakke om foreldrerollen med pasienter som har barn, svarte de bekreftende og tilføyde at de også trodde det kunne fungere som en motivator i forhold til rusbehandling. Likevel har de ikke praksis på å gjøre det, men å fokusere på pasientens problemer alene. (Informant Tore Pedersen, ARP Namsos)

Spørsmål en da kan tenke er om de forskjellige foretak fortsatt kommer til å ha sine unike og forskjellige tiltak, eller om det etter hvert vil bli mer samlet?

Jeg skal ikke gjøre det samme som andre artikler jeg har lest. Som først kritiserer at hjelpen er så ulik, tilfeldig og mangler en felles føring, og så selv fremlegge tenkning til nye muligheter.

Men stiller spørsmål om alle vi miljøarbeidere og behandlere i psykiatrien, som har direkte kontakt med mennesker med omsorg for barn, kunne gjort noe mer? Av resultatene kan en se at barns forståelse er en meget viktig faktor for å utvikle resiliens, som igjen er en viktig rolle for barnas utfall, og som Dixon m.fl (2011) og Rimehaug m.fl (2011) hevder, kan den hjelpen til barna nås via foreldrene, ved å fortelle dem hvor viktig det er at de snakker med barna. Lære dem hvordan de lettere kan formidle forklaring om sykdommen og hvordan den virker, for å oppnå at barna får en større forståelse. Er det noe flere kunne ha bidratt med å gjøre?

Litteraturliste:

- Aamodt L og Aamodt I. (2005): Rapport. Tiltak for barn med psykisk syke foreldre. Regionscenter for barn og unges psykiske helse. Helseregion øst og sør.
- Beardslee W., Gladstone T., Wright E. og Cooper A. (2003): A Family-Based Approach to the Prevention of Depressive Symptoms in Children at Risk: Evidence of Parental and Child Change. *Pediatrics*. Vol.112, no 2.
- Beardslee W., Wright E., Gladstone T. og Forbes P. (2007): Long-Term Effects From a Randomized Trial of Two Mental Health Preventive Interventions for Parental Depression. *Journal of Family Psychology*, vol 21, no 4.
- Bjørndal A., Flottorp S. og Klovning A. (2007). Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Clark D., Cornelius J., Wood S. D., og Vanyukov M. (2004): Psycopathology Risk Transmission in Children of Parents With Substance Use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 2004: 161:685-691
- Dixon L., Lucksted A., Medoff D., Burland J., Stewart B., Lehman A., Fang L., Strum V., Brown C. og Murray-Swank A. (2011). Outcomes of a randomized study of a peer-taught family-to-family education program for mental illness. *Psychiatric Services*, vol 62, no 6.
- Doesum, K., Riksen-Walraven M., Hosman C. og Hoefnagels C. (2008). A Randomized Controlled Trial of a Home-Visiting Intervention Aimed at Preventing Relationship Problems in Depressed Mothers and Their Infants. *Child Development*, vol 79, nr 3.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudie. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Bokförlaget Natur og Kultur.
- Fraser C., James E., Anderson K., Lloyd D. og Judd F. (2006): Intervention Programs

- for Children of Parents with a Mental Illness: A Critical Review. *International Journal of Mental Health Promotion*. Vol 8, nr 1.
- Haukø B. og Stamnes J.(2009): Det hjelper å snakke med barna. *Sykepleien forskning*. 2009 97 (11):32-35
- Helsetilsynet: Rapport 2/2012. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 med kommunalt barnevern – undersøkelse og evaluering.
- Jacobsen, D. (2005). Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Lov om Helsepersonell nr 64 av 02.07.99
- Lov om Specialisthelsetjenesten nr. 61 av 02.07.99
- Mayberry D., Ling L., Szakacs E. og Reupert A (2005). Children of Parent With a Mental Illness: Perspectives on Need. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*. Vol 4, nr 2.
- Mohaupt, H. og Duckert, F. (2010): Barn av rusmisbrukere – drøfting av sentrale risikofaktorer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. Vol 47, nr 5, 2010.
- Nodenhof, Ingelise (2008): Narrative familiesamtaler. København: Akademiske forlag.
- Neumer, S-P (2008): Forebyggende Familieintervensjon (FFI)
Nettside: ungsinn.vit.no. Vurdert i ungsinnpanelet: 17.06.2008
- Polit D. F. og Beck C. T (2008): Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Reedtz, C. og Lauritzen, C. (2009): Barn av psykisk syke og /eller rus. *Tidsskrift for forsterhjemsarbeid*, nr 4/09.

Rimehaug T. m.fl (2011): Change in self-reported emotional distress and parenting among parents referred to inpatient child psychiatric family treatment.

Nordic Journal of Psychiatry, 2011.

Savonlahti E., Pajulo M., Ahlquist S., Helenius H., Korvenranta H., Tamminen T. og Piha J. (2005): Interactive Skills of Infants With Their High-Risk Mothers.

Nordic Journal of Psychiatry. Vol 59, no 2.

Seljebø, H. (2011): Foreldre – Barns beste. Terapeuter i ruspoliklinikker og samtaler rundt tema barn som pårørende. (?? Nettside)

Sølvberg, Helge A. (2011): Oppvekst med psykiske lidelser hos nære pårørende.

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Thornquist E. (2003): Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori.

Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Thagaard, T. (2009): Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode.

Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Muntlig referanse:

Tore Pedersen. Avdeling for Rusrelatert Psykiatri, Sykehuset Namsos.

Internettssider:

Helse- og Omsorgsdepartementet:

http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/psykisk_helse/barn-som-parorende.html?id=506766

Helsedirektoratet : <http://www.forebygging.no/en/Ordbok/Q-A/Tidlig-intervensjon/>

Mørck, T. W. (07.03.2012): <http://www.dagbladet.no/a/20541118/>

Hansen E. L. (07.03.2012): <http://www.dagbladet.no/a/20541118/>

The still face experiment: <http://www.youtube.com/watch?v=apzXGEbZht0>

Tabell 5.

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Utvalgte	Begrunnelse
Cochrane Library	Ingen	Children, substance abuse, mental illness	0		
Cochrane Library	Ingen	Children, substance abuse	3	0	Ingen omhandlet barn som pårørende.
Cocrane Library	Ingen	Family intervention, mental illness, children	0		
Cocrane Library		Family intervention, mental illness	24		Ingen omhandlet barn.
Cocrane Library		Parenting programmes, mental illness	1	1	
		Parenting programmes	45		Bare review, omhandlet ikke psykisk lidelse
	Controlled trials	Family interventions, mental illness	18	1	

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Utvalgte	Begrunnelse
Cocrane Library	Controlled trials, Tittel, abstraks eller søkeord	Preventive interventions, mental illness, children	5	2	For gamle, omhandlet barn i fosterhjem
Bandolier					
Clinical Evidence	ingen	Preventive interventions, Mental illness, mental health	30	0	Ikke passende for prob.st.
Norges Helsa	ingen	familieintervensjon	0		
PubMed		Prev family intervention, mental illness, children	312	-	

Tabell 6. Oversikt over artikler.

Forfatter, årstall, land	Studiens tema	Design/intervensjon	Deltagere / bortfall	Analysemetode	Hovedresultat	Kvalitet
Beardslee W., Gladstone T., Wright E og Cooper A. USA 2003	To familiebaserte forebyggende intervensjoner av depressive symptomer i forhold til barn i risikogruppe: Bevis på endringer hos barn og foreldre.	Et randomisert kontrollert studie med en klinisk gruppe som mottok familieterapi, 6-11 møter, og en kontrollgruppe som mottok leksjoner uten barna tilstedet, 2 møter.	116 familier, 105 fullførte. 21 familier fra et pilotprosjekt + 84 nye deltagere.	Etablerte og anerkjente scoringsverktøy. Det ble målt: foreldrenes psykopatologi, barnas psykopatologi, foreldres globale funksjon, barnas internaliserende symptomer, familiefunksjon (FRI-familijerelationship inventroy), intervju av foreldrene og barn og kartlegging av kontakt med helsevesen i ettertid.	Foreldre rapporterte signifikant forandring i barnas adferd og en bedret familiefunksjon. Barna rapporterte bedret forståelse og å oppleve å ha mindre problemer. Nedgang i depressive symptomer hos både foreldre og barn.	Nivå 2. Publisert i Pediatrics.

Forfatter, årstall, land	Studiens tema	Design/ intervensjon	Deltagere/ bortfall	Analysemetode	Hovedresultat	Studiedesign
Beardslee W., Gladstone T., Wright, E. J. & Forbes P. USA 2007	Å undersøke langtidseffekten av to helseforebyggende intervensjoner for familier med foreldre med depresjon.	Deltagerne ble delt i to grupper der foreldre i den ene mottok undervisning ift psyk.lidelse, barn og familiefunksjon. Mens i den andre gruppen var hele familien med. I studien fremkommer både måling av talldata (anntall syke) og deres opplevelse av familiefunksjon.	105 familier. 97 fullførte.	Analyse av for å finne resultater ble gjort ved hjelp av anerkjente scoringsverktøy, og et selvutviklet intervju for å måle innvirkning i familiefunksjon.	Resultater viste at gruppen som mottok familieterapi hadde betydelig større gevinst i foreldrenes barnrelaterte adferd og holdninger, og barna rapporterte større forståelse for foreldrenes lidelse. Barn og foreldres familiefunksjon økte for begge gruppene.	Nivå 1

Mayberry D., Ling L., Szakacs E. og Reupert A. Australia 2005	Å undersøke hvilke behov foreldre og barn har for hjelp. Hva de selv sier hjelper, og sammenligne tidligere us. med hva helsepersonell mener hjelper.	Kvalitativt gruppeintervju av foreldre og barn hver for seg. + poengscoring på skjema om hvor godt 7 hjelpetiltak virker. (kvantitativt)	12 foreldre og 17 barn. 12 barn fullførte, alle foreldre fullførte.	Kvalitativ innholdsanalyse av intervju, notater og lydopptak. Og tallmateriale av scoringsskjema.	Resultatene viser noen ulikheter i mening av hvilke tiltak som virker, mot hva helsepersonell mener er viktig.	Merket ”-” i N Publisert i Australian Journal for the Advancement of Health.
Doesum K., Hosman C., Riksen-Walraven J og Hoefnagels. Nederland 2008	En randomisert-kontrollert studie, for å undersøke om en mor-barn forebyggende intervensjon virker på samspillet mellom spedbarn og deprimert mor.	Eksperimentgruppen mottok intervensjon gjennom 8-10 hjemmebesøk, mens kontrollgruppen fikk kun enkel støtte gjennom telefonkontakt.	N=95. Frafall 10. Eksperimentgruppen 35, ingen frafall. Kontr. gr: 39, frafall 3.	Scoringsskjetøy. EAS, AQS versjon 3, ITSEA, MINI, BDI.	Intervensjonen viste effekt på mor-barn samhandlingen på 4 områder; mor sensitivitet, strukturering, spebarns respons og barnet involvering. De i eksperimentgruppen hadde betydelig høyere score på oppfølgingstest, enn i kontrollgruppen.	K 2
Aamodt L og Aamodt I. Norge 2005	En studie for å kartlegge i en rapport hvilke hjelpetiltak som finnes i landet for å ivareta barn som pårørende, og å komme med anbefalinger for videre arbeid.	Spørreskjema med åpne spørsmål ble sendt ut til alle voksenalderpsykiatriske sykehus og DPS'er, barne og ungdomspsykiatriske poliklinikker og avdelinger, familievernkontorer, fylkesmannsembdene, frivillige organisasjoner, kommuner og helsestasjoner i landet.	84 svarskjemae r ble besvart og returnert.	Svar fra informantene er blitt gjengitt i rapporten. Forfatterne har trukket en slutning utav egen vurdering.	Hjelpen til barn med foreldre med psykiske lidelser er på langt nær tilfredsstillende her i landet. Hovedinntrykket er at den heller virker tilfeldig, uforutsigbar og fragmentarisk.	Relevant for o

Rapport fra Helsetilsynet. 2/2012	Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 med kommunalt barnevern – undersøkelse og evaluering.	Rapporten er basert på tilsynsrapporter fra 44 kommuner, utført av fylkesmennene.	44 kommuner hvor fylkesmennene selv valgt hvilken kommune de ville studere.		Fylkesmennene påpekte lovbrudd, eller forbedringsområder, i arbeidet med tilsynets temaer i 40 av 44 kommuner.	
-----------------------------------	---	---	---	--	--	--

Haukø B. og	Å studere effekt av Barnas Time.	Kvalitativ Intervju	10 familier	Intervjuene ble tatt opp	Viste at barna hadde en positiv	Nivå 1 i NSD.
-------------	----------------------------------	---------------------	-------------	--------------------------	---------------------------------	---------------

Stamnes J. 2009 Norge	–En samtaletime med barn av psykisk syke eller rusmisbrukende foreldre.	med barna 6 mnd etter timen skjede. Intervju med foreldrene. Foreldre og barn ble intervjuet hver for seg.	ble spurt om å delta. 8 familier deltok. Derav 15 barn. 8 barn over 10 år ble utvalgt til intervju. Gj.sn. alder 12,5 år.	på lydband og skrevet ned i sin helhet.	opplevelse og at det bedre kommunikasjon med foreldrene i etterkant av timen.	Publisert i sykepleien forskning.
-----------------------------	---	--	---	---	---	-----------------------------------

Fraser C., James E., Anderson K., Lloyd D. Og Judd F. Australia 2006	En studie av artikler fra primærforskning av forskjellige intervensjonsprogrammer, for en enkel tilgang til informasjon av effektiviteten over program designet for intervenere med barn og/eller familier hvor foreldre(n) har en alvorlig psykisk lidelse	Review.	532 artikler ble innhentet og undersøkt, av disse ble 26 vurdert til å være relevant. Artiklene ble vurdert individuelt ved hjelp av et standardisert verktøy. (original design av Thomas m.fl. 1999) og inkludert etter 3 kriterier: - målgruppe var barn og/eller familier berørt av psyk.lidelse - en intervensjon var utprøvd - en evaluering etter intervensjonen var gjort. Deretter etter kriterier for gyldighet.	Artikkelen ble basert på aksepterte metoder for gjennomføring av systematisk review. Først ble en liste over søkeord laget, basert på tidligere forskning, hvor så denne listen ble revurdert av en tverrfaglig gruppe av mental helse klinikere. En rekke databaser ble gjennomført samt referanselisten av alle review-artikler. Åtte relevante tidsskrifter for de siste fem år ble gjennomført manuelt. I tillegg ble ”grey litteratur” gjennomført av eksperter på feltet for å finne evt upubliserte rapporter eller forskning.	Se tabell 7	Nivå 1. Publisert i International Journal of Mental Health Promotion. En grunding og kritisk studie som er relevant for valgte tema.
--	---	---------	--	---	-------------	--

Forfatter, årstall, land.	Studiens tema	Design, intervensjon, instrument	Deltagere, bortfall	Analysemetode	Hovedresultat	Kvalitet
Dixon L., Lucksted A., Medoff D., Burland J., Stewart B., Lehman A., Fang L., Brown C. og Murray-Swank A. USA 2011	Utfallet av en randomisert studie av forebyggende familie intervensjon, for familier med psykisk lidelse. Family-to-family Education Program.	Ukentlige 2-3 timer sesjoner over 3 mnd, hvor familiemedlem/ deltakerne får informasjon om psykiske lidelser, medisiner og rehabilitering. De lærer også egenomsorg, gjensidig bistand og kommunikasjonsferdigheter overfor sine barn, samt problemløsende strategier, ferdigheter og måter å utvikle emosjonell innsikt i sine psykiske lidelser. En kontrollgruppe mottok ingen intervensjon.	318 deltagere. 160 til FTF og 158 til kontrollgruppen. Kontrollgruppen mottok ingen intervensjon, men sto på venteliste til neste kurs og var fri til å benytte seg av hjelpetilbud ellers hos NAMI (the national alliance on mental illness)	Deltakerne ble intervjuet før og etter FTF, og scoret ved hjelp av scoringsverktøyet. (FEIS – family experience interview schedule, Empowerment and knowledge scales, COPE, BSI-18, CES-D, FAD, FPSC).	FTF deltagere hadde betydelig større forbedring innen problemløsende mestring, og kunnskaper om mental helse. De hadde også bedre score på COPE-skala. Reduksjon i angst etter BSI. Middels effekt/økning innen empowerment. Reduksjon i depresjonssymptomer, CES.	Publisert i Psychiatric Services. Nivå 1.
Rimehaug T., Berg-Nilsen B. og Wallander J. Norge 2011	Tema for studien var å undersøke endringer i sykdomssymptomer og foreldrerollen blant foreldre i barnepsykiatriens tjenester	Foreldre ble fulgt fra henvisning til 3- og 12 måneders oppfølging i vanlig behandlingstilbud. I tillegg til den vanlige behandlingen fikk de fire ganger info/ foreldrekurs om foreldrerollen. ("varm" kontakt, autoritet)	102 foreldre i psykiatritjenesten, da barn som har hatt langsiktige problemer og utilfredsstillende tidl. behandlingsresultat, ble sammenlignet med et utvalg av "ordinære" foreldre utenfor psykiatrien. (n=102) (n=439)	Standardiserte spørreskjema som måler barnets problemer, foreldrenes angst- og depresjonssymptomer og familiesamspillet.	Mødrene, men ikke fedrene, viste en bedring i symptomer ved 3 og 12 mnd oppfølging ift ved opptak. De viste også en høyere score på varm kontakt med barna og beskyttelse.	Publ. i Nordic Journal og Psychiatry. Nivå 1

Tabell 7. Hovedresultat.

Beardslee W., Gladstone T., Wright E og Cooper A. USA 2003	Barna rapporterte større forståelse for situasjonen, foreldrenes adferd og sykdom. Og det var de samme barna som foreldrene rapporterte større endringer i adferd på.	Barns forståelse, og sammenheng i adferd.	
	Barna rapporterte en nedgang i depressive symptomer over tid. Selv-rapporterte problemer har tidligere blitt funnet å ha innflytelse på utvikling av depressive symptomer, slik at dette funnet markerer en stor preventiv effekt. En slik nedgang ble sett i begge gruppene.	Nedgang i selvrapporterte depresjonssymptomer og problemer.	Familieterapi/ foreldrekursing.
	Både foreldre og barn rapporterte en bedret familiefunksjon, lavere stressnivå og økt trivsel, i begge grupper.		
	Viste at den kliniske gruppen hadde større fordeler enn kontrollgruppen.		Familieterapi

Forfattere	Hovedresultat	Subkategori	Kategori
Mayberry D., Ling L., Szakacs E. og Reupert A. Australia 2005 (2)	Funnene viste ulikheter i kvalitative sammenligninger mellom helsepersonell og foreldre, men betydelig større mellom helsepersonell og barn. Det helsepersonell mener skal hjelpe, er ikke det samme som foreldrene/barn angav. Barna scoret gjeldende tiltak vesentlig lavere enn helsepersonell. De vanligste hjelpetiltak som finnes ble scoret vesentlig lavere enn foreldre og helsepersonell. F.eks støttegrupper, ”avlastning fra heimen”, lære om ”hva som er galt med foreldrene”. Det eneste barna scoret like høyt var å ha en venn utenfor familien å snakke med.	Ulike syn på behov for hjelp	Samtaler med barna.
	Funnene i us bekrefter at en stor risiko for barns psykiske helse inntreffer ved store sykdomsepisoder/tilbakefall/dårlig periode/innleggelse. Og at det rammer hele familien. Slik at tiltak og hjelpeprogrammer bør rettes mot å hjelpe hele fam. denne akutte fasen.	Områder med behov for hjelp. Hva barna ønsker.	Anbefalinger for videre arbeid.
	Et annet funn viste tydelig hvor mye barna copet for foreldrene i en syk periode, og tok på seg omsorgsroller. Som kan være en potensiell risikofaktor for barnas mentale velvære, og derfor	Risikofaktorer. Områder med behov for hjelp.	Anbefalinger for videre arbeid.

	stort behov for hjelp på det punktet.		
	At søskenkontakt og støtte er veldig viktig i kritiske faser, og derfor et behov for å bli inkludert i fremtidige forebyggende hjelpeprogrammer. Barna støtter seg på sine søsken, noe som vil være et viktig arbeid å støtte opp under.	Søskenkontakt	Familieintervensjon.

Beardslee W., Gladstone T., Wright E. og Forbes P. 2007 USA	Deltakerne i den kliniske gruppen rapporterte mer forandringer i sykdomsrelatert adferd og holdninger, enn de i foredragsgruppen. Som assosieres med at intervensjonen hadde positiv effekt på familiefunksjonen.	Familiefunksjon.	Foreldrekursing/ Familieintervensjon.
	Barns økte forståelse for foreldrenes stemningslidelse ble varig bedret	Barns forståelse	Familieterapi
	Utav svar fra intervensjonsgruppen var foreldrenes endringer i adferd mer effektivt for endringer i barnas adferd, enn barnas deltagelse i gruppen. Noe som støtter opp under det at foreldre og barn eksponeres i høy grad av foreldrenes stemningslidelse, som igjen undergraver deres mellommenneskelige forhold.	Foreldre-barn relasjonen. Trygghet.	Foreldrekursing.
	Foreldrenes innesluttede/lukkede sykdomssymptomer avtok i begge gruppene. Og dette sies i artikkelen som en viktig forebyggende effekt.	Økt foreldreforståelse for barns påvirkning av deres sykdomssymptomer.	Foreldrekursing.
	Ungdommer som allerede hadde begynt å utvikle depressive symptomer ble gjennom intervensjonen oppdaget på et tidlig tidspunkt.	Oppdage sykdomstegn hos barn på tidlig tidspunkt.	Familieterapi
		Trygghet	Familieterapi

Fremtidige studier med større utvalg bør gjøres for å se hvilke strategier som er mest effektive for gjenkjennelse og behandling for depresjon i familier med høy risiko. Behov for videre forskning, anbefalinger for videre arbeid.

Doesum K., Hosman C., Riksen-Walraven J og Hoefnagels. Nederland 2008	Viste redusert depresjon for mødre i begge gruppene.		Foreldrekursing. Familieintervensjon.
---	--	--	--

	Mor-barn kontakten ble bedret. Økt sensitivitet hos mor for spedbarnet, mor mer strukturert, mer respons fra spedbarnet og mer involvering fra spedbarnet.	Mor-barn kontakt, bedre fungering.	Familieintervensjon.
	Spedbarna i eksperimentgruppen viste betydelig større tilknytningstrygghet.	Tilknytning.	Familieintervensjon

Aamodt L og Aamodt I. Norge 2005	Rapporten viste at den voksenpsykiatriske behandler i liten grad tematiserer barn- og foreldreforholdet i sine samtaler med pasienten. Det synes lite utbredt å ha fellessamtaler med pasient og barn, eller med barna alene.		Mangler i dagens hjelpetiltak
	Det er en manglende samordning mellom rusfelt og psykisk helsevern.	Samordning av hjelpetiltak	Mangler i dagens hjelpetiltak.
	Rapporten konkluderer med flere faktorer hvor det er behov for ytterligere kunnskap og forskning i landet, samt anbefalinger for å sikre at disse barna blir bedre fulgt opp i fremtiden enn de ble da rapporten ble skrevet.		
	<ul style="list-style-type: none"> - Behov for mer forskning på den subjektive opplevelser av å være i familien hvor en av foreldrene har en psykisk lidelse. - Intervensjonsforskning - Helsetjenesteforskning 		Behov for mer forskning
	<ul style="list-style-type: none"> - kompetansehevende kurs og seminarer - Kvalitetssikring av rutiner og prosedyrer i voksenpsykiatrien og barne og ungdomspsykiatrien. - Utrede begrepet barn som pårørende. - Kvalitetssikring av rutiner og prosedyrer hos fastlegene - Tiltak som setter helsesøstre og pedagoger bedre i stand til å være ressurspersoner for barn med psykisk syke foreldre - Styrke hjelpen til gravide og spedbarnsfamilier - Styrke hjelpen til barn og unge i flyktninge- og innvandrerfamilier. 		Anbefalinger for videre arbeid.

Rapport fra Helsetilsynet. 2/2012	Rapporten avdekket flere mangler og svikt ved barnevern i 40 av 44 undersøkte. Deriblant barnas rett til å bli hørt, som er et grunnleggende prinsipp og gjelder alle forhold som berører barnet. Mangler ved barns medvirkning var et gjennomgående trekk i de	Svikt i barnevernstjenesten	Mangler i dagens hjelpetiltak, - barnevern.
-----------------------------------	---	-----------------------------	---

	tilsynsrapportene som hadde observasjoner om dette. Det var tilfeldig om barn ble snakket med eller ikke.		
	Utav denne rapporten gikk Professor Willy-Tore Mørch ut i populærmedia med en oppfordring til barnevernet om å finne nye metoder. Han hevder utav sin ekspertise fra barn- og unges psykiske helse, at det er kvaliteten på samspillet mellom foreldre og barn som er det avgjørende, og at det er mulig å gjøre en del for å forbedre situasjonen, blant annet ved opplæring og veiledning av foreldre.	Behov for foreldrekursing	Anbefalinger for videre arbeid.

Haukø B. og Stamnes J. 2009 Norge.	Fem av barna, 50%, hevdet at det de hadde snakket om i timen var til hjelp senere. Tre tvilte litt, men fortalte senere i intervjuet om situasjoner som viste at de hadde brukt det de hadde lært i timen både i samtale med foreldre og venner.	Kunnskap om psyk.lidelse. Barnas time	Samtaler med barna
	Seks av åtte barn opplevde at det var greit å være en stund alene med veilederne.	Fin opplevelse	Samtaler med barna.
	Barna signaliserte at de følte seg tryggere når tausheten om sykdom var brutt.	Trygghet	Samtaler med barna
	Tre av barna kunne tenkt seg flere timer. 6 av de 15 barna fikk videre oppfølging via andre tiltak. Halvparten av familiene ønsket de hadde fått tilbud om flere timer.	Etablere videre oppfølging.	Familiesamtaler
	Fire foreldre-par sier at de har henvist til Barnas time når de senere har snakket om hendelser knyttet til sykdommen. Flere opplevde at hadde fått hjelp til å bryte tabu og gjort kommunikasjonen lettere. 6 av 8 hevdet at BT hadde forbedret måten de snakket med barna om sykdommen. Måten veilederen snakket på ble en modell for hvordan de senere kunne snakke med barna.	Bedret kommunikasjon	Foreldrekursing.
	To mødre mente at de ikke kommuniserte bedre etter timen. En forelder opplevde å få lite igjen.		
	Fem foreldre-par svarte at de hadde lært noe. 6 av 8 opplevde større trygghet.	Ingen effekt	

	Syv foreldre/par opplevde at innholdet var relevant for dem		

Fraser C., James E., Anderson K., Lloyd D. og Judd F. Australia 2006	Undersøkelsen fremhevet en rekke hull på dagens kunnskapsprogram om hvilke beslutninger de som er involvert i program kan trekke. Samtidig som dette temaet og utfordringene har vært indentifisert i litteratur i flere tiår, er utviklingen av hjelpeprogrammer og evalueringer av intervensjonene for denne gruppen forholdsvis ny og sjelden rapportert. Samtidig er mye av data som er tilgjengelige svake.		Mangler i hjelpetilbud
	Det første problemstilling å ta for seg ut av undersøkelsen var hvor homogent, ensartet, mange programmer var som var i fokus. En bred rekkevidde av risikofaktorer og forbyggende faktorer er indentifiserte som viktige for "well-being" i familier påvirket av foreldres psykiske lidelse, likevel fokuserte alle inkluderte studier på "individuellnivå spørsmål" som kunnskap og ferdigheter. Få intervensjoner omhandlet den typiske strukturen og de sosiale faktorer som rammer denne gruppen og kan påvirke livets utfall, selv om tidligere forskning har dem indentifisert som viktige.		Mangler i hjelpetilbud. Familieterapi
	Undersøkelsen slår også ned på at ingen har inkludert en kostnadsanalyse, og dermed ikke har demonstrert en virkningsfull og effektiv bruke av ressurser.	Manglende kostnadsberegning ift effekt.	Behov for mer forskning.
	Likedan har ingen studier virkelig tatt for seg langtids oppfølging, slik at det er lite data som indikerer om tidsbegrensede intervensjoner beholder virkning over tid.	Lang-tids oppfølging.	Behov for mer forskning.
	Det var mangel på klarhet ang de viktigste behovene, eller saker som var mest avgjørende for denne befolkningsgruppen.		Mangler i hjelpetilbud. Behov for mer forskning.
	Det var en grad av ensartethet i konteksten og komposisjonen av intervensjonene. Alle unntatt en var lokalisert i urbane områder, nær psykiatriske klinikker. Som reiser spørsmål om overførbarhet til andre geografiske områder, som		Behov for mer forskning.

	småsteder utenfor byene.		

Dixon L., Lucksted A., Medoff D., Burland J., Stewart B., Lehman A., Fang L., Brown C. og Murray-Swank A. USA 2011	FTF viste økning i familiens styrkning – empowerment, og kommunikasjon. Økt kunnskap om psykisk lidelse. Dette igjen regnes som årsaken til bedret emosjonell mestring og økt respekt og akseptering av psykisk lidelse. De lærer hvordan familiemedlemmene kan løse interne problemer og navigere emosjonelle vansker	Bedret familiefunksjon. Kommunikasjon.	Foreldrekursing.
	Funn viste at deltagerne scoret lavere på angstnivå etter FTF.	Mindre angst	Foreldrekursing
	De kvantitative funnene står i sammenheng med de kvalitative, der familiemedlemmer oppgir bedre mestring og lavere stressnivå.	Bedret familiefunksjon	Foreldrekursing
	Deltagerne scoret lavere på depresjonssymptomer. Noe som var forventet ift økning av empowerment, mestring og bedret familiefungering, og en reduksjon av problemer som kan vedlikeholde en vanskelig livssituasjon.		

Rimehaug T., Berg-Nilsen B. og Wallander J. Norge 2011	Mødrene i den kliniske gruppen viste en bedring i problem-symptomer ved 3 og 12 mnd oppfølging. Fedrene viste ikke endring. Mødrene i denne gruppen viste likevel, tross bedring, høyere problemer og stress-symptomer enn kontrollgruppen.	Lavere problemsymptomer i forhold til barnesamspillet.	Foreldrekurs
	Mødre til barn med utviklingsmessige- og oppmerksomhetsproblemer viste en betydelig høyere score på en mer varm tilknytning, empatiske følelser og positiv kommunikasjon med barna ved 3 og 12 mnd oppfølging, selv om nivåene fortsatt er lavere enn sammenlignet med samfunnet ellers, kontrollgruppen. Mens foreldre til barn med emosjonelle problemer viste en bedring opp til nivå hos kontrollgruppen.	Bedre kontakt mellom mor og barn Positiv kommunikasjon	
	Konsekvens: Fokus på foreldrekontroll, emosjonelle plager/symptomer og foreldreegenskaper bør rettes systematisk i barnepsykiatrien. Systematisk og effektiv behandling knyttet til foreldrerollen bør iverksettes		Anbefalinger for videre arbeid.

Avdelingsnavn for
[Helsefag]