



"For børn kan jo ikke passe på voksne ..."

Evaluering af samtalegrupper for børn med psykisk syge
forældre i lokalpsykiatrierne i Århus Kommune



Udgivet af: Århus Kommune
Socialforvaltningen
Center for Socialfaglig Udvikling

Udarbejdet af: Runa Bjørn
Center for Socialfaglig Udvikling

Udgivelsesår: 2006

ISBN 87-988969-3-8

Trykkested Århus Rådhus

Oplag 1. oplag. 200 eksemplarer

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

**Kan bestilles ved Center for Socialfaglig Udvikling
Værkmestergade 15, 8000 Århus C**
Telefon 8940 2000 E-post: img@fa.aarhus.dk

RAPPORT

"For børn kan jo ikke passe på voksne ..."

Evaluering af samtalegrupper for børn med psykisk syge
forældre i lokalpsykiatrierne i Århus Kommune

Februar 2006



CSU Center for Socialfaglig Udvikling

Viden og læring | Evaluering | Konsultation | Metodeudvikling | Kvalitetsudvikling | Implementering | Forskning

INDHOLDSFORTEGNELSE

1	PROJEKTLEDERENS REFLEKSIONER	1
2	INDLEDNING	5
2.1	Om evalueringen	7
2.2	Læsevejledning	8
3	RESUMÉ OG HOVEDKONKLUSIONER	9
3.1	Implementering af tilbudet om samtalegrupper	10
3.2	Børn og forældres oplevelse af tilbudet om samtalegrupperne	11
3.3	Gruppeledere og samarbejdspartneres oplevelse af tilbudet	13
3.4	Samlet konklusion.....	14
4	PROJEKTETS HOVEDELEMENTER	17
4.1	Det særlige ved de århusianske samtalegrupper	17
4.2	Beskrivelse af de fire samtalegrupper	20
4.3	Samarbejde med praktiserende læger og psykiatere	31
4.4	Samtalegruppe for forældre med psykisk sygdom - Pilotprojekt	31
4.5	Øvrige aktiviteter rundt om projektet.....	33
5	FAMILIERNE DER HAR VÆRET I KONTAKT MED PROJEKTET.....	35
5.1	Henvisningskilder.....	35
5.2	Børnene	38
5.3	Forældrene	42
6	FOKUSPUNKTER I EVALUERINGEN.....	47
6.1	Samtalegruppernes indre struktur	47
6.2	Børnenes udbytte af samtaletilbudet	60
6.3	Samarbejdspartneres erfaringer med samtalegrupperne	64
	Bilag 1: Litteraturliste	67

1 Projektlederens refleksioner

Århus Amt og Kommune skiller sig positivt ud i en undersøgelse om børn og forældre i voksenpsykiatrien, der for nylig er gennemført af Socialt Udviklingscenter, SUS. Undersøgelsen belyser hvor i landet, der findes relevante tilbud til børn og deres psykisk syge forældre.

Siden 2001, hvor Århus Amt startede implementering af tilbud om familiesamtaler i psykiatrien, har opmærksomheden på børn og deres sindslidende forældre stille og roligt udviklet sig, ligesom behovet for relevante støttetilbud er blevet synligt.

Med etablering af samtalegrupper i de fire lokalpsykiatrier har Århus Kommune sikret let adgang til en støtte, der ifølge evalueringen opleves som meningsfuld og hjælpsom af både børn og forældre.

Projektet eksperimenterer med en gruppe model, der søger at matche de behov, børnene måtte have i relation til støtten: Let tilgængelighed, kort ventetid og et forløb, hvor varighed tilpasses det enkelte barns behov. Grupperne har derfor løbende indtag og afsluttes ikke endeligt.

Modellen har den fordel, at behandlere ikke på ét givet tidspunkt skal samle tilstrækkeligt mange børn i samme alder, der ønsker at deltage. Interessen for at invitere børn til gruppen har derfor primært barnets situation og behov i fokus – ikke behandlernes behov for at finde tilstrækkeligt mange børn til gruppen. Endvidere er arbejdet med forsamtaler og afsluttende samtaler fordelt over året, så opgaven ikke blokerer for medarbejdernes øvrige arbejde med patientkontakter.

Der eksperimenteres fortsat med gruppestørrelse, aldersspredning og søskende i grupperne.

Det er nyt for de fleste psykiatriske behandlere at arbejde med børn, og det er nyt for psykiatrien at se børnene som målgruppe for en pårørendeindsats. Især af den grund har den nye indsats og dens medarbejdere et stort behov for ledelsens involvering og opbakning, ligesom medarbejderne fortløbende må understøttes i at udvikle deres kompetencer. Runa Bjørn peger i evalueringen på, at det tager tid at ændre på den måde, man forholder sig (eller snarere ikke forholder sig) til børn på i behandlingssystemet, og det tager tid at forankre et tilbud om samtalegrupper. Vi vil derfor formentlig også i årene fremover hele tiden være nødt til at arbejde med denne dimension, herunder at informere både professionelle henvisere og forældre om eksistensen af de forskellige tilbud.

Der annonceres løbende i Århus Onsdag, Århus Stiftstidende og lægetidsskriftet Medicus. Projektet har i slutningen af året intensiveret indsatsen for at gøre opmærksom på grupperne. Der er sendt nyhedsbrev med foldere til stort set alle potentielle henvisere. Der er etableret en hjemmeside: www.talmedboern.dk, som informerer om de forskellige tilbud til målgruppen, og i alle Århus Sporvejes busser kunne man i begyndelsen af december hente projektets foldere. Projektet fik i den forbindelse omtale i lokalradio og flere andre medier.

I det daglige behandlingsarbejde, er lokalpsykiatriens fokus på patienternes og brugernes perspektiv. Vi har i dette projekt, med grupper for børn og unge, rettet fokus på børnenes perspektiv: Børnene har behov for at blive set og hørt. De har behov for åbenhed og viden, og de har behov for hjælp til at adskille det syge fra det sunde. I bestræbelserne på at skabe et fortrolighedsrum for børnene risikerer vi dog at miste forældrene af syne, og forældrene kan få oplevelsen af at være "holdt ude".

Forældrene udtrykker generelt (s. 55), at de respekterer det frirum, børnene har i gruppen, og de udspørger dem ikke om, hvad der sker. To forældre giver dog i interviewet udtryk for, at de kunne ønske, at der i forløbet med børnene var et eller to møder, hvor forældrene fik lejlighed til at være med. Dette svarer til andre forældres udtalelser undervejs i projektet. En enkelt sindslidende forælder har udenom evalueringen skrevet og udtrykt, at hun trods stort udbytte for sit barn har oplevet en lukkethed omkring gruppen, der har givet både hende og barnet nogle vanskeligheder. Udfordringen er at sikre, at en gennemgående tråd i indsatsen bygger på respekt for de stærke bånd, der knytter børn og forældre sammen. Familien er omdrejningspunkt. Det er her livet leves, her tabuer skal brydes, og her tilliden skal bygges op.

Som evalueringen anbefaler, vil et oplagt udviklingstema i det kommende år derfor være, at øge projektets familiefokus bl.a. via øget inddragelse af forældrene. Familietræf indgår flere steder i landet som en del af et gruppeforløb. Forældrene har her stor glæde af at møde andre forældre og drøfte tanker om forælderrolle og handlemuligheder med ligestillede. Det er oplagt at initiativer, der skaber helhed og sammenhæng er en lettelse for børnene, der i forvejen skal manøvrere i mange "lukkede rum", og det er mærkbart, at børnene profiterer af forældrenes udbytte.

Vi ved, at adgangen til at projektet får kontakt med børnene bygger på forældrenes oplevelse og forståelse af deres børn. Jf. erfaringerne fra projektets pilotprojekt med samtalegruppe for forældre (s. 33) kunne der være gode muligheder for at støtte denne proces ved at etablere et tilbud om forældregrupper – som åbne grupper – og måske som et tilbud for både sindslidende forældre og raske ægtefæller.

Tilbudet har (svarende til erfaringerne i andre kommuner) overvejende fået kontakt med piger: 41% drenge og 59% piger. Det er oplagt at overveje, hvordan formen kan tilpasses begge køn. Måske kan vi fremover rekruttere flere mænd som gruppeledere?

En anden skævhed, som evalueringen fremhæver, er savnet af indvandrer- og flygtningebørn i grupperne. Vi ved, at det i etniske familier kan være vanskeligt at skabe et sprog om psykisk sygdom, selvom det er et vilkår i en del af familierne, der måske er kommet hertil som flygtninge. Netop derfor kan det være en god idé at rette fokus på, at også disse børn er velkomne i grupperne, eller om der skal oprettes supplerende tilbud til børn, hvor man eksempelvis også kan arbejde med andre sprog. Både Etnica og Familieværkstedet Inter arbejder f.eks. med tolke og kunne måske danne ramme for et gruppetilbud til børn.

For få børn!?

Runa Bjørn peger på, at der i relation til de anvendte medarbejderressourcer fortsat er for få børn, der får tilbudet. Hun mener derfor, det bør overvejes at nedjustere tilbudet svarende til de faktiske brugere.

Sammenligner vi med tilsvarende indsatser i andre dele af landet, ses der stor forskel på, hvor mange børn, der opnås kontakt med. Man får kontakt med flest børn, dér hvor det nye børne- og familiefokus er godt forankret i psykiatrien, og der hvor gruppetilbudet er kendt i befolkningen. På baggrund af tal fra Psykiatrifonden skønner vi, at 3-4.500 børn i Århus Kommune er berørt af forældrenes sindslidelse. Børnene er der. Opgaven består i, at gøre tilbudet kendt og attraktivt og tilpasse det familiernes behov. F.eks. ser det ud til, at der er et behov for et gruppetilbud også til børn under 10 år.

Projektet har i det forløbne år rettet opmærksomheden på de praktiserende læger og psykiatere, der har kontakt med mange sindslidende forældre. Der tilbydes undervisning og mulighed for henvisning til familiesamtaler og gruppetilbud. Efter en langsom opstart, begynder projektet at give mening – også for lægerne, der er begyndt at henvise patienter

Det ser ud som om der er behov for et styrket fokus på og ledelsesmæssig opbakning bag både den vedtagne børnepolitik i den amtslige psykiatri og beslutningen om at drive samtalegrupper i de fire kommunale lokalpsykiatrier for at sikre, at disse indsatser faktisk også implementeres. Som evalueringen peger på, gennemføres der endnu ikke familiesamtaler i den amtslige behandlingspsykiatri i det omfang, der er relevant. Herved mister projektets tilbud om samtalegrupper en væsentlig henvisningskilde. Ligeledes peger evalueringen på, at nogle af gruppelederne ikke oplever, at den lokale kommunale ledelse ser det at drive samtalegrupper for raske børn af psykisk syge forældre som en af lokalpsykiatriernes kerneopgaver.

Vi ved, at der er flere børn end tilbudet om samtalegrupper når i dag. Evalueringen peger på, at børn og forældre oplever grupperne som et godt tilbud, der hjælper børnene videre i en svær tid. I stedet for at nedjustere indsatsen og forventningerne bør man i stedet sætte mere ledelsesmæssig kraft bag i både amt og kommune.

Mon ikke denne indsats sammen med det store engagement, som de dygtige ledere af samtalegrupperne i lokalpsykiatrierne lægger for dagen, vil bane vejen for, at vi får kontakt med langt flere af de børn, der gemmer sig derude?

December 2005

Karen Glistrup
Projektleder

2 Indledning

Gennem de seneste 10 år har der været en stigende fokus på hvordan forældres sociale og helbredsmæssige problemer påvirker børnene i en familie – således også inden for psykiatrien. Selv om det heldigvis kun er ganske få procent af en årgang, der får sociale problemer eller udvikler psykisk sygdom (Ejrnæs, Gabrielsen og Nørrung 2004 og Ahlgreen, 2001. s. 19-29), så ved man fra forskningen, at der blandt børn, der lever under svære opvækstvilkår er en oversandsynlighed for, at de senere får problemer. Således ved man risikoen for at børnene oplever vold i familien firdobles i disse familier, og at risikoen for at børnene udvikler selvdestruktiv adfærd (narkomani og selvmordsforsøg) og psykiske lidelser er dobbelt så stor i sammenligning med øvrige børn. (Ploug, 2003, s. 36).

Der er altså god grund til at målrette en del af sit forebyggende arbejde mod netop denne gruppe af børn. Fra forskningen i, hvad det er for faktorer, der omvendt kan beskytte et barn mod at lide overlast som følge af uheldige opvækstvilkår, ved man dels, at tætte netværksrelationer rundt om barnet med flere end én omsorgsperson virker forebyggende. Dels ved man, at det at barnet har viden om de ting, der virker som stressfaktorer i dets liv – fx forældrenes alkoholmisbrug, deres (psykiske) sygdom, årsager til skilsmissen mv. – i sig selv betyder, at barnets handlekompetence og mestring styrkes. (Borges, 2003).

I Århus Amt og Århus Kommune har man derfor i lokalpsykiatrierne og på Psykiatrisk Hospital besluttet at tilbyde psykisk syge forældre og deres børn en familiesamtale, der sætter fokus på, hvordan det er at være barn i en familie, hvor mor eller far er psykisk syg. Man har uddannet nøglepersoner i den amtslige del af psykiatrien, som skal have særligt opmærksomhed på at bringe børneperspektivet ind i behandlingen af psykisk syge og tilbyde familiesamtaler. Man har generelt som målsætning at "se" børnene i arbejdet med den psykisk syge forælder (Psykiatrien i Århus Amt, 2004).

Århus Kommune gennemførte under ledelse af projektleder Karen Glistrup i 2002 projektet "Børn og deres psykisk syge forældre" som forarbejde til det projekt, som evalueres i denne rapport; "Projekt Kontakt til psykisk syge forældre og deres børn".

Formålet med det første projekt var at tilbyde kompetenceudvikling til medarbejdere i den kommunale Socialafdeling (i dag Familieafdelingen) og afsøge mulighederne for etablering og forankring af et gruppetilbud til børn af psykisk syge. Projektets erfaringer er afrapporteret i rapporten "Projekt: Børn og deres psykisk syge forældre – afsluttende rapport" (Familieafdelingen, 2003).

Formålet med "Projekt Kontakt til psykisk syge forældre og deres børn"

Formålet med "Projekt Kontakt til psykisk syge forældre og deres børn" har været at etablere et støttende tilbud til børnefamilier med psykisk sygdom med det formål at styrke deres modstandsdygtighed overfor påvirkningen af de svære opvækstvilkår de lever i, når far og/eller mor er psykisk syg. Det langsigtede mål er at forebygge, at børnene selv udvikler behandlingskrævende diagnoser eller problemstillinger. Projektet har bestået af to delprojekter med følgende formål:

- **Delprojekt 1:** Etablere og forankre samtalegrupper i de fire lokalpsykiatrier i Århus Kommune. Målgruppen er ikke-behandlingskrævende børn i Århus Kommune i alderen 10-16 år af psykisk syge forældre med en erkendt psykisk sygdom. Samtalegrupperne er tænkt som et tilbud, der skal virke forebyggende i forhold til at børnene selv senere udvikler psykisk sygdom eller senere får sociale problemer, der kræver en indsats fra det offentlige hjælpesystem.
- **Delprojekt 2:** Afdække mulighederne for, i samarbejde med praktiserende læger og psykiatere, at tilbyde familiesamtaler til psykisk syge forældre, der ikke har kontakt til lokalpsykiatrierne eller Psykiatrisk Hospital. Formålet med dette delprojekt er dels at tilbyde flere familier med psykisk sygdom en åben familiesamtale, der erfaringsmæssigt i mange situationer i sig selv kan virke forløsende i forhold til mange problemstillinger i familierne. Dels at give børn i disse familier tilbud om optagelse i samtalegrupperne

Tilbudet om samtalegrupper for børn af psykisk syge er pr. 1. januar 2005 gjort til et permanent tilbud i de fire lokalpsykiatrier i Århus Kommune.

Samarbejdet med de praktiserende læger er blevet forsinket, og er først kommet i gang foråret 2005 samtidig med, at Socialministeriet har givet en selvstændig bevilling til at opbygge samarbejdet over længere tid. Denne del af projektet løber derfor frem til foråret 2006 og vil efterfølgende blive evalueret i en selvstændig rapport.

Projektets organisering

Karen Glistrup har også fungeret som projektleder for "Projekt Kontakt til psykisk syge forældre og deres børn". Hun har haft følgende funktioner i projektet:

- Gruppeleder samtalegruppen i distrikt Centrum – frem til juni 2004
- Faglig konsulent for gruppelederne
- Administrativ projektleder – frem til 1. januar 2005
- Faglig konsulent for praktiserende læger vedr. børn med psykisk syge forældre

Til projektet har været knyttet en styregruppe bestående af:

- Familiechef, Århus Kommunes Familieafdeling, Leif Gjørtz Christensen

- Chefsygeplejerske ved Psykiatrien i Århus Amt, Inge-Lise Vad

Styregruppen har mødtes efter behov – typisk 1-2 gange om året.

Til projektet har været knyttet en driftsgruppe bestående af:

- Kontorchef Søren Forst
- Leder af Familiebehandlingen i Centrum Poul Gamborg
- Afdelingsleder i Lokalpsykiatri Vest Thomas Hutters
- Ledende sygeplejerske Jette Svensson
- Projektleder Karen Glistrup
- Evaluatør Runa Bjørn – referent for gruppen

Driftsgruppen har mødtes ca. 1 gang i kvartalet.

2.1 Om evalueringen

Evalueringen bygger på en løbende dokumentation af projektets aktiviteter og resultater indsamlet i perioden oktober 2003 til februar 2005. I denne periode er der løbende indsamlet følgende data:

- Registreringer gjort i de enkelte samtalegrupper i logbøger og registreringsark over de enkelte børn – herunder fra evalueringssamtaler med børn, der er gået ud af grupperne
- Noter og referater fra kvartalsmøder med gruppelederne samt driftsgruppemøder
- Noter og referater fra møder med gruppernes supervisor

Herudover er der i perioden august 2004 – januar 2005 gennemført interview med følgende grupper:

- Gruppelederne for alle fire grupper
- Børn, der har været optaget i grupperne¹
- Forældre til børn, der har været optaget i grupperne
- Supervisorer
- Ledere og medarbejdere i den amtslige og kommunale Lokalpsykiatri

¹ De syv børn er fundet ved at skrive ud til alle de ca. 30 børn, der havde været i grupperne i en vis tid og enten stadig kom i en gruppe eller var udsluset fra en gruppe for relativt nyligt. Af disse meldte 9 børn tilbage, at de gerne ville deltage i et interview. En er det ikke lykkedes at få kontakt til efterfølgende, og en er valgt fra, fordi evaluatør kendte barnets forældre. Interviewene er gennemført på et sted, som familien selv valgte – typisk på forvaltningen eller i hjemmet. Forældrene er først interviewet, mens børnene var til stede. Herefter er børnene interviewet for sig uden forældrenes tilstedeværelse. Interviewene har taget 1-2 timer. Denne udvælgelsesform betyder formentlig, at det er de mest positive forældre og børn, der har valgt at deltage i evalueringen. Der er dog også kommet flere kritikpunkter frem i interviewene.

- Samarbejdsparter i familiebehandlingen, Ungdomscentret, Netværket, SIND og socialrådgivere på Psykiatrisk Hospital.

Evalueringen er gennemført som en virkningsevaluering, med fokus på at undersøge, hvordan en given indsats, bygget på en række hypotetiske årsags-virknings-sammenhænge, virker i praksis². Fokus for evalueringen har således været dels at belyse effekten af indsatsen i projektet, dels at søge at be- eller afkræfte de forestillinger om de enkelte virkningsfulde elementer i projektet – dvs. projektets programteori. Ved at foretage evalueringen som en løbende evaluering opbygget som en virkningsevaluering, har det været muligt at afprøve og undervejs justere projektets samlede programteori i de fire distrikter.

Det er endnu ikke muligt at evaluere projektets langsigtede målsætning om at virke forebyggende i forhold til børnenes voksenliv. Evalueringen vil således koncentrere sig om at belyse de delelementer, der på sigt skal bidrage til den overordnede målsætning.

I det indsamlede datamateriale findes imidlertid de oplysninger, der skal til for – om 10-15 år – at belyse om den langsigtede målsætning nås, idet materialet giver et overblik over, hvilken indsats, der har været givet i forhold til hvilke børn.

2.2 Læsevejledning

Næste kapitel indeholder et resumé af evalueringen og rapportens hovedkonklusioner.

Kapitel fire giver en grundig beskrivelse af tilbudet om samtalegrupper i lokalpsykiatrien i Århus Kommune. Her beskrives de fire samtalegrupper, de organisatoriske rammer og arbejdsmetoderne i grupperne.

I kapitel fem gives en beskrivelse af de familier, som har været i kontakt med projektet, og af projektets henvisningskilder.

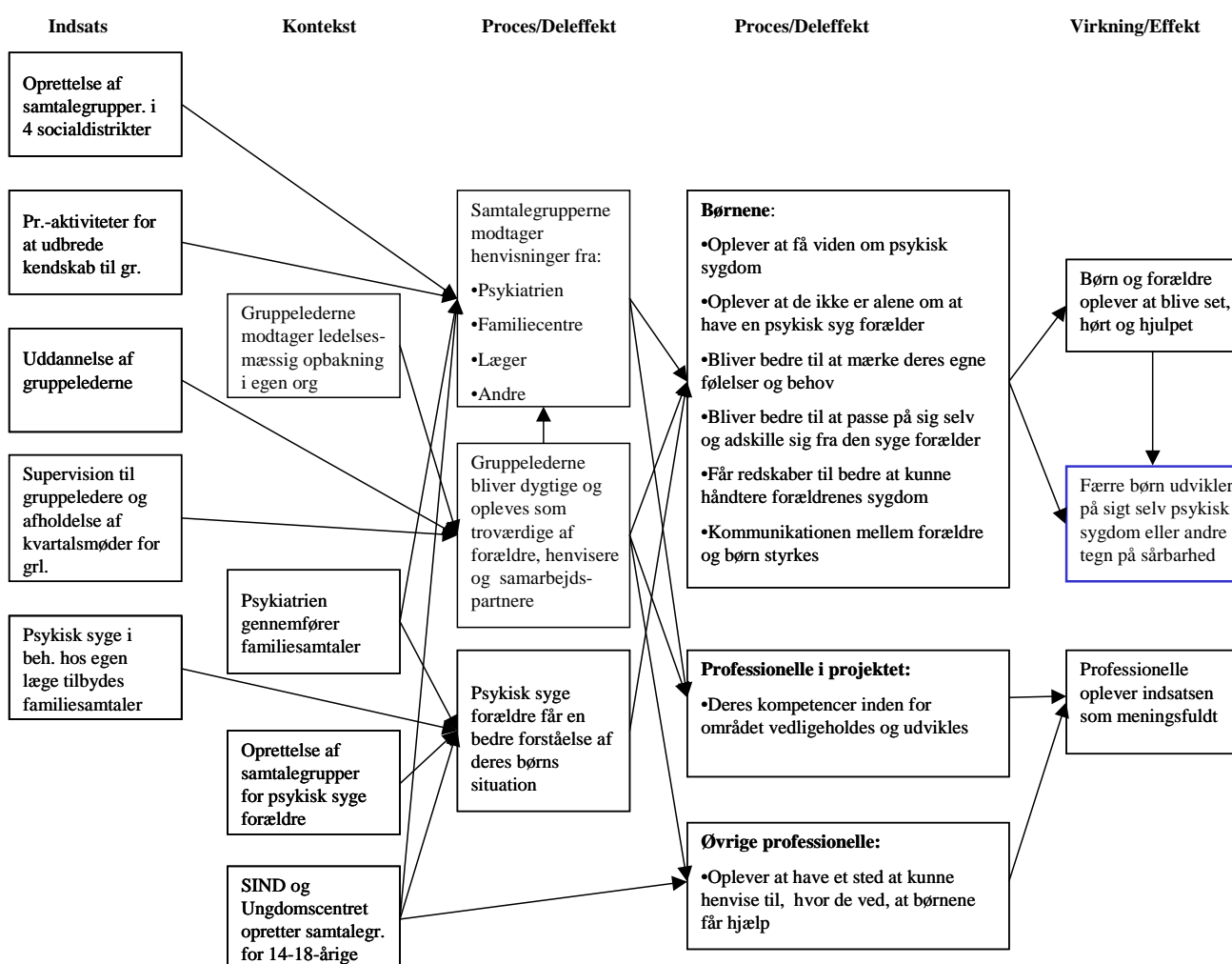
I kapitel seks præsenteres børn og forældres udbytte af samtalegrupperne og betydningen af de organisatoriske rammer.

² For en uddybning om virkningsevalueringen se fx Nye Veje i Evaluering” af Peter Dahler-Larsen og Hanne Katrine Krogstrup, 2003.

3 Resumé og hovedkonklusioner

Ud af projektbeskrivelsen kan man læse en række antagelser om årsags- og virkningsforhold, som til sammen forventes at bidrage til, at projektets overordnede mål nås. Nedenstående figur viser en oversigt over projektets programteori.

Figur 1: Projektets hovedelementer



3.1 Implementering af tilbudet om samtalegrupper

Henvisninger og antal børn i grupperne

Der har siden oktober 2003 været etableret samtalegrupper i alle fire lokalpsykiatriske distrikter i Århus Kommune. Projektet har alt i alt i perioden oktober 2003 – februar 2005 været i kontakt med 95 børn, hvoraf 56 børn på et tidspunkt har været optaget i en gruppe.

Antallet af børn, som projektet har nået ligger lavere end de 120-200 børn om året, som man forventede i projektbeskrivelsen (Familieafdelingen, 2003, s. 8). Det er gruppeledernes oplevelse, at det generelt er svært at gøre tilbudet kendt, og at de fortsat må bruge mange kræfter på at lave pr. for tilbudet om samtalegrupperne.

En del af forklaringen på det relativt lave antal børn i grupperne kan være, at psykiatrien generelt stadig ikke har så meget fokus på børn af psykisk syge og fx ikke tilbyder familiesamtaler til alle psykisk syge, der har mindreårige børn. Det er således karakteristisk, at kun 39% af børnene, er henvist fra Psykiatrisk Hospital, lokalpsykiatrierne eller specialtilbud under psykiatrien.

Overvægt af piger i tilbudet

Blandt de børn, der har været henvist til projektet, er der en overvægt af piger (56 piger mod 39 drenge). Dette er uheldigt, da forskningsresultater peger på, at drenge på en række punkter er mere sårbare overfor negative påvirkninger i deres opvækst end piger er. Der er ikke noget der tyder på, at gruppelederne optager flest piger – andelen af piger blandt de henviste og blandt børn, der er optaget i tilbudet er stort set den samme. Der er således grund til fremover at have opmærksomhed på, at tilbudet også skal være attraktivt for drenge og ikke mindst at gøre henvisere opmærksom på, at tilbudet også henvender sig til drenge.

Få børn med minoritetsbaggrund

Blandt de 95 børn, som projektet har været i kontakt med, har fem børn haft anden etnisk baggrund. To af disse børn har været optaget i en samtalegruppe. Hermed er børn med etnisk minoritetsbaggrund underrepræsenteret i forhold til deres andel af befolkningen i Århus Kommune. Der kan være brug for at gøre henvisere særligt opmærksom på også at forholde sig til børn i familier med minoritetsbaggrund, hvor den ene eller begge forældre er psykisk syge. Ikke mindst udbredelsen af PTSD blandt en del af de etniske minoriteter³, der er kommet til landet som flygtninge,

³ I "Projekt for Etniske minoriteter" ved Lokalpsykiatri Vest foretog man en kortlægning blandt de 145 nyhenviste brugere med anden etnisk baggrund, der blev henvist til Lokalpsykiatri Vest i perioden dec. 1997 til maj 2000. Her fandt man at 2 havde PTSD som primære diagnose, mens

sandsynliggør, at der er en gruppe af børn fra minoritetsfamilier, der kunne have gavn af at få tilbud om at indgå i en samtalegruppe. I regi af projektet "Etnica"⁴ er der etableret samtalegrupper for de børn, hvis forældre modtager bostøtte fra projektet. Dette projekt tilgodeser derfor en mindre del af målgruppen børn af anden etnisk baggrund, hvis forældre er psykisk syge. Der er dog stadig en stor gruppe af børn, som man ikke når med de eksisterende tilbud.

Indsnævret aldersspænd

Samtalegrupperne er etablerede som åbne grupper, hvor børn løbende kan sluses ind og ud alt efter den enkeltes behov. Børnene har i gennemsnit deltaget i gruppemøder 11 gange med et udsving fra 1 til 22 gange. Grupperne var i udgangssituationen tænkt til at skulle rumme aldersspændet fra 10-16 år, men man har i realiteten kun arbejdet med et aldersspænd på 2-3 år, da gruppelederne – bevidst eller ubevidst – har søgt at mindske aldersspændet. Det er især de større børn i alderen 15-16 år, der ikke har været repræsenteret i samtalegrupperne.

Samlet set må tilbudet om samtalegrupper for børn af psykisk syge dog siges at være implementeret efter planen, om end det endnu ikke har fået den gennemslagskraft, man havde håbet på.

3.2 Børn og forældres oplevelse af tilbudet om samtalegrupperne

Registreringer fra udslusningssamtaler og interview med forældre og børn peger på, at børn og forældre gennem tilbudet i vid udstrækning føler sig set, hørt og hjulpet, sådan som det var hensigten. Forældrene giver udtryk for, at de føler, at deres børn er i gode hænder, og at de har stor tillid til gruppelederne.

Børnene får viden om psykisk sygdom og derigennem et mere nuanceret syn på deres forældre, så de bedre kan forholde sig til, hvad der er deres forældres personlighed, hvad der er sygdommen, og hvad den gør ved deres forældre. Flere af børnene har givet udtryk for, at det har været en stor lettelse at få at vide, at de ikke har selvstændig

21 var noteret for PTSD som bidiagnose. Det fremgår at disse tal formentlig viser en underrepræsentation af PTSD, da diagnosen ikke i sig selv giver adgang til hjælp fra lokalpsykiatrien, og fordi de fra starten ikke var tilstrækkeligt opmærksomme på problemer knyttet til PTSD i projektet. (Gottlieb ml. fl. 2000, s. 1-15)

⁴ Etnica-projektet er et tilbud til sindslidende mennesker, med anden etnisk baggrund end dansk bosat i Århus Kommune. Der ydes støtte til 15-21 familier, der har så omfattende problemer, at de har behov for bostøtte i eget hjem. Da projektet retter sig mod hele familien, skal den psykisk syge være en del af en familie, i denne sammenhæng defineret ved at brugeren har børn. Der er i alt 74 børn, i de 21 familier man pt. har kontakt til. Projektet startede d. 1.oktober 2004 og fortsætter foreløbig til 1.januar 2006. Læs mere på projektets hjemmeside: <http://mag1.cabo.dk/79/hvem.htm>

indflydelse på, hverken om deres forælder bliver mere syg eller bliver rask. Børnene giver udtryk for, at det er rart at møde andre børn i samme situation, og at de gennem gruppen får redskaber til bedre at kunne mestre deres dagligdag med en syg forælder. Nogle af børnene peger på, at de har kunnet bruge de andre børns fortællinger til at se på deres eget liv og egen rolle i familien på en ny måde, og derigennem har fået styrket deres mestringskompetence. Flere af dem peger på, at de er blevet bedre til at mærke, hvad de selv har lyst til og at være tro mod disse følelser.

Nogle af de interviewede forældre og børn har dog rejst et kritikpunkt, der peger på et dilemma for projektet. De har oplevet skift af gruppeledere som meget forstyrrende og utrygt, og ville foretrække, at det var de samme gruppeledere, der havde samtalegruppen i hele forløbet, mens barnet gik i gruppen. Dette er imidlertid svært at leve op til, når samtalegrupperne fungerer som åbne grupper uden fastlagt start eller sluttidspunkt. Man kan dog fremover søge at planlægge skift af gruppeledere, så de falder sammen med sommerferie og jul, hvor der er erfaring for, at der er en vis naturlig udskiftning blandt børnene.

I nogle af de interviewede familier er kommunikationen mellem børn og forældre blevet forbedret, og forældrene har fået en større indsigt i, hvordan deres børn oplever livet i familien. De har fået hjælp til at tale om forældrenes sygdom – evt. også med personer uden for familien så som venner, kammeraters forældre, skolelærere mv. – og børnene oplever, at forældrene accepterer, at de påvirkes af deres sygdom. Der er dog også eksempler på, at forældrene oplever, at deres børn er blevet mere "frække", når de begynder at spørge til forældrenes sygdom og stille spørgsmålstegn ved, om det er rimeligt, at de fx skal påtage sig så meget husligt arbejde eller have ansvar for mindre søskende. Forældrene kan på den ene side opleve, at samtalegrupperne gavner deres børns mestring af det at vokse op i en familie præget af psykisk sygdom. På den anden side kan de også opleve det som en udfordring og til dels et angreb på dem som forældre, at børnene i højere grad begynder at stille spørgsmål til dem og bliver mindre villige til at samarbejde og indordne sig under sygdommens dominans i familien.

Denne iagttagelse peger på, at der er vigtigt, at forældrene i forsamlingen og ved evalueringssamtalen forberedes på, at der kan ske denne udvikling og er indstillede på at tackle mere selvstændige og krævende børn. Hvis ikke forældrene er indstillede på, at deres børn gennemgår denne udvikling, risikerer man, at børnene udsættes for et uheldigt krydspres. På den ene side bakkes de i gruppen op i, at det børneliv de lever er hårdt og indebærer mange afsavn, og at de har ret til at forvente mere af livet. På den anden side oplever de ikke, at deres forældre bakker dem op i en udvikling i retning af større selvstændighed og adskillelse fra den syge, eller er villige til at ændre på indgroede mønstre og roller i familien. Der kan også være behov for at se tilbudet om samtalegrupper for børn i et bredere familieperspektiv, hvor der gennem forskellige

indsatser bakkes op om hele familien, hvis et familiemedlem er psykisk sygt. Det kunne fx handle om at etablere et permanent tilbud om netværksgrupper for forældre i lighed med det pilotprojekt, der blev gennemført i regi af Netværket (se afsnit 4.4), hvor forældrene kan drøfte udfoldelsen af forælderrollen i en familie med psykisk sygdom. Eller forældrene til børn i samtalegrupperne kunne blive tilbudt forældresamtaler under vejs i forløbet alt efter behov og/eller flere supplerende familiesamtaler. På denne måde kunne man integrere tilbudet om samtalegrupper for børn med psykisk syge forældre i en egentlig familierelateret indsats.

3.3 Gruppeledere og samarbejdspartneres oplevelse af tilbudet

Gruppelederne og de interviewede samarbejdspartnere oplever det i høj grad som meningsfuldt, at der generelt bliver sat mere fokus på børn af psykisk syge, og de adspurgte samarbejdspartnere oplever typisk tilbudet om samtalegrupperne som et godt tilbud, som de gerne henviser til.

Gruppelederne oplever, at børnene får meget ud af at være i grupperne, og at det derfor giver god mening at bruge ressourcer på tilbudet. De giver udtryk for, at de på mange områder er vokset med opgaven, hvilket også supervisorerne bekræfter. De har, gennem arbejde med samtalegrupperne, primært arbejdet med at udbygge kompetencen i at arbejde med børn i grupper, og giver udtryk for, at den uddannelse og de kurser de har fået gennem projektet har været givtig. De peger også på, at en væsentlig kilde til læring har været den fælles supervision og kvartalsmøderne, hvor der kan udveksles erfaringer med de øvrige grupper.

Gruppelederne har i nogen grad savnet ledelsesmæssig opmærksomhed og opbakning til indsatsen i samtalegrupperne. Dette har givet anledning til frustration hos nogle af gruppelederne, mens andre har betragtet det som et arbejdsvilkår, når man beskæftiger sig med opgaver, der ligger i periferien af organisationens traditionelle kerneydelser⁵. Den ledelsesmæssige opbakning har især været savnet, når leder og kolleger stiller spørgsmål ved, at gruppelederne bruger tid på samtalegrupperne. Dermed signalerer de, at arbejdet med grupperne ikke er lige så vigtigt som Lokalpsykiatriens øvrige opgaver.

Gruppelederne peger på, at de bruger en del tid på aktiviteter, der ligger ud over selve det at afholde gruppemøder. Det er især forsamtaler og udslusningssamtaler, der tager lang tid, men gruppelederne peger også på, at de bruger en del tid på, PR-aktiviteter

⁵ Det er fra den øverste ledelse i Familieafdelingen besluttet, at familieindsatsen i Lokalpsykiatrien skal prioriteres som et indsatsområde, og dermed også tilhører lokalpsykiatriernes kerneydelser. Det tager dog tilsyneladende nogen tid før denne beslutning bliver omsat på lokalt niveau.

og at samarbejde med andre professionelle fx på Familiecentrene, skoler og døgninstitutioner. Enkelte af grupelederne beskriver, at de har oplevet, at andre professionelle i en vis udstrækning overlader ansvaret for at hjælpe barnet til dem, selvom barnet stadig har behov for andre tilbud og ikke mindst for en familierådgiver, der står for at koordinere den eventuelle øvrige hjælp til barnet/familien. De oplever, at de herved får en større opgave og et større ansvar end det oprindeligt var tiltænkt.

3.4 Samlet konklusion

Samlet set må man konkludere, at de børn og forældre, der er i kontakt med tilbudet er meget positive og vurderer, at børnene faktisk opnår en række af de kompetencer, som det var hensigten at bibringe dem med samtalegrupperne. Projektet er således på mange måder på vej til at opfylde dets langsigtede mål, forudsat at arbejdet i samtalegrupperne også virker forebyggende på lang sigt.

Nedjustere forventningerne – eller give grupperne mere næring lokalt?

Der kan dog stilles spørgsmålstejn ved, om tilbudet om samtalegrupperne drives på den mest effektive måde. Der anvendes relativt mange ressourcer på at drive grupperne i de fire lokalpsykiatrier, idet der hver uge anvendes 16 arbejdsdage i de fire lokalpsykiatrier til sammen, til at drive samtalegrupperne. Dette skal sammenholdes med at hver gruppe ofte har haft færre end syv børn af gangen, og at der typisk ikke er venteliste til samtalegrupperne. Der skal således stadig gøres en stor indsats for at få samtalegrupperne fyldt op, og der er børn, der deltager i samtalegrupperne meget længe – måske også længere end det er strengt nødvendigt.

Denne iagttagelse kan lede til, at man vælger mellem to forskellige strategier for samtalegruppernes fremtid. Enten kan man vælge at være tilfreds med det antal børn, tilbudet når med den nuværende indsats og organisering, og rationalisere det på den baggrund. Eller man kan holde fast i den oprindelige betragtning om, at der er omkring 3.000 – 4.500⁶ børn i målgruppen i Århus Kommune, og at vi derfor er nødt til at gøre en endnu større indsats for at nå disse familier og i denne proces også se på samtalegruppernes rammebetingelser i lokalpsykiatrierne.

De interviewede forældre peger på, at de opfatter det som en kvalitetsgaranti, at samtalegrupperne hører under lokalpsykiatrien, men at det ikke er afgørende for dem, at tilbudet ligger i tilknytning til lokalpsykiatrierne, hvis blot man kan garantere, at der i tilbudet vil være den nødvendige psykiatrifaglige viden. Ligeledes peger de interviewede forældre og deres børn på, at det er rart, at tilbudet ligger lokalt, men at

⁶ Psykiatrifonden oplyser, at mellem 50.000 og 80.000 børn lever i familier hvor forældre har psykiske lidelser. Projektleder Karen Glistrup skønner derfor, at 3.000-4.500 børn i Århus Kommune er berørt af forældrenes lidelse, og at tallet ca. er det dobbelte på amtsplan.

det heller ikke er afgørende for, om de vil benytte sig af tilbudet. Man kan derfor overveje, om det giver den bedste udnyttelse af lokalpsykiatriens ressourcer, at der drives børnegrupper i alle fire lokaldistrikter. Måske kunne det nuværende behov dækkes af, at to lokalpsykiatrier udbyder børnegrupper? Eller at tilbudet forankres et andet sted?

Ønsker man imidlertid fremover at nå en større andel af målgruppen, end man når med det nuværende tilbud, vil det være nødvendigt at gøre en endnu større indsats for at gøre tilbudet kendt blandt potentielle henvisere. Det vil ligeledes være en stor fordel at se tilbudet om samtalegrupper i et bredere familieperspektiv, hvor implementeringen af børnepolitikken generelt sættes på dagsordenen, for at lave en helhedsplan for, hvordan den amtslige og kommunale psykiatri kan støtte op om familier med psykisk sygdom. I den sammenhæng er det vigtigt at sikre en ledelsesmæssig opbakning i de kommunale lokalpsykiatrier til at afsætte de nødvendige ressourcer og til vedholdende at sætte børneperspektivet på dagsordenen i samarbejdet med den amtslige behandlingspsykiatri. En sådan øget indsats og øget lederfokus kunne være med til at understøtte, at Lokalpsykiatrierne – kommunale som amtskommunale – løfter opgaven med at implementere børnepolitikken på en bedre måde, end det sker i dag. Hermed vil der formentlig komme større fokus på samtalegruppernes arbejde, og man ville nå flere familier med børn i samtalegruppernes målgruppe.

Forældrenes misbrug og selvmordsforsøg som særlige fokusområder

Evalueringen peger på, at der er en relativt stor andel af børnene, hvis forældre ud over psykisk sygdom også har et misbrugsproblem⁷ – enten af alkohol, hash eller andre stoffer – og at en relativt stor andel af børnene har oplevet, at forældrene eller andre nære familiemedlemmer har forsøgt selvmord. Fra forskningen ved man, at et misbrug i sig selv er en alvorlig belastningsfaktor i børnenes liv, idet det meget direkte påvirker forældrenes evne til nærvær og til at give omsorg til barnet, og at forældres selvmordsforsøg også i høj grad belaster børnene. Man ved ligeledes, at den negative påvirkning af barnet stiger markant, når flere belastningsfaktorer optræder samtidig (Egelund og Hestbæk, 2003 samt Borges 2003). Det vil derfor være en fordel, hvis gruppelederne fremover i kontakten til familierne har mere fokus på disse problemstillinger, så man dels får en mere sikker registrering af omfanget og får problemerne drøftet åbent med familierne, så de senere kan forholde sig til det i samtalerne med børnene.

⁷ Vi har ikke foretaget nogen systematisk registrering af forældrenes selvmordsadfærd eller misbrug, men for ni (9%) af børnene fremgår det af gruppeledernes notater, at en af forældrene – som oftest den syge – eller en af deres søskende har forsøgt at begå selvmord (en forælder har begået selvmord). For 18 (19%) af børnene fremgår det, at en eller begge forældre har et misbrug – som oftest af alkohol.

Det er væsentligt, at der er en høj grad af psykiatrifaglig viden blandt gruppelederne, men det er også vigtigt, at gruppelederne forholder sig konkret til andre problemer i børnenes liv end blot dem, der snævert hører til forældrenes diagnose.

4 Projektets hovedelementer

4.1 Det særlige ved de århusianske samtalegrupper

Der findes landet over (også internationalt) efterhånden en del erfaringer med samtalegrupper for børn af psykisk syge⁸. I Århus Amt har SIND gennem flere år i samarbejde med kommunerne etableret samtalegrupper for børn⁹. Fælles for mange af grupperne er, at de har været drevet som lukkede grupper med et aftalt forløb for en gruppe af relativt aldershomogene børn, samt at gruppelederne i mange tilfælde har været terapeuter.

Fordelene ved denne fremgangsmåde er, at den giver børnene stor tryghed og hurtigt giver dem et tilhørsforhold til en fasttømret gruppe af børn på samme alder som dem selv. Ulemperne har ofte vist sig at være, at der kan opstå lange ventetider til grupperne, da et barn først må afvente, at det igangværende forløb slutter, og der igen er tilstrækkeligt mange børn til at etablere et nyt gruppeforløb.

Med grupperne i de århusianske lokalpsykiatrier ønskede man derfor at afprøve en mere fleksibel arbejdsform. De århusianske samtalegrupper har således afprøvet nye metoder inden for feltet på tre områder¹⁰:

Åbne grupper med rullende planlægning

Der er etableret fire parallelle grupper i de fire lokalpsykiatrier. Målet var at starte grupperne med seks børn, og at deltagerantallet gradvist skulle kunne øges til 10 børn. Grupperne skulle være åbne overfor at optage børn i den takt, de blev henvist til grupperne og sluse dem ud igen efterhånden som det enkelte barn er parat til at forlade gruppen. Grupperne planlægges ikke som faste og afgrænsede forløb, men er et fortløbende tilbud som det enkelte barn efter visitationen kan benytte sig af så længe, som det passer den enkelte familie.

På den måde bliver tilbudet mere fleksibelt for børnene, hvoraf nogle kun har behov for at komme i børnegrupperne ganske få gange, mens andre har behov for at komme i gruppen igennem længere tid.

⁸ Se fx notatet "Børn med psykisk syge forældre – God praksis" fra Socialt Udviklingscenter SUS, september 2002.

⁹ Grupperne er evalueret i rapporten "De usynlige børn – Statusrapport vedr. Enkeltsamtaler og ad hoc grupper for børn og unge under 18 år". Ann-Dorthe Petersen for SIND's Pårørende-rådgivning, marts 2003.

¹⁰ Se projektbeskrivelsen "Projekt: Kontakt med psykisk syge forældre og deres børn". Familieafdelingen, maj 2003

Denne tilgang stiller imidlertid store krav til gruppelederne om også at være fleksible og kunne rumme det at skulle optage nye børn undervejs på en måde der giver tryghed både til de børn, der allerede er i gruppen, og til det nye barn. Det stiller ligeledes krav om, at gruppelederne hele tiden skal være i god kontakt med det enkelte barn for at finde ud af, hvornår det er tid for barnet at forlade gruppen. Herudover skærper det kravene til den løbende planlægning for at sikre, at tilbudet hele tiden er relevant, for de børn der til enhver tid er i gruppen – det er således ikke muligt at køre med et fast program med skemalagte øvelser og materiale, som alle børn kommer igennem.

Stort aldersspænd i gruppen

Ud fra en tro på, at børn i forskellige aldre kan indgå i positivt samspil med hinanden og lære af hinandens erfaringer, ønskede man at arbejde med et relativt stort aldersspænd inden for grupperne, så de skulle kunne rumme børn i alderen 10-16 år. Den nedre grænse er sat ved 10 år, primært fordi børnene skal være selvhjulpne i forhold til at transportere sig til og fra gruppemøderne. Erfaringer fra andre tilbud peger på, at yngre børn af sindslidende udmærket kan profitere af at komme i et gruppetilbud¹¹. Den øvre aldersgrænse er sat for lave et blødt overlap til det tilbud som SIND og Ungdomscentret i Århus Kommune har til unge i alderen 14-18 år med sindslidende forældre (Se beskrivelse i afsnit 3.5).

Denne tilgang stiller krav til gruppelederne om at kunne kommunikere med børn på forskellige udviklingstrin og til at kunne etablere en velfungerende gruppe, hvor aldersforskellen bliver en faktor, der kan udnyttes pædagogisk i gruppedynamikken.

Visitation til grupperne og udslusning fra gruppen

Visitationen til grupperne sker ved, at familierne bliver henvist til gruppetilbudet eller selv henvender sig med henblik på at få barnet optaget i en gruppe. Tilbudet er ikke en foranstaltning (Servicelovens § 40), men et forebyggende rådgivende tilbud (Servicelovens § 5). Børnene eller familien har derfor ikke nogen "sag" i Familieafdelingen, blot fordi barnet deltager i gruppetilbudet. En del af børnene har dog allerede i andre sammenhænge kontakt til en familierådgiver med henblik på at støtte barnet.

To gruppeledere (ikke altid kun de aktive gruppeledere) afholder en eller to forsamtaler med – så vidt muligt – hele familien, hvor der informeres om gruppetilbudet, og det drøftes, om det er relevant for deres barn at blive optaget. Der er ikke tale om en familiesamtale, hvor fokus er på at tale om, hvordan psykisk sygdom påvirker familien i

¹¹ I Roskilde har man blandt andet i perioden 1998-2002 gennemført samtalegrupper for 7-10-årige med gode resultater, men man konstaterer samtidig, at det kræver en anden tilgang end for de større børn (Dalgaard, 2002) og SIND gennemfører i andre kommuner også grupper for de 7-10-årige.

bred forstand, men om en forsamtale til det specifikke tilbud om børnesamtalegrupper. Ideelt har familien allerede forinden fået tilbudt og taget imod en familiesamtale med det brede sigte.

Efter forsamlingen tager gruppelederne stilling til, om det enkelte barn kan optages i gruppen, eller om det er mere relevant at give et andet tilbud.

Der er ikke opstillet egentlige visitationskriterier ud over dem, der ligger i målgruppeafgrænsningen. I praksis er der dog blevet skelet til børnenes alder, sådan at de ældste børn, som projektet har fået kontakt til, i flere tilfælde er henvist til SIND og Ungdomscentrets tilbud. I enkelte tilfælde er børn blevet henvist til en af de andre samtalegrupper, hvis gruppelederne har vurderet, at de ville svinge bedre med den gruppe – f.eks. hvis den aktuelle gruppe udelukkende består af yngre piger, kan en større dreng være henvist til en anden gruppe eller har valgt at stå på venteliste indtil der er kommet flere drenge til.

Når et barn skal sluses ud af gruppen, afholdes igen en samtale mellem familien og gruppelederne, hvor fokus er på, hvad barnet har fået ud af at komme i gruppen, og hvordan man fremover bedst kan støtte barnet.

I praksis har det dog vist sig, at disse samtaler ikke altid afholdes, idet nogle børn ikke ønsker at deltage i en sådan afsluttende samtale, eller det ikke er praktisk muligt, fordi familien f.eks. er flyttet, eller barnet i mellemtiden er blevet anbragt uden for hjemmet.

Team af fire gruppeledere med to ”på bænken”

Da tilbudet er etableret som et rullende tilbud uden faste start- og stopspunkter ønskede man, at der til hver gruppe blev knyttet fire gruppeledere¹², hvoraf to af gangen har samtalegruppen, mens de andre to fungerer som sparringspartnere og vikarer, hvis de faste gruppeledere får forfald. Efter en aftalt tid – oftest seks måneder – bytter gruppelederne, så en eller begge de passive gruppeledere skifter til at være aktive.

Formålet med denne fremgangsmåde er dels at sikre, at tilbudet bliver mindre sårbart overfor udskiftninger blandt gruppelederne, da der hele tiden er passive gruppeledere, der kender den aktuelle gruppe, de emner de har arbejdet med, og hvad der har fyldt

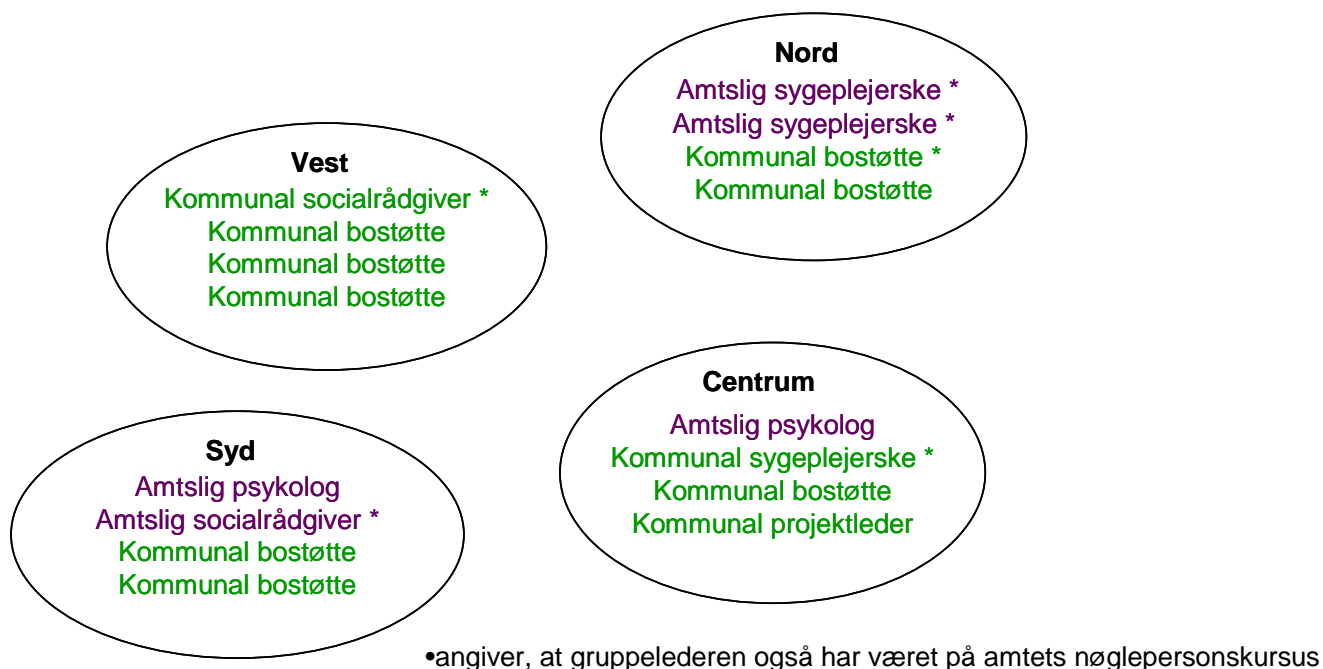
¹² Oprindeligt var det planlagt at der kun skulle være tre gruppeledere tilknyttet de enkelte grupper. Lokalpsykiatrierne fandt dog allerede i løbet af sommeren 2003 ud af, at det ville være en fordel at tilknytte fire gruppeledere. Samtidig blev det besluttet af den samlede ledelse i lokalpsykiatrierne, at gruppelederne også kunne rekrutteres blandt de amtslige medarbejdere i lokalpsykiatrien.

meget i børnenes liv, som kan træde til. Dels at sikre, at gruppelederne har kolleger, som de kan dele deres erfaringer og refleksioner med.

4.2 Beskrivelse af de fire samtalegrupper

Børnegrupperne er startet i perioden september – oktober 2003 i alle de fire socialdistrikter i Århus Kommune. Grupperne har mødtes en eftermiddag hver anden uge i 2-2½ time i lokaler i tilknytning til lokalpsykiatrien, som børnene og gruppelederne i fællesskab har søgt at sætte deres præg på ved at ophænge tegninger, have kurve med legetøj og spil, mv.

Nedenstående figur viser, hvordan gruppelederne, der pr. februar 2005 drev samtalegrupperne var forankrede, og hvilke funktioner de i øvrigt varetog.



Gruppeledernes baggrund

Gruppelederne er alle udpeget lokalt i de fire lokalpsykiatrier. De er primært blevet udpeget ud fra hvem af det givne personale, der havde lyst til og (dernæst) kompetence til at arbejde med børn i gruppeforløb. De er alle erfarne medarbejdere inden for psykiatrien og tæller, som oversigten viser, forskellige funktioner inden for psykiatrien. Der har over tid været nogen udskiftning blandt gruppelederne. Der er således fire medarbejdere, der ikke pt. fungerer som gruppeledere, men som tidligere har været en del af projektet. Seks af gruppelederne havde gennemgået en amtlig

uddannelse som nøgleperson¹³, og havde derfor forinden en grundlæggende viden om, hvad det betyder for et barn at vokse op i en familie med psykisk sygdom, samt det at gennemføre familiesamtaler. Andre var primært udpeget på baggrund af deres lyst til at beskæftige sig med emnet, samt personlige kvalifikationer. Fælles for gruppelederne har dog været, at kun en af dem på forhånd havde indgående erfaringer med at arbejde med børn i grupper¹⁴.

En vigtig aktivitet i projektets start har derfor været at give gruppelederne visse grundlæggende færdigheder inden for det at arbejde med grupper og ideer til, hvordan de selv kunne søge mere viden og kvalitetsudvikle deres lokale gruppe. Der er således i projektet afholdt følgende kursusaktiviteter

- Fire dages introkursus med Gunnar Eide, familieterapeut fra Børnepsykiatrien i Kristiansand.
- To dages kursus med leder af Familiebehandlingen i Centrum, Poul Gamborg
- En dags kursus med familiebehandler Bodil Burian
- To dages kursus med socionom og terapeut Ken Heap.

Herudover har hver gruppe fået en mappe med inspirationsmateriale, der løbende er blevet suppleret, ligesom der på kvartalsmøderne af og til har været eksterne oplægsholdere, der kunne inspirere gruppelederne i deres arbejde.

Gruppelederen har deltager i netværksmøder arrangeret af SUS.

Den valgte rekrutteringsform til grupperne resulterede i, at alle de udpegede gruppeledere var kvinder. Der er senere søgt at rette op på denne kønsmæssige skævhed, og i Centrum er der i dag to mandlige gruppeledere.

Kvartalsmøder

Gruppelederne har mødtes to til tre timer ca. en gang i kvartalet på tværs af de fire samtalegrupper for at udveksle erfaringer, drøfte principielle spørgsmål og modtage fælles information.

En af de fælles aktiviteter på kvartalsmøderne har været at planlægge, hvordan den fælles pr-strategi for tilbudet skulle være, og fordele opgaverne gruppelederne imellem.

¹³ Nøglepersonerne har gennem et kursus fået særlig viden om, hvordan forældres psykiske sygdom påvirker børnene, og de har en særlig opgave i forhold til at fungere som videns- og ressourceperson i forhold til deres kolleger og til at sikre, at børneperspektivet inddrages i behandlingen af psykisk sygdom.

¹⁴ I projekter andre steder har man valgt at prioritere anderledes. I et samarbejde mellem Gram Kommune og psykiatrien i Haderslev har man blandt andet prioriteret at ansætte personale, der havde en solid viden om børns intellektuelle, følelsesmæssige og sociale udvikling og herefter opkvalificere dem bl.a. mht. psykiatrifaglig viden. (Hammershøi, 2005, s. 7)

Erfaringerne fra projektet er, at det har været nødvendigt løbende at gøre en stor indsats for at udbrede kendskabet til tilbudet, og hvordan man får adgang til samtalegrupperne. Der er således uddelt pjecer med information om gruppetilbudet, løbende annonceret i dagspressen, skrevet artikler om grupperne og løbende orienteret om projektet blandt potentielle henvisere. Gruppelederne har med jævne mellemrum orienteret om tilbudet på personalemøder både internt i lokalpsykiatrierne og i det omfang, det har været muligt at få adgang på møder, på afdelinger på Psykiatrisk Hospital og specialklinikker i psykiatrien.

Supervision

Gruppelederne har en gang om måneden¹⁵ fået supervision i tre timer fra erfarne ledere fra to af kommunens familieværksteder. Gruppelederne fra Syd og Centrum har modtaget supervision sammen og Vest og det samme gælder i gruppen i Nord.

Supervisionen blev i starten meget brugt til at pejle sig ind på, hvordan man arbejder med børn i grupper, og supervisorerne havde i starten snarere en rolle som konsulenter for grupperne. Efterhånden som gruppelederne er blevet mere fortrolige med det at arbejde med samtalegrupperne, har supervisionen ændret karakter til i højere grad at være et sted, hvor egentlige supervisionsemner blev taget op – eksempelvis behandling af en episode i gruppen, hvor gruppelederne ikke syntes, at de fik samtalen til at fungere, deres egen rolle heri, mulige alternativer etc.

Den fælles supervision er i høj grad også blevet brugt til at bringe ny energi ind i grupperne ved at udveksle fælles temaer og arbejdsmetoder med gruppelederne fra den anden gruppe.

4.2.1 Arbejdsmetoder i grupperne

De fire grupper har mødtes en gang hver 14. dag i ca. 2½ time efter at børnene har fået fri fra skole i gruppelokalet.

En af de fælles erfaringer gruppelederne har gjort er, at det er en rigtig god ide at starte med at servere lidt eftermiddagsmad for børnene, når de kommer frem for at vente til pausen midt i mødet. Børnene har meget lettere ved at koncentrere sig om dagens emne, når de ikke er sultne.

Grupperne starter derfor nu med at mødes om lidt mad og herunder så småt tage fat på at introducere dagens tema og tage en "siden-sidst-runde" hvor børnene fortæller, hvordan de har haft det siden gruppen sidst sås. Det er en erfaring i to af grupperne, at

¹⁵ I de første tre måneder af projektets løbetid fik grupperne supervision to gange om måneden.

"siden-sidst-runden" en overgang ikke rigtig fungerede for børnene; de havde svært ved at finde ud af, hvad det var for ting, de skulle fortælle, og runden kom til at tage meget tid. I de to grupper har man derfor valgt at indsnævre emnet, så de ting, der bringes op primært handler om, hvordan barnet har haft det med sin syge forælder.

Under siden-sidst-runden dukker der ofte temaer op som danner grundlag for en fælles drøftelse, eller gruppelederne inviterer de andre børn til at spørge ind og komme med egne refleksioner til et andet barns oplevelser. Runden bruges således til at skyde sig ind på, hvordan børnene har det, og hvad det er for ting, der fylder i deres liv lige nu samt til at bringe de andre børns erfaringer og løsningsstrategier i spil.

Herudover har det i alle fire grupper været et fast element, at gruppelederne har gennemgået forskellige temaer inden for psykiatrien, og således undervist børnene i, hvad det vil sige at have en psykisk sygdom, hvilke sygdomsbilleder de enkelte diagnoser dækker over, følgesygdomme, prognoser etc, samt hvad man ved om, hvordan psykisk sygdom hos forældrene påvirker børn. Tanken bag er, at denne psykoedukative tilgang hjælper børnene til bedre at forstå deres forældre og til at kunne se mere nuanceret på deres forældre og f.eks. skelne mellem, hvad der er sygdommen, og hvad der er forældrenes personlighed.

I alle fire grupper har man arbejdet ud fra en nogenlunde fast metode for, hvordan man tager imod nye børn, og hvordan man siger farvel til børn, der skal stoppe i gruppen. Gruppeledernes erfaringer er, at det faktisk er positivt for børnene, at de løbende får lejlighed til at præsentere sig selv og herigennem kan vælge at lægge vægt på eller nedtone sider af sig selv. I to af grupperne har man sagt farvel til børn, ved at gruppens medlemmer alle har skrevet sedler til barnet med ting, han eller hun er god til, eller hvorfor netop han eller hun er værd at holde af. I en af grupperne bliver der indkøbt en lille gave til det barn, der forlader gruppen. Ideen er, at skabe en positiv stemning omkring det at sige farvel og at pege barnet videre i en retning, hvor han eller hun har fokus på sine stærke sider og på at være tro mod egne følelser.

Ud over disse fælles rammer har gruppelederne anvendt forskellige redskaber og metoder i deres arbejde med børnene. Nedenfor er de mest udbredte beskrevet.

At tænde lys for hinanden: For at understrege gruppetilhørsforholdet har alle fire grupper efterhånden taget et fælles ritual til sig, hvor hvert barn, der starter i gruppen får sin egen stage til et fyrfadsllys. Lyset tændes når man samles i gruppen, og i nogle af grupperne står lysene for dem, der ikke er mødt op utændte, mens andre vælger også at tænde lys for dem. Erfaringen er, at dette giver en god lejlighed til at samles om, hvem der er mødt op, og hvorfor der eventuelt mangler nogen i gruppen i dag.

Fælles maskot: To af grupperne har indkøbt et krammedyr, som børnene kan sidde med, hvis der er emner, der går særligt tæt på, og de har brug for at give nogen eller noget et kram. Dyrene har fået navne og fungerer som en slags fælles maskot. Erfaringen er, at nogle af børnene i starten syntes, at det var lidt fjollet med et krammedyr, men gruppelederne kan konstatere, at de faktisk bruger det efter hensigten, og at de trøster i en svær situation.

Ansigter, farver, sten mv.: En tredje arbejdsmetode som alle fire grupper har benyttet sig af, er at tage udgangspunkt i billeder eller farver og bede børnene placere deres egne følelser i forhold til dem og forsøge at beskrive, hvorfor de giver dem netop disse følelser. En anden variant er at lade børnene vælge en sten, der kan fortælle noget om hvordan de har det. Metoden hjælper børnene til at kunne sætte ord på ting, det kan være svært at tale om.

Tegning og maling: En fjerde arbejdsmetode, der benyttes i alle fire grupper, er at lade børnene tegne – enten med en åben dagsorden eller inden for et bundet tema. Herved opnås også kontakt til andre lag af følelser, og billederne kan efterfølgende danne grundlag for en drøftelse af temaerne. Erfaringerne er, at det hjælper børnene til bedre at kunne forholde sig til deres forældre og familiesituation og sætte ord på, frem for en mere abstrakt diskussion.

Højtlesning: En femte arbejdsmetode nogle af grupperne har benyttet, er at læse højt for børnene af bøger, artikler eller eventyr, der omhandler dagens tema og bagefter behandle det hørte i gruppen.

Besøg udefra: En sjette metode, som alle grupperne har benyttet sig af, er at invitere folk ude fra til at holde oplæg for gruppen. Alle fire grupper har haft besøg af **dr. Klog** – en psykiater fra lokalpsykiatrien eller Psykiatrisk Hospital – som børnene kan stille spørgsmål til, om det de gerne vil vide mere om – eksempelvis arvelighed, sygdomsbilleder og prognoser for at blive rask. Alle fire grupper har også haft besøg af **voksne, der selv er vokset op med en psykisk syg far eller mor**. Gennem deres historier og oplevelser får børnene mulighed for dels at se, at man kan blive en "normal" voksen også med den komplicerede baggrund, dels gennem deres fortælling og italesættelse af det svære, at spejle deres egen livssituation. To af grupperne har haft besøg af en **voksen, der selv er psykisk syg**, men i så god behandling, at han eller hun kunne fortælle om, hvordan det oplevedes indefra at have en psykisk sygdom.

Besøg på psykiatrisk hospital: To af grupperne har besøgt modtagelsen på psykiatrisk hospital for at give børnene nogle billeder af, hvad det er for et miljø deres forældre oplever, når de er indlagt. For nogle af børnene har det været en dramatisk

oplevelse at besøge hospitalet, mens besøget for andre har virket modsat. Under besøget har grupperne som oftest været forbi museet på hospitalet, der dels rummer kunst lavet af de indlagte gennem tiden, dels giver et historisk rids af udviklingen inden for psykiatrien.

Rollespil: En enkelt gruppe har anvendt rollespil, hvor en situation fra børnenes dagligdag er blevet dramatiseret og genspillet sammen med gruppelederne og de andre børn i gruppen. Erfaringen er, at det er svært, men også at det er en metode, der er god til at bringe de dybere og måske uerkendte følelser i spil ikke bare hos den, der "er på", men også hos de andre, der indgår.

Lege og gå-ture: Alle fire grupper har benyttet fælles lege, pauser og gå-ture som en arbejds metode til at give børnene en pause fra de mere tunge emner. Erfaringen er, at nogle af børnene ikke kan rumme at forholde sig til sygdom og deres egen komplicerede livssituation i ret lang tid af gangen, men har brug for at koble af med jævne mellemrum. Andre reagerer ved at have brug for fysisk udfoldelse ind imellem, for at kunne være til stede når aktiviteterne kræver mere stillesiddende koncentration¹⁶. Særligt gruppen i syd har meget bevidst anvendt fysiske fælleslege. De har ikke holdt pauser med "fri leg", men der er blevet arrangeret en fælles leg, som alle har deltaget i. Deres erfaring er, at børnene er glade for denne form for pause og ikke efterspørger en mere fri pause.

4.2.2 Præsentation af særtræk ved de enkelte grupper

I det følgende præsenteres børnegrupperne i de fire distrikter mht. antallet af børn af psykisk syge forældre, de har haft kontakt til i perioden oktober 2003 – februar 2005, om børnene er optaget i grupperne, samt særlige kendetegn ved den enkelte gruppe.

I figurerne repræsenterer de fuldt optrukne linier børn, der er optaget i gruppen, mens børn, der ikke er blevet optaget i gruppen er illustreret ved stiplede linier.

Fuldt optrukne linier mellem børn viser, at de er søskende, mens stiplede linier viser, at børnene kender hinanden på anden måde.

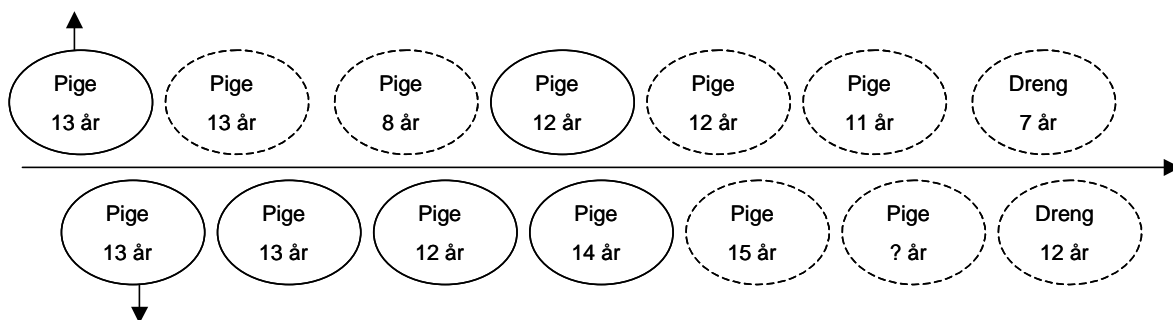
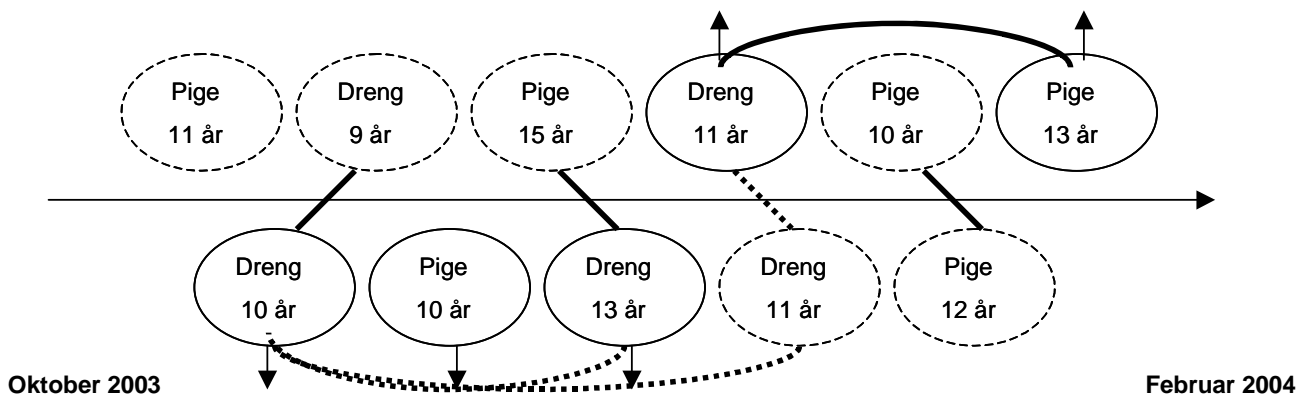
En pil ud viser, at barnet er sluset ud af gruppen igen.

For hver gruppe er der to figurer. Den første figur viser perioden oktober 2003- februar 2004 – de er tidligere præsenteret i projektets midtvejsnotat (Bjørn, 2004). Den sidste

¹⁶ På dette punkt er børnene formentlig ikke anderledes end mange af deres jævnaldrende kammerater, der vokser op i helt gennemsnitlige familier.

figur repræsenterer udviklingen i samtalegrupperne i det seneste år frem til februar 2005.

Samtalegruppen i Centrum



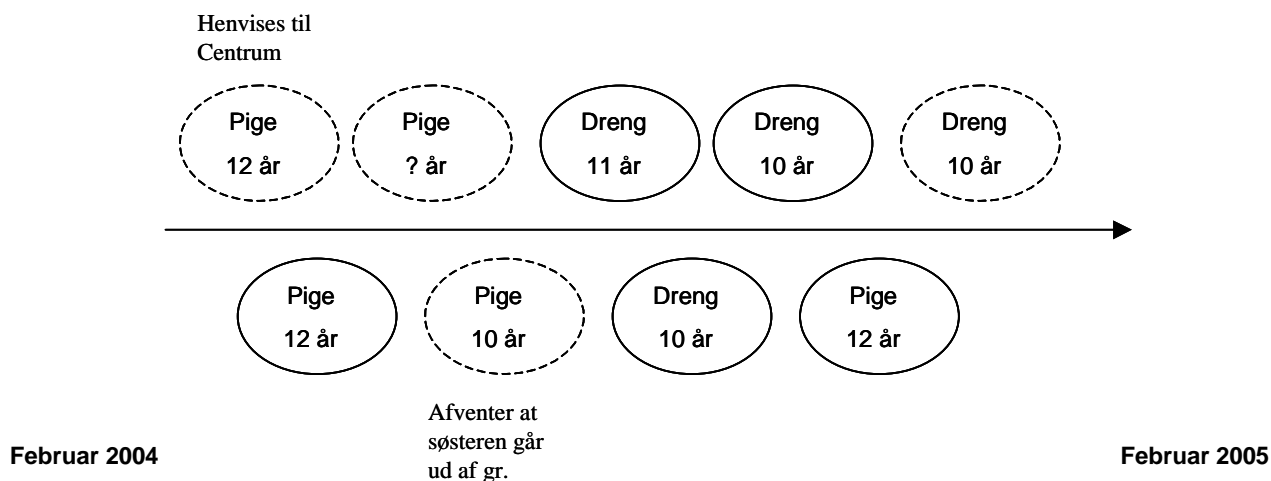
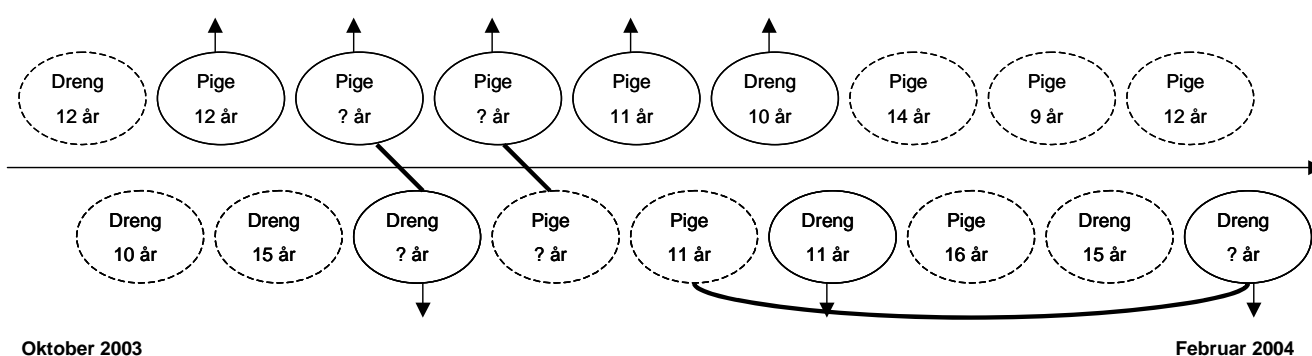
Centrum har i perioden haft kontakt til 25 børn, hvoraf de 11 har været optaget i gruppen. Syv af disse er sluset ud af gruppen igen efter i gennemsnit 11 gange (spredning på fem til 19 gange). Gruppen har løbende bestået af fire til fem børn.

Gruppen startede ud med at optage et søskendepar, hvilket i nogle situationer gav problemer, idet den ene af børnene kom til at dominere. Dette skyldtes til dels, at hun var damp-barn og alene af den grund krævede megen opmærksomhed. Når hun alligevel blev optaget i gruppen skyldtes det, at hun og moderen gerne ville, og at hun vurderedes at være velbehandlet. Erfaringen fra gruppen er dog, at det ikke er hensigtsmæssigt at optage børn, som man på forhånd kan se vil kræve så megen opmærksomhed, idet det let kan komme til at virke forstyrrende på de andre børn. Eksemplet har ligeledes vist, at det i nogle situationer kan være u hensigtsmæssigt at have søskendepar i gruppen, idet de meget let kommer til at holde hinanden fast i

veletablerede reaktionsmønstre, og kan have svært ved at give hinanden plads til udvikling. I andet år er der således ikke optaget søskende på samme tid i samme gruppe.

Der har det første år i Centrum været påfaldende mange børn, der kender hinanden fra skole eller bopæl eller familiebehandlingen. Dette billede har ændret sig i andet år, hvor man hverken har optaget søskende eller har fået henvist børn, der kender hinanden på forhånd.

Samtalegruppen i Syd



Syd har i perioden haft kontakt til 27 børn, hvoraf 13 er optaget i gruppen. Otte af disse er sluset ud af gruppen igen efter i gennemsnit 14 gange (spredning på otte til 22 gange). Gruppen har løbende bestået af fire til seks børn.

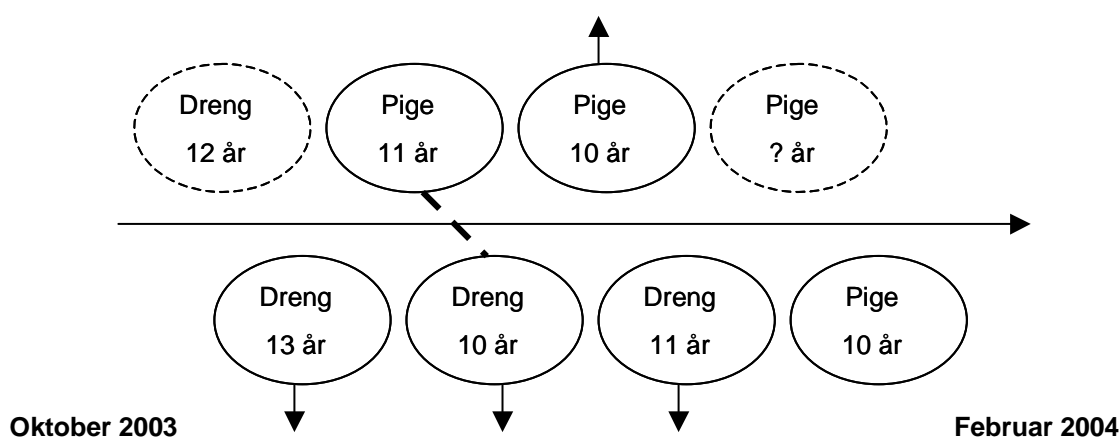
I Lokalpsykiatri Syd har man et børneteamb, der skal have særligt fokus på børn i familier med psykisk sygdom. Tre af gruppelederne har været med i dette børneteamb. Børneteambet er muligvis forklaringen på, at Syd i det første år havde betydeligt flere henvendelser end de øvrige tre grupper.

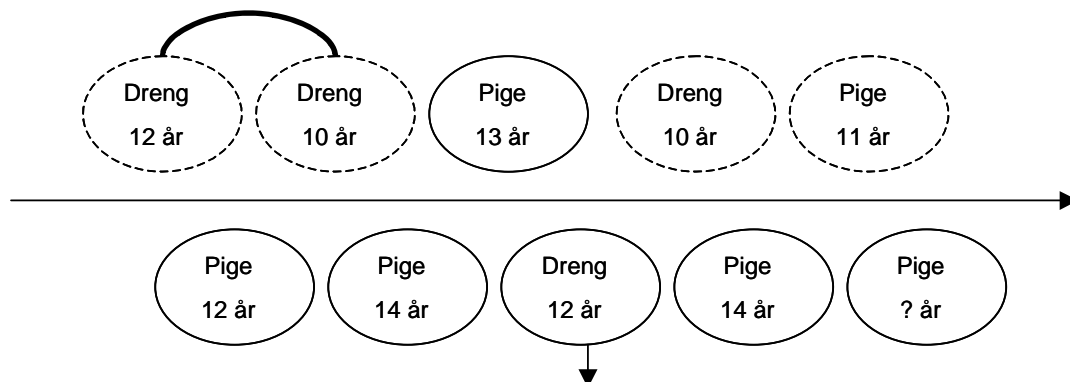
Syd har haft ét søskendepar i gruppen. Erfaringerne er også for denne gruppe, at det ikke har været let at rumme at have et søskendepar i gruppen, og man har også i andet år valgt ikke at optage søskende i samme gruppe. Et barn stod pr. februar 2005 på venteliste til at få plads i gruppen, når hendes søster forlod gruppen.

Syd havde i det første år kontakt til en del teenagere, som man ikke har vurderet, at det var hensigtsmæssig at optage i gruppen. Man har udtrykt ønske om at oprette en selvstændig ungdomsgruppe, hvilket dog aldrig blev realiseret, idet de unge fandt andre tilbud.

Syd har i lighed med Centrum haft et barn, der "fyldte" meget. For at kunne rumme dette barn har gruppelederne ved flere lejligheder delt sig, hvorefter den ene har talt med barnet alene. Vurderingen er i lighed med Centrum, at de "vilde" børn har brug for tilbudet og har stort udbytte af tilbudet, men at det kan være svært at rumme dem inden for de nuværende rammer, uden at det kommer til at tage opmærksomhed fra de øvrige børn.

Samtalegruppen i Vest





Februar 2004

Februar 2005

Vest har i perioden haft kontakt til 18 børn, hvoraf de 12 er eller har været optaget i gruppen. Fem af disse er sluset ud af gruppen igen efter i gennemsnit 11 gange (spredning på en til 22 gange).

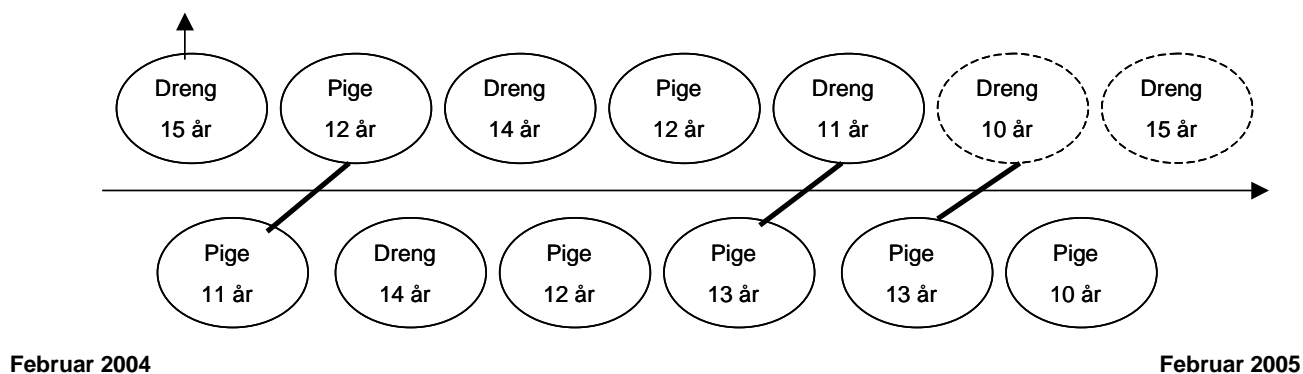
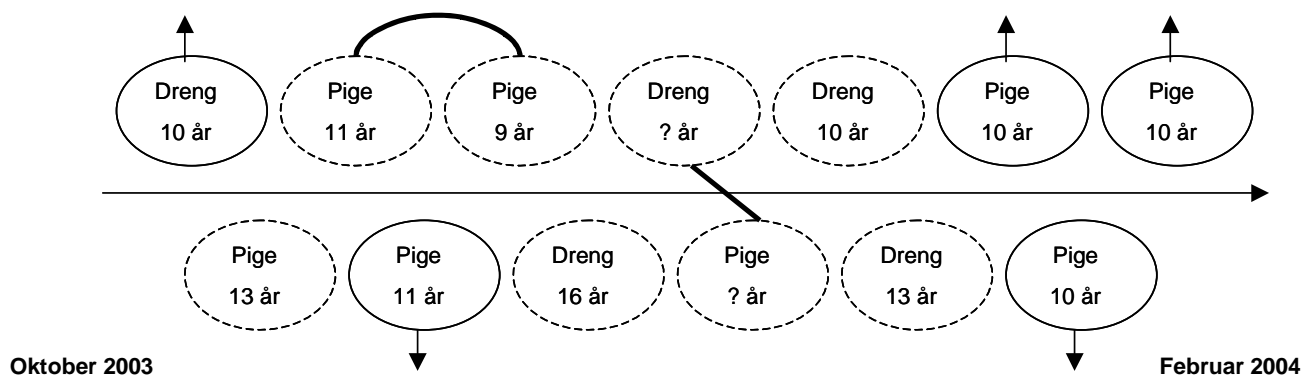
Vest er den gruppe, der har fået færrest henvisninger, men de har alligevel optaget næsten lige så mange børn som de øvrige grupper. Dette kan enten skyldes, at henviserne har været mere præcise i deres henvisninger til gruppen i vest, eller det kan skyldes, at gruppelederne har haft andre optagekriterier og optaget børn, der i andre distrikter ville være afvist. Når man ser på de enkelte børn i samtalegruppen, er der dog ikke noget der peger på, at de adskiller sig markant fra børn optaget i de øvrige tre grupper. Gruppen har også her løbende bestået af fire til seks børn.

Vest har ikke haft kontakt til søskendepar eller børn, der på forhånd kender hinanden.

I Vest har man valgt så vidt muligt at gennemføre forsamtalerne i børnenes hjem, da man vurderer, at det giver et godt indblik i, hvad det er for en dagligdag barnet lever i. En viden de vurderede var vigtig for deres arbejde med børnene.

Vest har kun fået henvist ét barn med anden etnisk baggrund end dansk, hvilket kan undre, når distriktet dækker nogle af de boligkvarterer i Århus, hvor der bor flest borgere med anden etnisk baggrund.

Samtalegruppen i Nord



Den største udvikling i børnegrupeerne er sket i Nord. Her har man haft kontakt til 26 børn, hvoraf 16 er optaget i gruppen. Fem af disse er sluset ud af gruppen igen efter i gennemsnit syv gange (spredning på fire til 12 gange).

Nord havde i starten problemer med at få tilsagn om deltagelse fra de børn af psykisk syge, der blev henvist. Det har blandt andet betydet, at de i perioder reelt ikke har afholdt gruppemøder. Først januar 2004 er gruppen kommet i gang med fire børn. Herefter har gruppen kørt stabilt med mellem tre og ni børn.

I Nord har man valgt i andet år at optage to søskendepar, hvor begge børn havde behov for og lyst til at starte i gruppen. Det har betydet, at gruppelederne skulle forholde sig til gruppen på en anden måde, fordi der var børn, der kendte hinanden særdeles godt og kunne tale indforstået sammen. Det har på den anden side også tilført gruppen nye dimensioner, eksempelvis fordi man mere naturligt og åbent har

kunnet tale om, hvordan det er at have søskende, og at man ikke altid ser og opfatter ting ens af den grund¹⁷.

4.3 Samarbejde med praktiserende læger og psykiatere

Det er erfaringen, at der er en stor gruppe af familier med psykisk sygdom, der enten kun meget kortvarigt er indlagt på psykiatrisk hospital og herefter behandles af egen læge/psykiater eller alene behandles hos egen læge/psykiater. Denne gruppe får sjældent adgang til de tilbud der findes til familier og børn i psykiatrien. En del af projektet retter sig derfor mod opbygning af samarbejde med privatpraktiserende læger og psykiatere om at tilbyde familiesamtaler til børnefamilier med psykisk sygdom, som alene er i behandling os egen læge eller psykiater, samt i det omfang at det viser sig relevant, at henvise børn i alderen 10-16 år til en af samtalegrupperne i lokalpsykiatrien eller til SIND og Ungdomscentret.

Denne del af projektet er blevet forsinket og er først kommet i gang 1. marts 2005 samtidig med, at Socialministeriet har givet en selvstændig bevilling til at opbygge samarbejdet over længere tid. Denne del af projektet løber derfor frem til 1. marts 2006 og vil blive evalueret selvstændigt.

De foreløbige erfaringer peger dog på, at det er meget vanskeligt at få privatpraktiserende læger og psykiatere i tale, og at det er ret fremmed for dem at skulle bringe børnene ind som et samtaleemne med deres patienter.

4.4 Samtalegruppe for forældre med psykisk sygdom - Pilotprojekt

Netværket og Familiebehandling Centrum har i fællesskab i 2004 gennemført et pilotprojekt omkring samtalegrupper for forældre med psykisk sygdom. Der er i perioden marts 2004 frem til maj 2004 gennemført et gruppeforløb for seks forældre¹⁸ med to gruppeledere tilknyttet, en fra Netværket og en fra familiebehandlingen. Karen Glistrup har været gæsteoplægsholder på et af møderne.

Tilbudet omfattede 11 gruppemøder af to timer, hvor følgende temaer blev behandlet:

- Hvad vil det sige at være en god forælder
- Dårlig samvittighed
- At tale med egne børn/at sætte ord på egne psykiske vanskeligheder overfor børnene
- At få noget til sig selv

¹⁷ Se også Hammershøi, 2005, s. 40

¹⁸ Oprindeligt var der syv forældre tilmeldt, men en meldte sig meget hurtigt ud, da han/hun oplevede, at det var for svært at tale om, hvordan sygdommen påvirkede børnene.

- At være et forbillede for børnene
- At turde vise svaghed
- Tanker om fremtiden – Opsamling på forløbet

Erfaringerne fra forløbet er, at:

- Et forløb med 11 møder er lidt for kort tid, hvis det man ønsker er at sætte gang i en ændringsproces hos deltagerne
- Forældrene er præget af stor følelse af mindreværd og har meget høje forventninger til, hvad "den gode forælder" gør og svært ved at leve op til disse med skyldfølelse og dårlig samvittighed til følge
- Forældrene var gode til at se ressourcerne hos hinanden og bakke disse op og understøtte dem hos hinanden. Der er således en positiv effekt af at forældrene mødes i en gruppe
- Forældrene er forbeholdne overfor systemet og bange for, at deres børn skal blive taget fra dem, hvis de viser, at de har svært ved at magte forældrerollen
- Forældrene fik indsigt i deres børns behov for viden og støtte, og flere tog imod tilbudet om en familiesamtale under vejs

Samlet set vurderes det at være et godt tilbud til forældre med psykisk sygdom, som kan støtte dem i deres forældrerolle og kommunikationen med deres børn. I sammenhæng med samtalegrupperne for børn, vil det for nogle af familierne være et godt supplement, hvis der var et permanent tilbud til forældrene, som evt. kan understøtte dem i også at acceptere en udvikling mod ændrede mønstre og roller i familien, som fx igangsættes af samtalegrupperne for børn.

Samtalegrupperne for forældre med psykisk sygdom er ikke blevet gjort til et permanent tilbud, og der har således kun været afholdt forløb for denne ene gruppe.

Yderligere oplysninger om pilotprojektet kan findes i notatet "Gruppeforløb for psykisk syge forældre – Et pilotprojekt i samarbejde med Netværket, Toldbodgade 5, Århus C. og Familiecenter Centrums Familiebehandling, Valdemarsgade 18, Århus C." Udarbejdet af Inge Lundkvist, Netværket og Anni Kruse, Familiebehandling, Familiecenter Centrum. 27. august 2004.

4.5 Øvrige aktiviteter rundt om projektet

SIND/Ungdomscentrets samtalegrupper for unge

SIND's Pårørenderådgivning og Århus Kommunes Ungdomscenter driver i fællesskab samtalegrupper for unge i alderen 14-18 år. Gruppelederne er en repræsentant fra SIND og en repræsentant for Ungdomscentret.

Tilbudet ligner på en række områder samtalegrupperne i lokalpsykiatrien, og der er da også aldersmæssigt et overlap mellem de to tilbud. Der er også eksempler på, at børn, der har været henvist til lokalpsykiatriens samtalegrupper er optaget i SIND's/Ungdomscentrets grupper. Der har ligeledes på en række punkter været et samarbejde mellem de to tilbud. Gruppelederne fra SIND's/Ungdomscentrets grupper har ved flere lejligheder deltaget i gruppeledernes kvartalsmøder, ligesom de har været indbudt til at deltage i uddannelsesdagene for gruppelederne.

SIND's/Ungdomscentrets grupper adskiller sig fra lokalpsykiatriens grupper ved at køre med faste forløb af 10 gange i en lukket gruppe. Det er dog muligt for den enkelte unge at deltage i endnu et forløb, hvis han eller hun i samråd med gruppelederne vurderer, at det vil være gavnligt.

Projektleder Karen Glistrup yder supervision til gruppelederne.

Familiesamtaler i den amtslige psykiatri

Århus Amt begyndte i 2001 at uddanne et korps af nøglepersoner i den amtslige psykiatri, der har til opgave at sikre, at der i hverdagen er fokus på arbejdet med den sindslidendes børn. Nøglepersonen kan være behjælpelig med rådgivning og støtte, både til kolleger og patienterne, og vil også ofte være den person, der står for kontakt og samarbejde til kommunen – fx hvis der er behov for at skrive en underretning. Nøglepersonerne skal understøtte de retningslinier, som psykiatriledelsen har formuleret i pjecen "Børn i psykiatrien" fra 2002.

En af nøglepersonernes opgaver er at tilbyde patienter med børn en eller flere familiesamtaler, hvor de personer der betyder mest i barnets netværk deltager sammen med den syge forælder. Formålet med familiesamtalen er at styrke kontakten mellem børn og forældre og at hjælpe med til at bryde det tabu, der ofte er omkring psykisk sygdom. Ved samtalen kan det samtidig afklares om barnet har behov for ekstra støtte¹⁹.

¹⁹ Se pjecen "Familiesamtalen i voksenpsykiatrien", Psykiatrien i Århus Amt, 2004

Det er dog erfaringerne hos både gruppeledere og interviewede samarbejdspartnere fra psykiatrien, at disse familiesamtaler ikke gennemføres i det omfang, der er behov for. Det skyldes dels at mange patienter er indlagt meget kortvarigt på hospitalet, og at der derfor ikke er tid til at motivere den syge til at tage imod en familiesamtale og til at tilrettelægge en samtale med de relevante deltagere. I den amtslige del af lokalpsykiatrien har man ikke altid prioriteret denne opgave så højt, at samtalerne er blevet gennemført i fornødent omfang. Det sidste gælder dog ikke for Lokalpsykiatri Syd, hvor samtalerne varetages af et særligt børneteam og til dels i Centrum, hvor en kommunal medarbejder efter aftale med den amtslige og kommunale ledelse bruger en stor del af sin tid på familiesamtaler. Denne iagttagelse peger på, at det er en længere proces for behandlingspsykiatrien at implementere den del af børnepolitikken, der vedrører familiesamtaler. Den viser også, at der hvor man har arbejdet systematisk med området i længere tid, er man kommet længere i implementeringsprocessen.

5 Familierne der har været i kontakt med projektet

Andel optagne og årsager til ikke at blive optaget

Projektet har frem til februar 2005 været i kontakt med 95 børn. Dette tal ligger i underkanten af det tal på 120-200 børn, man forventede i projektbeskrivelsen fra maj 2003, og der har på intet tidspunkt været en egentlig venteliste til at blive optaget i samtalegrupperne²⁰. 56 (60%) af de henviste børn har på et tidspunkt været optaget i en af grupperne.

De hyppigste årsager til at barnet ikke bliver optaget i gruppen efter forsamlingen er, at barnet er henvist til andre tilbud som fx Ungdomscentrets og SIND's samtalegrupper (3 børn) eller er henvist til en samtalegruppe i et andet distrikt (2 børn), at barnet er for ungt til samtalegrupperne (4 børn) eller at barnet venter på plads i gruppen, fordi en af barnets søskende på nuværende tidspunkt har plads i gruppen (2 børn). Endelig er et barn vurderet at være behandlingskrævende og er henvist videre til børnepsykiater, mens en er afvist, fordi den psykisk syge mor havde begået selvmord.

Barnet/familien selv har i 15 tilfælde afvist tilbudet. I 15 tilfælde har vi ikke registreret grunden til, at barnet ikke optages. Det skyldes, at der i 10 tilfælde aldrig blev afholdt forsamling, mens der i 5 tilfælde ikke er noteret en begrundelse.

Tilbudet har således været relativt inklusivt og optaget stort set alle de børn i projektets målgruppe, som er blevet henvist og som selv ønskede at blive optaget. De løse visitationskriterier for optagelse i grupperne synes således ikke at have betydet, at tilbudet har afvist børn, fordi gruppelederne har skønnet, at de ikke passede ind i den aktuelle gruppe ud fra mere skjulte og subjektive kriterier. Tværtimod viser erfaringer fra det første år, at grupperne måske i nogle tilfælde har været lidt for brede i deres optag, og har taget børn ind, som set i bakspejlet for gruppens skyld, skulle have haft et andet tilbud.

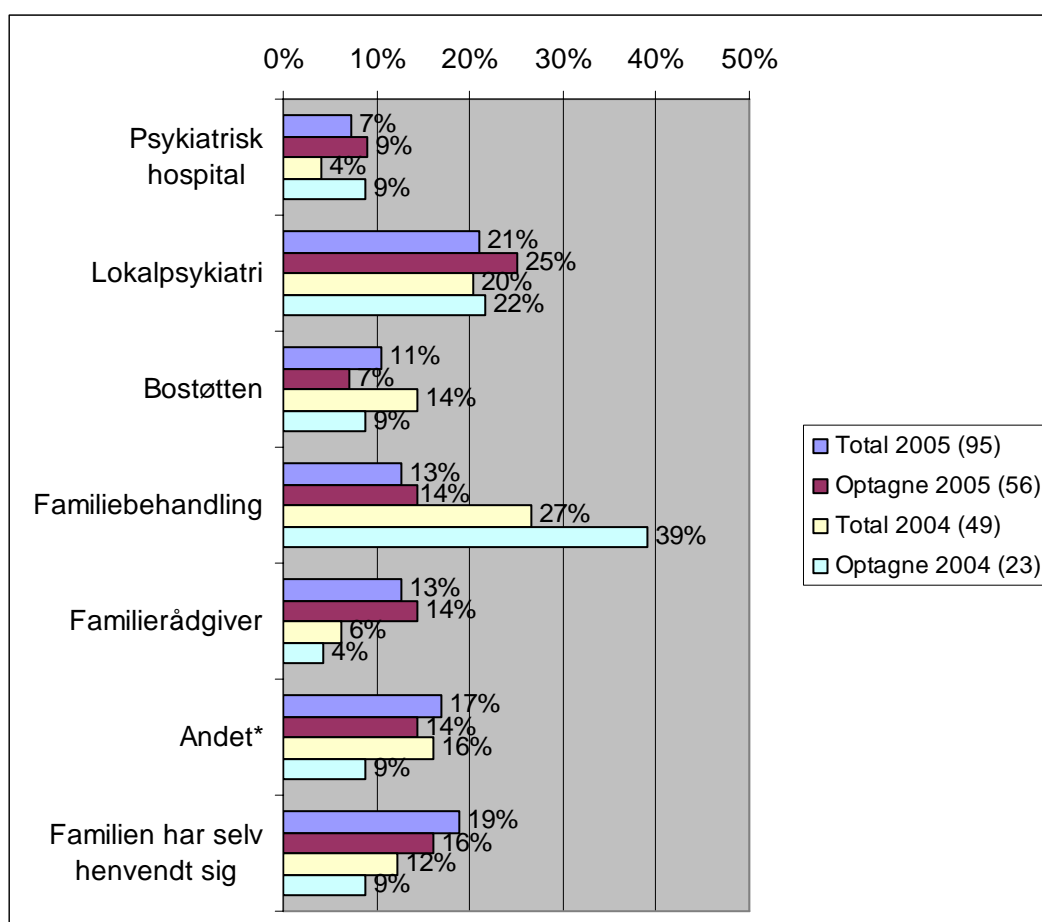
5.1 Henvisningskilder

Projektet henvender sig til børn og psykisk syge forældre med en erkendt psykisk lidelse og dermed til forældre, der som oftest har en løbende kontakt med det offentlige system – enten gennem lokalpsykiatrien eller gennem egen læge. Forventningen var således fra starten, at en stor del af henvisningerne til børnegrupperne ville komme fra lokalpsykiatrien eller fra Psykiatrisk Hospital.

²⁰ I enkelte tilfælde har søskende valgt at vente på en plads i en bestemt gruppe, mens en søster eller bror har haft plads i gruppen.

Som det blev beskrevet i midtvejsnotatet (Bjørn, 2004) viste denne forventning sig ikke at holde mht. de 49 børn, som projektet frem til februar 2004 havde haft kontakt til. Som det fremgår af nedenstående figur, tegnede familiebehandlingen sig for en stor del af henvendelserne det første kvartal til trods for, at psykisk syge kun udgør en mindre del af deres klienter. Dette henvisningsmønster betød, at familierne til en del af de børn, der blev henvist til samtalegrupperne allerede havde et eller flere tilbud, hvor det ville være nærliggende at tale med børnene om deres forældres psykiske sygdom. Projektets henvisningskilder er derfor blevet fulgt tæt gennem det seneste år, og er løbende af rapporteret til styregruppen og driftsgruppen.

Figur 1: Henvisningskilder opgjort på det totale antal børn og optagne børn i februar 2004 og februar 2005



* Kategorien "andet" omfatter sundhedsplejerske, PPR, Netværket, Psyk-info, Ungekontakten, klubpædagog, SIND og egen læge.

Som det fremgår af figuren, er der ikke sket nogen større udvikling i den andel, der henvises fra psykiatrien siden februar 2004. Den andel som henvises fra Psykiatrisk Hospital, lokalpsykiatrien, bostøtten og specialtilbud i psykiatrien som fx OPUS udgør i 2005 39% mod 38% i februar 2004. Til trods for, at der er gjort en ihærdig indsats for at

informere om tilbudet i psykiatrien, er det således stadig kun et mindretal af henvisningerne, der kommer ad disse kanaler.

Der er dog sket et fald i andelen af henvisninger fra familiebehandlingen og familiecentrene fra 33% i 2004 til 26% i 2005. Samtidig har der været en udvikling i retning af, at flere familier selv henvender sig – det gælder for 19% af henvisningerne i 2005 mod 12% i 2004.

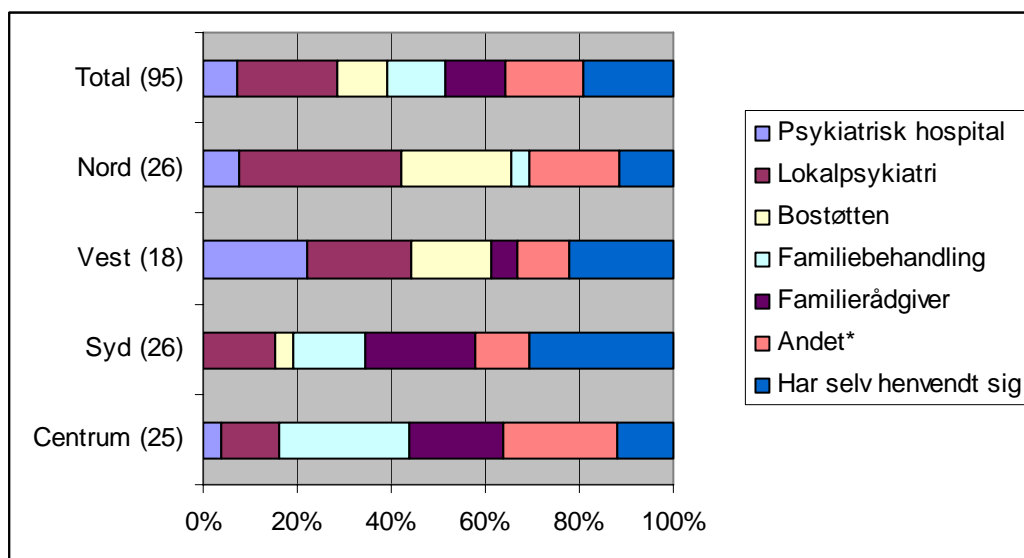
Der er ikke sket nogen udvikling i andelen af henvendelser, der kommer fra andre kilder – Disse udgør i 2005 17% mod 16% i 2004.

Ser vi på, om der er forskel på henvisningskilderne, for de børn der optages i forhold til det samlede antal henviste børn, er der ikke det seneste år sket store forskelle i optagemønsteret. I projektets første år var der derimod en tendens til, at der ikke blev optaget tilsvarende stor andel af børnene fra familiebehandlingen, som der blev henvist. Der er således ikke længere nogen tendens til overvejende at optage børn, der stammer fra bestemte henvisningskilder.

Som nedenstående figurer viser, er der relativt store forskelle på, hvor de enkelte børnegrupper får deres henvisninger fra. Vest og Nord har fået den største andel af deres henvisninger fra psykiatrien (Psykiatrisk Hospital, lokalpsykiatrien, bostøtten eller psykiatriske specialtilbud) – 45% hhv. 64% – mens Centrum har haft den laveste andel fra disse henvisningskilder (16%). Centrum har fået 44% af deres henvisninger fra familiebehandlingen eller familierådgiverne, mens disse kun står for 6% hhv. 4% i Vest og Nord.

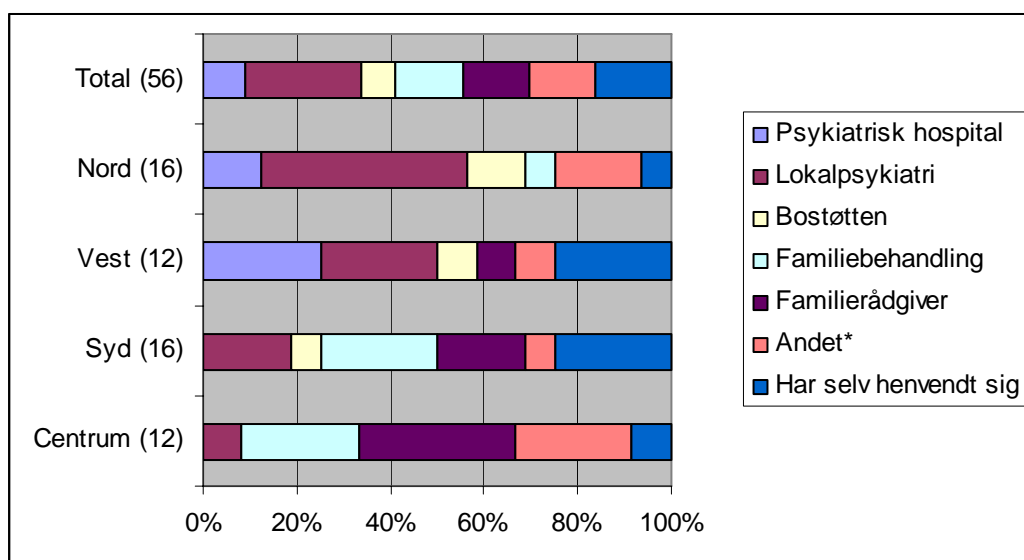
Der ser ikke ud til at være en systematisk sammenhæng mellem sammensætningen af kommunale hhv. amtslige gruppeledere og antallet af henvisninger fra psykiatrien. I Vest er der ingen amtslige gruppeledere, mens der i Nord en overgang har været to amtslige gruppeledere. Tallene skal dog læses med forsigtighed, da der er tale om et begrænset antal børn, hvorfor små udsving i henvisningsmønstret vil slå igennem i opgørelsen med stor vægt.

Figur 2: Alle henvisninger opgjort på grupper



* Kategorien "andet" omfatter sundhedsplejerske, PPR, Netværket, Psyk-info, Ungekontakten, klubpædagog, SIND og egen læge.

Figur 3: Optagne børn opgjort på henvisningskilder og grupper



* Kategorien "andet" omfatter sundhedsplejerske, PPR, Netværket, Psyk-info, Ungekontakten, klubpædagog, SIND og egen læge.

5.2 Børnene

Børnenes alder

De 95 børn, som projektet frem til februar 2005 har haft kontakt til, er i alderen 7 – 16 år. Gruppelederne har i visse tilfælde valgt at tage børn til forsamtale, selvom de aldersmæssigt ligger uden for projektets målgruppe. En del af disse venter på at blive

optaget i en gruppe, når de bliver gamle nok, mens andre har fået hjælp ad anden vej – fx ved at blive tilbudt en familiesamtale, individuelle samtaler eller at blive tilknyttet en særlig ressourceperson på barnets skole. Gennemsnitsalderen for de 95 børn er 11,7 år.

Gennemsnitsalderen for de børn, der har været optaget i en gruppe, er 11,4 år, og spredningen er naturligt nok mindre end for den samlede gruppe, nemlig 10-15 år. På dette punkt er der sket en udvikling siden opgørelsen i midtvejsnotatet i februar 2004 (Bjørn, 2004), der viste, at spredningen i børnenes alder kun var 10-13 år. I løbet af det seneste år er der flere af de lidt ældre børn, der er blevet optaget i grupperne. Det er dog stadig sådant, at det typiske har været et aldersspænd på 2-3 år for de børn, der på et givent tidspunkt har været optaget i de enkelte grupper. Det ser således stadig ud til, at gruppelederne bevidst eller ubevidst søger at sammensætte grupperne, så aldersspændet mellem børnene ikke bliver større end 2-3 år. Projektets ide om, at der i grupperne skulle arbejdes med et relativt stor aldersspænd fra 10-16 år, er således endnu ikke realiseret.

Karakteristik af børnene

Børnene beskrives af gruppelederne som ret forskellige. Der er både tale om børn, der optræder stille og indadvendte og om børn, der søger og afprøver grænser og har behov for megen opmærksomhed. To af børnene er, set i bakspejlet, vurderet til at have behov for særlig støtte, muligvis et behandlingstilbud, og tilhører dermed ikke projektets målgruppe, mens flere andre børn befinder sig i en gråzone. Erfaringerne er, at de har fyldt meget i grupperne, men at de alle har haft gavn af tilbudet. Erfaringen er dog, at det ikke er hensigtsmæssigt, af hensyn til de øvrige børn i grupperne, at optage egentligt behandlingskrævende børn. Begge de støttekrævende børn var optaget i projektets første år. Det seneste år er det tydeligt, at gruppelederne er blevet mere opmærksomme på ikke at optage børn, der har behov for megen individuel støtte, men vise dem videre til andre tilbud – fx individuelle samtaler, børnepsykiater mv.

Langt hovedparten (72 børn eller 76%) af børnene har søskende, og har således i det daglige mulighed for at dele deres oplevelser med andre børn (eller for 3's vedkommende voksne søskende) I 18 tilfælde har to søskende begge været henvist til grupperne – Syv af disse søskendepar er optaget i enten samme gruppe eller i to forskellige grupper. I projektets første år var erfaringen fra at have søskende i samme gruppe, at det ikke var hensigtsmæssigt for børnene, da gruppelederne oplevede, at søskende ofte kommer til at holde hinanden fast i veletablerede reaktionsmønstre og kan have svært ved at give hinanden plads. I en lang periode bestræbte gruppelederne sig således på ikke at have søskende i samme gruppe. På dette område er der, særligt i Nord, sket en udvikling siden i retning af en opblødning på dette punkt. Efterhånden som gruppelederne er blevet mere erfarne og fortrolige med gruppedynamiske

processer har de også bedre kunnet rumme at skulle håndtere søskenderelationer som en del af børnenes bagage og indbyrdes forhold. De har således i perioden februar 2004 til februar 2005 haft to søskendepar i gruppen.

Det er langt fra alle børnene, der bor sammen med deres søskende. Vi har ikke nogen systematisk registrering af dette forhold, og kan derfor ikke sige noget om, hvor mange det gælder.

Kønsfordelingen blandt børnene

De 95 børn, der har været i kontakt med tilbudet, fordeler sig på 56 piger og 39 drenge. Af disse har 56 (34 piger og 22 drenge) på et tidspunkt været optaget i en af børnegrupperne. Som beskrevet ovenfor, er der flest piger, der er blevet henvist til tilbudet²¹. Vi har ikke i evalueringen kunnet finde nogen forklaring på, hvorfor der er denne skævhed i henvisningen af børn til samtalegrupperne. Skyldes det fx, at henviserne – herunder forældrene – vurderer, at tilbudet mest henvender sig til piger? Eller skyldes det, at henviserne vurderer, at pigerne har størst brug for et tilbud om samtalegrupper? Eller er drenge mere skeptiske overfor sådanne gruppetilbud, så de slet ikke ønsker at blive henvist? Datamaterialet er endnu for lille til, at vi kan sige noget præcist om, hvorvidt drenge hyppigere end piger selv takker nej efter forsamlingen til at komme i samtalegruppe.

Skævheden i børnenes kønsfordeling er uheldig, når man tager de forskningsresultater i betragtning, der beskriver, at drenge på en lang række punkter er mere sårbare overfor belastninger i opvæksten, end piger er. I Mogens Nygaard Christoffersens forløbsundersøgelse blandt 155.000 børn født i 1966 hhv. 1973 havde drengene således signifikant større sandsynlighed for at reagere på belastninger i barndommen med både udvikling af psykisk sygdom, kriminalitet og selvdestruktiv adfærd som narkomani og selvmord end pigerne. Kun på et punkt var pigernes sandsynlighed højere end drengenes, nemlig i forhold til selvmordsforsøg. (Christoffersen, 1999, s. 31-33).

Vi kan ikke give svarene i denne evaluering, men gruppelederne kan fremover have opmærksomhed på denne skævhed i rekrutteringen til samtalegrupperne og gennem pr-arbejdet søge at gøre opmærksom på, at tilbudet også retter sig mod drenge med psykisk syge forældre.

²¹ Blandt de henviste børn er 60% piger og pigerne udgør stort set den samme andel af de børn, der optages - 61%.

Børnenes etniske baggrund

Fem (5%) af de børn, man har haft kontakt til, har en anden etnisk baggrund end dansk²². To (2%) af disse er blandt de børn, der er optaget i en børnegruppe. Etniske minoriteter fra tredjelande udgør 9,2% af den samlede befolkning i Århus Kommune²³, og gruppen er noget underrepræsenteret, blandt de børn projektet har været i kontakt med. Der er dog en noget større gruppe på ni børn, der har enten en mor eller far med minoritetsbaggrund.

Det kan som tidligere nævnt undre, at børnegruppen i Århus Vest ikke har fået flere henvisninger på børn med anden etnisk baggrund, da der i deres område er mange borgere med minoritetsbaggrund. Måske er henviserne ikke så opmærksomme på psykisk sygdom hos forældre med minoritetsbaggrund? Måske opfatter de ikke tilbudet som relevant for børn af etniske minoriteter? Måske er de mere tilbageholdende med at tilbyde forældre med minoritetsbaggrund, at deres børn kan blive optaget i en samtalegruppe? En del af forklaringerne kan dog også være, at nogle børn af psykisk syge forældre med minoritetsbaggrund optages i et andet tilbud, der er en udspringer af Etnica-Projektet²⁴, der yder bostøtte til psykisk syge med anden etnisk baggrund. I projektet har man oprettet to samtalegrupper for børn i alderen fem til femten år for børn, hvis forældre modtager (bo)støtte fra projektet. Denne gruppe har siden starten i februar 2005 haft indskrevet 13 børn i grupperne. En del af disse kunne potentielt være optaget i samtalegrupperne under "Projekt Kontakt til psykisk syge forældre og deres børn".

En del af forklaringen er formentlig også, at det opleves som endnu sværere at bryde tabuet og tale om psykisk sygdom i familier med anden etnisk baggrund, og at disse grupper har en generel fremmedhed overfor denne type tilbud til børn. Det er dog fremover værd at være opmærksom på denne skævhed i henvisningerne til samtalegrupperne. Der kan være brug for at gøre henvisere særligt opmærksom på også at forholde sig til børn i familier med minoritetsbaggrund, hvor den ene eller begge forældre er psykisk syge. Ikke mindst udbredelsen af PTSD blandt en del af de etniske minoriteter, der er kommet til landet som flygtninge sandsynliggør, at der er en

²² Dette er vurderet på baggrund af børnenes og forældrenes navne. Der er ikke spurgt specifikt til dette område i registreringen.

²³ Udtræk pr. 1. juli 2005. Statistiske informationer. www.aarhus.dk/statistik

²⁴ Etnica-projektet er et tilbud til sindslidende mennesker, med anden etnisk baggrund end dansk bosat i Århus Kommune. Der ydes støtte til 15-21 familier, der har så omfattende problemer, at de har behov for bostøtte i eget hjem. Da projektet retter sig mod hele familien skal den psykisk syge være en del af en familie, i denne sammenhæng defineret ved at brugeren har børn. Der er i alt 74 børn i de 21 familier man pt. har kontakt til. Projektet startede d. 1.oktober 2004 og fortsætter foreløbig til 1.januar 2006. Læs mere på projektets hjemmeside: <http://mag1.cabo.dk/79/hvem.htm>

gruppe af børn fra minoritetsfamilier, der kunne have gavn af at få tilbud om at indgå i en samtalegruppe²⁵.

Hvem bor børnene sammen med?

Kun 30 (32%) af børnene bor sammen med begge deres forældre. 33 (35%) af børnene bor sammen med deres mor, mens det kun er otte (8%) af børnene, der bor alene sammen med deres far. Dette er et markant resultat, når man tager i betragtning, at for 75 (79%) af børnene er det deres mor, der er psykisk syg (Se næste afsnit). Der er således en relativt stor andel af børn, der ikke bor sammen med deres far, men alene sammen med deres syge mor – Det gælder for 24 (25%) af børnene, mens et af børnene bor alene sammen med sin syge far.

Fem (eller 5%) af børnene bor på børnehjem eller anden institution, mens tre (eller 3%) af børnene bor hos en plejefamilie.

For 15 af børnene har vi ikke nogen sikker registrering på, hvem de bor sammen med.

5.3 Forældrene

For langt hovedparten (75 eller 79%) af børnene er det som nævnt moderen, der er psykisk syg, mens det for 16 (17%) af børnene er faderen, der er syg. For fire (4%) af børnene er begge forældre psykisk syge. At der er så stor overvægt af mødre blandt de syge forældre skyldes til dels, at psykisk sygdom oftere rammer kvinder. Dels at der er flere kvinder med psykiske sygdomme, der får børn end der er psykisk syge mænd, der får børn (Ahlgreen, 2000). En anden forklaring kan også være, at henviserne oplever det som mere belastende for børnene, hvis det er moderen, der er syg, og at de derfor i højere grad er tilbøjelige til at henvise børnene i disse tilfælde. Denne hypotese bliver delvist underbygget af, at det for alle med undtagelse af et af de børn, der bor med begge deres forældre, er moderen, der er syg, mens man må formode, at der er et stort antal børn, der bor sammen med begge forældre, hvor det er faderen, der er syg, mens moderen er rask, som ikke henvises til projektet. Der er også forskningsmæssigt belæg for at mene, at moderens sygdom belaster børnene mere end faderens. Mogens Nygaard Christoffersen fandt i sin forløbsundersøgelse blandt 155.000 børn fra to årgange (1966 og 1973) at børn, der oplever at moderen er psykisk

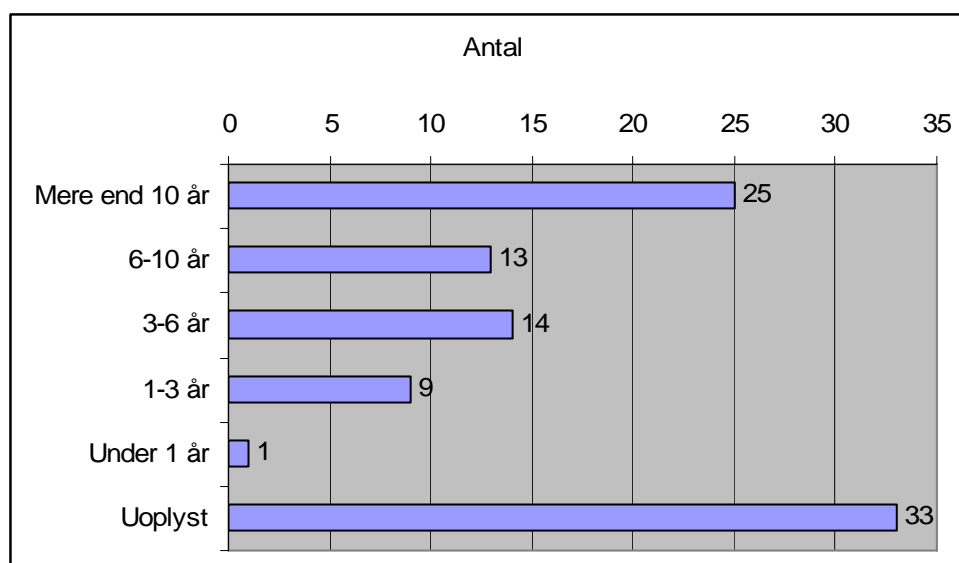
²⁵ Århus kommune har i 2004 gennemført et projekt, hvor man på skoler i socialdistrikt Vest har undervist skolebørn og deres voksne netværk om betydningen af PTSD. En undersøgelse fra Lokalpsykiatri Vest i Århus Kommune pegede på, at man i et lokalpsykiatrisk projekt rettet mod etniske minoriteter havde haft kontakt til 145 personer med PTSD og at disse til sammen havde 411 børn. Projektet er beskrevet i rapporten: "Posttraumatisk stress – generel vidensformidling til skolebørn og deres voksne netværk", Århus Kommune, Magistratens 1. afd., Familiecenter Vest, 2004.

syg har en større sandsynlighed for selv at blive psykisk syge end børn, der oplever at faderen er psykisk syg. (Christoffersen, 1999, s. 56-60)

Forældrenes sygdomsforløb

Der er ikke for alle børn registreret længden af forældrenes sygdom. For de børn, vi har data for, hvor langt tilbage forældrenes sygdomsperiode går, tegner der sig følgende billede.

Figur 4: Længden af forældrenes sygdomsperiode



Som det fremgår af figuren, har langt den største del af forældrene været syge i mere end tre år og for en stor del af børnene i mere end 10 år, hvilket i praksis vil sige hele deres liv. Der er ikke nogen forskel på længden af forældrenes sygdom, for de børn der optages i grupperne, i forhold til de børn der ikke optages.

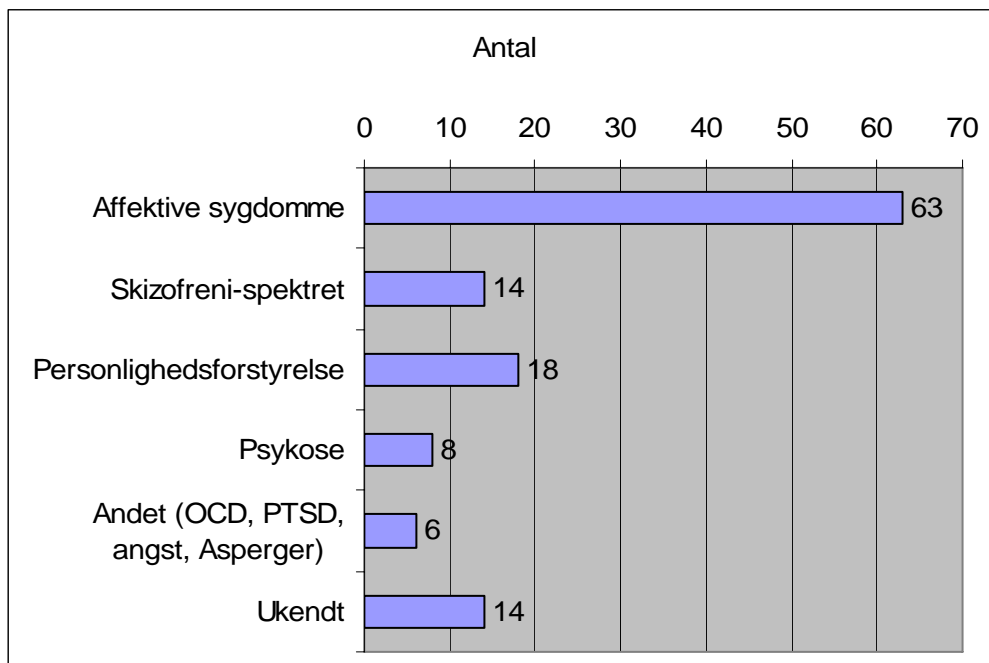
Forældrenes diagnose

De diagnoser, som de syge forældre har, peger på, at tilbudet om børnegrupper når ud til et bredt udsnit af de psykisk syge, og at en del af de børn, grupperne har haft kontakt til, har meget syge forældre. Der er dog ikke overraskende en stor overvægt af depressionssygdomme blandt børnenes forældre, da det er de mest udbredte psykiske sygdomme. Mønstret i disse tal afspejler, at psykisk syge med sygdomme så som skizofreni og psykoser ikke har børn, så hyppigt som andre grupper af sindslidende. (Nygaard Christoffersen, 1999, s. 30-31)

Figuren viser forældrenes diagnoser inden for hovedkategorier. Forældrene kan have flere diagnoser samtidig og vil i så fald være registreret to gange. For 14 af børnene er

forældrenes diagnose ukendt eller vi har ikke registreret en diagnose på forælderen – De 14 er især at finde blandt de børn, der ikke er blevet optaget i gruppen.

Figur 5: Forældrenes diagnose



Forældrenes selvmordsforsøg og misbrug

Forældrenes psykiske sygdom fører relativt hyppigt til selvmordsforsøg og/eller selvmedicinering med alkohol, medicin, hash eller hårdere stoffer. Vi har ikke foretaget nogen systematisk registrering af forældrenes selvmordsadfærd eller misbrug, men for ni (9%) af børnene fremgår det af gruppeledernes notater, at en af forældrene – som oftest den syge – eller en af deres søskende har forsøgt at begå selvmord (en forælder har begået selvmord). For 18 (19%) af børnene fremgår det, at en eller begge forældre har et misbrug – som oftest af alkohol.

Der er heller ikke her forskel på gruppen af børn, der optages i samtalegrupperne og gruppen af børn, der ikke optages.

De reelle tal for andel med selvmordsforsøg og misbrug i familierne er med stor sandsynlighed højere end de ovenfor præsenterede. Mogens Nygaard Christoffersen fandt i sin forløbsundersøgelse blandt børn født i 1966 hhv. 1973, at psykisk sygdom hos forældrene i to tredjedele af tilfældene også var forbundet med et alkoholmisbrug. Samtidig fandt han i sin undersøgelse, at et alkoholmisbrug og selvmordsforsøg blandt syge forældre i endnu højere grad end forældrenes psykiske sygdom alene medfører, at børnene har en større sandsynlighed for selv at udvikle psykiske sygdomme end andre børn. (Christoffersen, 1999, s. 58, 102-105).

Tallene for børnene i samtalegrupperne er dog barske nok i sig selv og peger på, at de børn, som projektet har haft kontakt til, kommer fra hjem, hvor forældrene slås med mange forskellige problemstillinger, hvor det ikke altid er tydeligt, hvad der er hovedproblem, og hvad der kan siges at være følgeproblemer.

Der er heller ikke foretaget nogen registrering af andelen af børn, der har oplevet at måtte skifte skole eller har oplevet at blive mobbet i skolen. Af gruppeledernotaterne og logbøgerne kan man dog læse, at det er problemstillinger, som en del af børnene kender til.

Dette billede stiller krav til gruppelederne om at være åbne overfor mange forskellige former for problemstillinger i børnenes liv. De skal derfor ikke blot have viden om psykisk sygdom og hvordan det kan påvirke forældreevnen, men skal også kunne rumme at forholde sig til problemstillinger, der ligger uden for deres umiddelbare fagfelt, ligesom de skal have et stort kendskab til, hvordan man i Århus Kommune i øvrigt kan hjælpe udsatte børn og unge. Gruppelederne er for flere af børnene den eneste (professionelle) voksne, der har mødt dem i forhold til, at de har psykisk syge forældre, og hvad det kan betyde for deres barndom. Erfaringerne fra samtalegrupperne er, at gruppelederne ofte ved udslusning af børn fra grupperne må bruge en del ressourcer på at sikre støtte til barnet enten i barnets private netværk eller med professionel hjælp fra Familieafdelingen.

6 Fokuspunkter i evalueringen

I dette afsnit ser vi blandt andet på de sidste "kasser" i oversigten over projektets hovedelementer (Se figur 1).

6.1 Samtalegruppernes indre struktur

6.1.1 De indre strukturer - Samtalegruppernes egne grundideer

Gruppeledernes erfaringer med projektets indre rammer – forsamtalerne, de åbne grupper, det relativt store aldersspænd og gruppelederteamet på fire med skiftende aktive gruppeledere – peger på, at der såvel er fordele som ulemper ved den måde samtalegrupperne er organiseret på.

Forsamtalerne – visitation til grupperne

Gruppelederne er generelt positive overfor at bruge så megen energi på forsamtalerne, som de gør. De vurderer, at det er givet godt ud at gøre et grundigt forarbejde i familierne, hvor så vidt muligt begge barnets forældre og eventuelle søskende er til stede under samtalen. Herved bliver både børn og forældre forberedte på, hvad det er for et tilbud barnet kan blive optaget i, og helst også hvad det er for en udvikling, tilbudet kan sætte gang i hos deres barn.

To af grupperne har valgt at afholde samtalerne i barnets hjem ud fra et ønske om at møde familien på hjemmebane og også ad den vej at få indtryk af, hvad det er for et miljø barnet lever i. De to grupper beskriver, at de har gode erfaringer med denne fremgangsmåde. De to andre grupper gennemfører forsamtalerne på neutral grund i lokalpsykiatrien, og mener at de har gode erfaringer med, at det fokuserer samtalen mere.

Erfaringerne fra forsamtalerne viser også, at der somme tider skal mere end én forsamtale til, før familien kan tage stilling til, om barnet ønsker at blive optaget i en gruppe. Der er også en række eksempler på, at familien efter en forsamtale, der umiddelbart resulterede i, at familien takkede nej til tilbudet, efterfølgende har henvendt sig igen, og fortalt at barnet nu var klar til at starte i en gruppe. Visitationsprocessen kan således, alt efter familiens behov, være ganske kort eller strække sig over flere måneder.

De interviewede forældre har generelt været positive overfor forsamtalen, som de oplevede som en meget professionel og troværdig kontakt, uanset om den foregik i deres hjem eller i lokalpsykiatrien. En af forældrene fremhæver dog spontant, at det var

godt for hans datter, at samtalen foregik i hjemmet, da han vurderer, at datteren ellers ville have været mere genert og mindre åben over for gruppelederne.

En af de interviewede forældre og to af børnene har dog oplevet, at der kan ligge en barriere i tilbudet i form af, at man gerne ser at hele familien deltager i forsamlingen. I den ene familie er det faderen, der er syg, og har meget dårlig sygdomsindsigt og ønsker ikke at modtage behandling fra lokalpsykiatrien. Datteren bor sammen med sin raske mor, men har jævnligt samkvem med faderen og er påvirket af hans sygdom. I dette tilfælde oplevede moderen og datteren det som belastende, at de skulle have faderen overtalt til at gå med til en forsamling om hans sygdom og hjælp til datteren, når han nu slet ikke mente sig syg. Moderen siger:

"Han mente, at det var aldeles urimeligt, at han skulle gå til den slags, når han nu var sådan en god far. Det var et eller andet... Det var en sammensværgelse. Han var i hvert fald meget sur over det. Det var noget jeg havde brygget sammen..."

Datteren siger om samme forsamling:

"Hvis jeg nu gerne ville have sagt noget om, at han var irriterende, så var det sådan lidt, at det kunne jeg ikke så godt sige, når han nu var der".

I sin strengeste fortolkning er denne familie ikke en del af projektets målgruppe, da der ifølge projektbeskrivelsen skal være tale om "erkendt psykisk sygdom". Det er dog næppe muligt, eller hensigtsmæssigt, at arbejde med så streng en fortolkning, da sygdomserkendelse og egenindsigt kan svinge hos de psykisk syge, ligesom man med rette kan pege på, at børnenes behov for at blive set og hørt i en samtalegruppe kan være lige så stort i sådanne familier²⁶.

I et andet interview peger barnet på, at han fandt det generende, at hans mor skulle deltage i forsamlingen, fordi han følte sig hæmmet i forhold til at beskrive sin situation så ærligt, som han ellers ville have gjort. Han siger:

"Hvis jeg har min mor siddende ved siden af, så vil man måske ikke sige de samme ting om ens mor, når hun sidder lige ved siden af. Så kunne det være godt nok med en enkelt-samtale".

Med tiden er gruppelederne blevet mindre programfaste på dette punkt, og er der forhold i den enkelte familie, der taler stærkt for, at undlade at tage begge forældre med i en forsamling, så udelades dette. Der er også enkelte eksempler på, at unge har valgt at gennemføre forsamlingen på egen hånd uden deres forældre.

²⁶ Rationalet bag at begrænse målgruppen til familier, hvor den psykiske sygdom er erkendt er, at man bliver nødt at arbejde på en anden måde, når forældrene ikke erkender deres sygdom og dermed er åbne overfor at tale om sygdommen med deres børn og at forholde sig til, at deres sygdom kan udgøre en belastning for børnene.

Åbne grupper med løbende optag

Efter i starten at have været meget skeptisk overfor at skulle arbejde med åbne grupper, er de fleste af gruppelederne i dag positive overfor denne arbejdsform. De peger på følgende fordele:

- At børnene kan starte i en gruppe umiddelbart efter forsamlingen
- At børnene er gode til at tage imod nye børn i gruppen, og at det ikke opleves som utrygt for børnene at skulle lukke nye ind. (Enkelte af gruppelederne peger dog stadig på, at det ville være mere trygt for børnene med en fast gruppe og et planlagt forløb)
- At det giver en ny og somme tider tiltrængt anderledes gruppedynamik, når der kommer et nyt barn ind i gruppen
- At det giver den tiltænkte fleksibilitet i forhold til de enkelte børn, at de kan være med så længe, det er relevant for dem. De behøver ikke at afbryde et forløb tidligere end planlagt, ligesom de heller ikke skal genvisiteres til endnu et forløb, hvis de ikke er klar til at stå uden gruppe efter de planlagte gange

Omvendt har de også opdaget flere ulemper eller dilemmaer, der udfordrer deres arbejde som gruppeledere:

- Det er mindre klart, for de enkelte børn, hvornår de skal stoppe i gruppen. Dette udgør især en udfordring, når børnene ikke selv synes, at de er parate til at forlade gruppen, mens gruppelederne vurderer, at de ikke længere har samme udbytte af at komme i gruppen, og der eventuelt skal skabes plads til nye børn
- At det er sværere hele tiden at holde tilbudet "frisk", når der sidder børn, der har været længe i gruppen og måske skal gennemgå samme tema for anden eller tredje gang. På den måde kan det være svært at genbruge de gode ideer, uden at tilbudet bliver kedeligt for de børn, der har været igennem dem en gang
- At der somme tider godt kan gå megen tid med at sige goddag til nye i gruppen og farvel til gamle – det kan tage megen opmærksomhed og betyde, at man ikke kommer så langt i de diskussioner og temaer, man var i gang med. En af grupperne peger på, at de har erfaret, at det ikke er en god ide at sige goddag til nye børn samme dag, som man skal sluse gruppemedlemmer ud.

Nedenstående citater fra interview med gruppelederne illustrerer nogle af disse synspunkter:

"Jeg har også været meget imod, men jeg synes egentligt i går, at vi fik lidt gevinsten ved det. Der var to nye, der skulle introduceres og så var der en af de gamle – og hun var rigtig god til at fortælle om, hvad vi laver her i gruppen. Og hun var nærmest sådan en med-gruppeleder, oplevede jeg. Og hun fik jo sagt de ting igen – Hun fik sin familie op igen, og hvem er syg og hvad er det egentligt vi laver, og om postkassen... Der må jeg sige, at der fik jeg lidt af den gevinst, der måske er ved det."

"Vi har jo snakket rigtig meget om det der med en åben gruppe, eller det ville være en fordel at have et fastlagt skema på et 10-gangsføreløb..."

"Det var sådan vi var i starten..."

"Vi var sure over det der åbne noget – vi ville have vores lukkede gruppe. Så kunne vi bedre styre det – temaerne og sådan. Og alle fik det samme at vide og afslutning..."

"Det var den gang vi var så fyldt af struktur – og 10 gange og så færdig, slut".

"Men nu har vi jo fundet ud af, at det er en fordel på mange punkter, at der kommer nogle nye ind i gruppen – fordi både at vi kan se, at i hvert fald vores børn har været rigtig gode til at tage imod nye børn, og det giver dem jo også et indre billede på, hvem er jeg og hvorfor er jeg her, og hvad er det egentligt at jeg har fået ud af at være her, når de skal sidde og fortælle det".

"Og gruppen ændrer sig også, når der kommer nye børn ind – så sker der en anden dynamik i gruppen, og der sker nogle andre ting"

"...Og det er med til at give et andet gruppetilhørsforhold – en anden gruppeidentitet – for det synes jeg godt kan være lidt svært. For det er tit, at det er sådan barn-voksen... Når de så skal fortælle til nye børn, så bliver det sådan mere "vi".

"...Men det fedeste ved det, er jo, når man sidder ude til en forsamling, og der sidder et barn, der har så meget brug for det og man så kan sige: Du kan komme på torsdag. "Yes! Det vil jeg" Frem for at skulle sige, du kan komme om tre måneder. Det er godt."

"Altså jeg synes, at det er meget tydeligt, at de har brug for meget forskellige perioder at være i gruppen. Nogle har brug for ikke så lang tid, pga. det ene eller det andet eller det tredje, sådan som de nu er. Og nogle har brug for en meget lang stabil periode – Det synes jeg er blevet tydeligt. På den måde er det en fordel – man kan tilpasse det behovet for det enkelte barn"

"Hvis man vidste, at der var 10, så var det 10 gange, så var der ikke så meget at raffle om. Så skulle man ikke ind i disse dybere lag, igen med at sige farvel".

"Jeg kan heller ikke lade være med at tænke på, at det er børn, som ofte ikke får rammer – og så har vi dem heller ikke, vel. Og er også usikre på, hvornår ting stopper"

De interviewede børn har typisk ikke oplevet de åbne grupper som et problem²⁷ – De har set positivt på at skulle lukke nye børn ind i grupperne, men peget på, at det altid er trist at skulle sige farvel til nogen, man godt kan lide. En enkelt reflekterer over, at det betyder, at der er flere børn, der kan få gavn af tilbudet.

Et af børnene siger om det at skulle optage nye i gruppen:

"Altså lige i starten, da var det sådan lidt mærkeligt, når der skulle skiftes børn ud, fordi børnene ikke gad mere, fordi det kunne jeg jo ikke forstå, vel? Fordi det var så godt

²⁷ På dette felt ligner projektets erfaringer erfaringerne fra Gram Kommune, hvor man – tvunget af omstændighederne pga. manglende tilmelding i opstartsfasen – også arbejdede med en åben gruppe. Her var gruppeledernes reservationer overfor metoden også større end de unges. (Hammershøj, 2005. s. 18)

synes jeg. Det var lidt mærkeligt, men nu er det bare sådan ... mere normalt, hvis der kommer en eller går en. Det er ikke sket så tit. Nu er det ligesom, hvis der kommer en ny en ind i klassen – nu er det lige meget. Nu tænker man slet ikke over det”.

Børnene er også i interviewet blevet spurgt, hvor mange børn, der ideelt set skal være i gruppen. Hovedparten af dem peger på, at der ikke må være for få – helst ikke færre end tre børn i gruppe, fordi man så ikke kan lave de samme ting, som de gør i dag, da det kræver en egentlig gruppe. Der må på den anden side set heller ikke være for mange – helst ikke flere end syv børn – da intimiteten ved gruppen så forsvinder, og der går for lang tid imellem, at man som medlem kan ”være på”.

Aldersspænd på 10-16 år

Der har hele tiden, blandt gruppelederne, været en skepsis overfor at arbejde med samtalegrupper, hvor hele målgruppens aldersspænd fra 10-16 år var repræsenteret, og i realiteten har aldersspændet i de aktuelle grupper været reduceret til to til tre år.

Gruppelederne peger selv på, at det er svært at arbejde med en gruppe med så stor aldersspredning og stadig sikre gensidigheden i gruppen. Deres oplevelse er, at de små gerne vil være sammen med ældre børn, men at det ofte bliver sådan, at de ældste børn giver mere, end de får igen ved at være i gruppe med yngre børn. Desuden peger de på, at det er svært at få kontakt til de ældste børn, idet de oftere end yngre børn selv takker nej efter forsamlingen, og tilbudet om samtalegruppen også skal konkurrere om de unges opmærksomhed med fritidsinteresser, venner og arbejde, som betyder meget for de unge i en alder, hvor de har et stort ønske om at være som alle andre ”normale” unge.

Gruppelederne er på mange måder godt i tråd med børnene i grupperne, idet flere af de interviewede børn heller ikke mener, at det er godt, at aldersspændet bliver for stort. I interviewene med børnene er der dog også eksempler på, at aldersspændet faktisk, som det var hensigten, giver nogle af de større børn mulighed for netop at være ”de store”, der kan videregive deres erfaringer fra, hvordan de har tacklet forskellige situationer med deres syge forældre, til de yngre børn i samtalegrupperne. Ligesom samtalen med de yngre giver dem mulighed for at genopleve nogle af deres tidlige erfaringer med at have en psykisk syg mor eller far.

En gruppeleder peger på, at de mindre børns umiddelbarhed og direkte måde at sige tingene på, kan understøtte de ældste i, at det er svært at leve med en psykisk syg forælder, og at de ikke behøver at kunne klare det hele. En anden peger dog på den modsatte tendens, idet de mindre børn i gruppen kan presse de ældste børn ud i at optræde mere modent ”end de umiddelbart har godt af”, som hun udtrykker det.

De interviewede børn er generelt positive overfor, at der er børn i gruppen, der er både yngre og ældre end dem selv, men de mener heller ikke, at aldersspændet skal blive for stort, fordi, som en udtrykker det, "så har man ikke så meget til fælles".

En af de interviewede reflekterer over, at der jo kan være stor forskel på, hvor moden man er, og at det mere er det, der afgør om man passer ind i gruppen eller ikke. Hun siger:

"Nej, nok ikke lige en på 16, men det kommer an på, hvordan personen er. Hvis det er sådan en, der måske ikke kan snakke med en der er ældre... Hvis nu det er en der virker som om han går i 3. klasse, men alligevel er han eller hun 16, så ville det nok ikke gøre noget..."

Fire gruppeledere – to aktive og to passive

Gruppelederne vurderer næsten alle, at det er en stor fordel, at være fire gruppeledere omkring de enkelte samtalegrupper, da det mindsker sårbarheden overfor fravær i grupperne og giver mulighed for sparring med flere kolleger omkring planlægningen og det arbejde, der ligger ud over selve møderne i samtalegrupperne. De er også meget enige om at pege på, at det er "sjovest" at være aktiv gruppeleder, og at det kan være svært at skulle stå på sidelinien som passiv. I en af grupperne vurderer man, at den bedste løsning ville være, hvis alle gruppeledere var aktive – dvs. at der var to børnegrupper i hver lokalpsykiatri – som man så kunne drive sammen i teamet. Det ville stadig give mulighed for at afløse hinanden i grupperne, men samtidig give alle mulighed for at være aktive.

Gruppelederne oplever det typisk ikke som problematisk, at nye gruppeledere skal ind i gruppen, og oplever at de er gode til at tackle skiftet i gruppeledere i forhold til børnene.

På dette punkt adskiller gruppeledernes oplevelse af tilbudet sig markant fra børnenes og forældrenes. Tre af de interviewede børn peger på, at det ikke er deres ønske, at der skal skrives ud i gruppelederne. Det opleves som forstyrrende og utrygt af børnene. En dreng siger f.eks.:

"Jeg synes, at det skulle være de samme to hele vejen igennem, så man ligesom får et forhold til dem, og kan sige mere og mere. I stedet for, at man har fået et godt forhold til en, og at der så kommer sådan en total ny en, det synes jeg ikke er særligt godt".

En mor til en pige formulerer sin kritik således:

"Jeg har kun en ting, som jeg synes, at jeg godt vil have, at du tager med i rapporten. At de voksne, der skal gå ind i denne her børnegruppe, hvis de skal på barsel snart, eller hvis de har planer om at skifte job inden for en overskuelig fremtid, så skal de ikke gå ind i den børnegruppe. Fordi man kan sige, at utroligt mange af de børn, som kommer i børnegruppen, og børn af psykisk syge... Alt i deres liv er foranderligt. De ved aldrig,

hvornår bliver mor og far syge igen. Hvornår skal de indlægges? Hvornår sker der dit, hvornår sker der dat? Der er meget uro. Og jeg har oplevet på NN, hvad det har gjort ved hende... Så behøver der ikke være fire gruppeledere om en gruppe, der skal skiftes. Så kunne det måske være to, der startede den op, og det er så de to der bliver der. Nu oplevede jeg med NN, hvordan hun havde det med at skulle sige farvel til gruppeleder NN. Det var ikke sjovt at se – Det gjorde bare ondt, og hun græd... Og så kommer det igen. De børn skal igen til at opbygge tillid, og der går en rum tid med at lære den nye voksne at kende, og så går der jo en rum tid med det. Og jeg synes, at det er synd for børnene, at der er lavet sådan et system, at de voksne skal skifte, for hvem er det der bestemmer lige det? Jeg synes ikke, at der skal skiftes, når de er i den gruppe. Jeg synes de skal være faste, fordi det er faktisk det eneste sted måske, at børnene – desværre – i hele deres ellers andet liv oplever, at her er der noget, de kan regne med. Og det synes jeg, at de skal tænke utroligt meget over.”

Hvor gruppeledernes indledende bekymringer gik på, at børnene ville finde det utrygt at skulle lukke nye børn ind i grupperne, peger børnenes erfaringer altså på, at det er væsentligt mere utrygt, at der bliver skiftet ud i gruppelederne.

Da der er tale om åbne grupper med rullende optag repræsenterer dette forhold et ægte dilemma for tilbudet. Hvordan sikrer man gruppeledernes ønsker om at kunne gå på barsel, kurser, blive omplaceret eller blot holde fri fra børnegrupperne samtidig med, at man sikrer børnene tryghed, kontinuitet og stabilitet i tilknytningen til gruppelederne?

Forældrenes syn på rammerne

Flere af forældrene har i interviewene reflekteret over, at tilbudet på mange måder er børnenes frirum, hvor de som forældre ikke har den store indsigt eller indflydelse. Typisk giver de udtryk for, at det er godt, at børnene har dette frirum, og at de respekterer det ved ikke at udspørge børnene om, hvad der sker i gruppen, og hvad de taler om. Flere af dem peger på, at de har opfattelsen af, at de kan henvende sig til gruppelederne, hvis der er noget konkret de ønsker at vide, og at det er rart at vide, at der afsluttes med en evalueringssamtale. To af de interviewede forældre medgiver dog, at de er meget nysgerrige. Det ene forældrepar peger på, at det er dejligt at få et skriftligt program for, hvad der er planlagt i gruppen, sådan som det bruges i den gruppe, hvor deres barn er optaget i. De foreslår også, at der kunne arrangeres en eller to gruppemøder, hvor forældrene fik lejlighed til at være med²⁸.

²⁸ I et lignende projekt i Gram Kommune har man haft gode erfaringer med at inddrage forældrene i samtalegruppens aktivitet til et egentligt forældrearrangement, hvor forældre og børn kunne mødes sammen. Erfaringen var, at forældrene satte stor pris på at mødes med de øvrige forældre i et forum, hvor det var "ufarligt" på en og samme tid at være forælder og psykisk syg. (Hammershøi, 2005. s. 42-43)

Forældrene er spurgt om, det betyder noget for dem, at tilbudet er forankret i lokalpsykiatrien. For ingen af de interviewede forældre er det afgørende, at forankringen er i lokalpsykiatrien, men at de vurderer, at det giver nogle fordele. De oplever dels, at det er en fordel at gruppelederne har fagligt kendskab til deres/den syges diagnose og kan gå ind i drøftelser af detaljerne om et sygdomsforløb, medicinering og bivirkninger, arvelighed mv. Dels er der tre af forældrene, der har peget på, at de finder det trygt og rart, at en af gruppelederne har konkret kendskab til familien idet de samtidig er behandler eller bostøtte for den syge. Ingen af dem har peget på, at denne tætte forbindelse kan være problematisk.

En af forældrene peger dog på, at det kan være problematisk, at tilbudet er forankret i psykiatrien, da barnets far (pt.) ikke ønsker at tage imod behandling, fordi han ikke mener sig syg. Hun vurderer derfor, at det umiddelbart ville være lettere at få et samarbejde i gang med faderen, hvis tilbudet ikke lå i lokalpsykiatrien.

Forældrene har ligeledes taget stilling til om det er afgørende at tilbudet ligger i deres lokalområde. Igen er konklusionen fra interviewene, at det er rart og praktisk, men at det ikke er afgørende om de ville have taget imod tilbudet.

6.1.2 Gruppeledernes forudsætninger – uddannelse og forkundskaber

Gruppeledernes oplevelser og samtaler med afdelingsledere i lokalpsykiatrien peger i retning af, at gruppelederne de fleste steder primært er udpeget ud fra hvem i personalegruppen, der havde lyst til at gå ind i arbejdet med samtalegrupperne, og at man først herefter har set på medarbejdernes kompetencer. I alle fire centre er der udvalgt gruppeledere blandt de personer, der har gennemgået den amtslige nøglepersonuddannelse, der giver kompetencer i forhold til at sætte børneperspektivet i centrum og gennemføre familiesamtaler. Det har været oplagt at pege på disse medarbejdere, da det oftest har været medarbejdere, der har brændt for emnet og samtidig havde visse kompetencer. I syd har man i flere år haft et fælles kommunalt og amtsligt børneteam, og det var her naturligt at pege på medarbejdere, der arbejdede i børneteamet. Øvrige gruppeledere er typisk fundet blandt erfarne behandlere, socialrådgivere eller bostøttemedarbejdere.

Hovedparten af gruppelederne havde ikke, ved indgangen til projektet, megen erfaring i at arbejde med børn, og slet ikke raske børn i rolle som pårørende, eller i at arbejde med grupper. Den første tid i samtalegrupperne har således også været en intensiv læreproces for gruppelederne. Som led i projektet har der været afholdt seks kursusdage med fokus netop på at arbejde med børn i samtalegrupper, ligesom der løbende er blevet uddelt skriftligt inspirationsmateriale. Gruppelederne peger på, at det

har været gode og relevante kursusdage, og at de gerne vil have mere løbende uddannelse. På den anden side peger de også på, at det kan være svært at få plads til lange uddannelsesforløb i deres dagligdag.

Selvom hovedparten af gruppelederne er meget erfarne inden for psykiatrien, har de oplevet det som meget anderledes og udfordrende at skulle arbejde med børn. De har dels oplevet at få fortalt historier om børnenes svære livsvilkår, der "går tæt på". Dels har de gennem deres arbejde været mere opmærksomme på, hvornår de får kendskab til børn, der lever under forhold, der gør, at de skal foretage en underretning til de sociale myndigheder. De har altid i deres arbejde været underlagt den skærpede underretningspligt, men de oplever formentlig, at viden om børnenes forhold og samarbejde med familierådgiverne kommer til at fylde mere, fordi det netop er børnene, der er i centrum for indsatsen i samtalegrupperne, og fordi det er børnene de møder. De oplever således, at de får en ny opgave i forhold til at skulle samarbejde med familierådgivere om at støtte børnene – en opgave, som de fra starten ikke var opmærksomme på.

I to af interviewene beskrives disse forhold således:

"De der børn, går jo også ind og rører ved noget andet i os, end de voksne psykisk syge, som vi har arbejdet med i så mange år. Når de så sidder der og siger, at min mor hun har også prøvet at tage sit eget liv, ikke. Så tænker man alligevel, okay!...(gør bevægelse som at få en klump i halsen, red.). Jeg ved det jo godt, ikke. Men at sidde og der er sådan en lille pige, der siger det. Man får sgu da sådan lidt blanke øjne

"Ja, det gør noget helt andet, og man kan ikke bare sige: Nåe, jamen det må I jo finde ud af hvad I gør ved, som man ville sige til voksne mennesker. Man får den bare lige: Hold da kæft, hvad skal jeg gøre ved det? Jeg må ringe til den og dit og dat og dut og aftale, at man kommer... Man tager det jo bare på sig, og så sidder den der, som sådan en klisterfidus. Man kan ikke pålægge børnene noget ansvar og heller ikke få deres forældre til at opføre sig ansvarsfuldt. Og det er jo også derfor, at vi ind imellem kommer på alt det her overarbejde, for man skal gå i aktion på en anden måde, end man skal med de voksne. Det er nogle andre kanaler. Det er Familieafdelingen, familiebehandlingen, familierådgivning – alle disse andre ting. Det er noget andet noget end ellers. Man kan ikke bare sige: Nåe, det må vi snakke om om 14 dage. Jeg synes, at det går tæt på somme tider. Det er derfor, at jeg puster sådan, hvis ikke man skulle lave andet end at have børnegrupper – Men det giver god mening".

"Når jeg kigger tilbage, så synes jeg egentligt ikke, at det har været ret nemt det her. Altså både det at skulle tage det spring til at have med børnene at gøre, og bruge tiden på forsamtaler – altså det er en kæmpe stor udfordring. Jeg synes det er rigtig spændende, men jeg synes ikke, at det har været ligetil – det er sådan en anden måde. At få bundet nogle ender og have kontakt til mange steder".

Oplevelsen af, at samtalerne med børnene går tæt på betyder, at der er god brug for, at supervisionen til grupperne ikke kun omhandler det generelle plan i forhold til at arbejde med samtalegrupper, at være i et projekt, at være en ud af fire grupper etc., men også omfatter specifikke episoder og begivenheder i det aktuelle gruppearbejde.

Det har samlet set været en stor men spændende udfordring for de fleste af gruppelederne at skulle starte samtalegrupper for raske børn. De har typisk oplevet, at de igennem projektets kursusdage og den løbende inspiration fra projektlederen er blevet klædt fagligt på til at kunne varetage opgaven. Alle fire grupper giver udtryk for, at det er et arbejde de brænder meget for, at de oplever at der er sket en stor udvikling i deres kompetencer i forhold til at tale med børnene og at få børnenes forhold bragt ind i samtalerne med de syge forældre også i deres øvrige arbejde.

6.1.3 Organisatoriske rammer - Ledelsesmæssig opbakning

Projekt "Kontakt til psykisk syge forældre og deres børn" er udtænkt som et centralt styret projekt, der skal dække alle fire lokalpsykiatrier. Der er udpeget en central projektleder, som har samarbejdet meget direkte med de udpegede gruppeledere i lokalpsykiatrierne. Denne konstruktion har betydet, at de lokale afdelingsledere i projektets første år kun har været involveret i projektet på orienteringsplanet. Herefter har de i takt med, at den centrale projektleder har trukket sig tilbage skullet overtage den daglige ledelse af driften af samtalegrupperne og forholde sig til, hvordan de også fremover skal integreres i lokalpsykiatriens samlede tilbud.

Lederne har på den ene side givet udtryk for, at de har bakket projektet op og mener, at det tager fat i en vigtig problemstilling. På den anden side har det, at afdelingslederne ikke har haft så tæt føling med projektet, betydet, at de til tider har haft svært ved at se, hvad det er, de i organisationen får for de ressourcer, der bliver anvendt i samtalegrupperne. De har ved flere lejligheder givet udtryk for, at de synes, at der går mange ressourcer til samtalegrupperne, og en af afdelingslederne har som led i sin ressourcestyring bedt gruppelederne om over en tid at dokumentere, hvad de bruger deres tid på. Disse "stikpiller" til at de bruger megen tid på grupperne og kravet om dokumentation af tidsforbruget har gruppelederne oplevet som ubehagelige og som udtryk for manglende ledelsesmæssig opbakning.

Afdelingsledernes manglende involvering i projektet har ligeledes givet nogle af gruppelederne indtrykket af, at man fra ledelsesmæssig side alligevel ikke helt har bundet sig til, at det at drive et forbyggende tilbud til raske børn, er et af lokalpsykiatriernes opgaver på lige fod med andre opgaver. Det har således på nogle af gruppelederne virket, som om man har givet dem lov til at pleje deres personlige interesser på feltet, men ikke givet arbejdet organisatorisk status som en vigtig opgave,

som psykiatrien skal løse. Dette har været anderledes i Syd, hvor man har haft børneteamet, der har haft et naturligt fokus på børnene. Her har springet til at arbejde med et egentligt forebyggende tilbud ikke været så stort.

At tre af lokalpsykiatrierne ikke har taget arbejdet med samtalegrupperne til sig som en kerneopgave, har betydet, at gruppelederne til tider har følt sig i et krydspres fra deres kolleger. Når oplevelsen er, at ressourcerne i organisationen er knappe, har det været svært for dem at skulle argumentere for, at de ikke skulle have flere brugere, fordi de skulle have tid til arbejdet med samtalegrupperne. Dette gælder også over for kolleger. Deres arbejde med samtalegrupperne har på mange punkter været usynligt i en organisation som lokalpsykiatrierne, der ikke har en tradition for at arbejde forebyggende, og da slet ikke i forhold til raske børn.

Enkelte af gruppelederne i de andre tre lokalpsykiatrier har dog ikke oplevet det, at lederne ikke har været fagligt engageret i samtalegruppernes tilbud som belastende. De har set det som et vilkår for deres arbejde og også kunnet se det som en fordel, at de har fået relativt frie hænder til at bygge et godt tilbud op.

Citaterne fra gruppelederne nedenunder illustrerer oplevelsen af manglende ledelsesmæssig opbakning:

"De signalerer at det er fint, og det er helt ok, men der er jo ikke sådan... De er jo ikke engagerede. Og de har jo aldrig spurgt: Hvordan går det med det med det. Og det har jeg det sådan lidt: Hvad fanden, altså. De glemmer det hele tiden! Og synes de egentligt selv... Jo de synes da garanteret, at det er enormt vigtigt og godt og sådan noget, men jeg kan godt savne, at de et eller andet sted har et lille engagement i det. Jeg synes, at der har været meget tendens til...Det begynder at blive bedre nu, men det er da også fordi, at der efterhånden kommer mere og mere fokus på det, og flere hører om det, og flere og flere råber op om det – men det har meget været, at det kan du da godt få lov til at sysle med – dit lille projekt. Sådan har jeg meget haft det, meget meget længe, og det bliver jeg sgu godt nok træt af. Vi kunne jo køre det hele i sænk, uden at de ville opdage det!"

"Det kan lyde voldsomt at vi skal bruge en dag i ugen på 4-5 børn. Men det er jo det. Fire mennesker, og så siger vi, at vi bruger i snit hver en dag om ugen på 4-5 børn hver 14. dag, ikke. Hvor svært kan det være? Der er nogen, der siger: "Jamen hvorfor skal de reduceres i antal brugere for det?". Men de accepterede det da, da vi dokumenterede, hvad vi bruger tiden på – og så har der ikke været noget siden – overhovedet ikke".

"Vi følte da i den grad, at vi skulle retfærdiggøre os, men da vi så fik talt sammen, med supervision og gruppeledermøder, undervisning og sådan noget, såe..."

6.1.4 Eksterne forhold

Afholdelse af familiesamtaler

Et vigtigt led i projektets programteori har været, at psykisk syge forældre med børn, inden de kom i kontakt med tilbudet om samtalegrupper, havde fået tilbudt en familiesamtale. Formålet med familiesamtalen er, at hele familien får hjælp til at bryde tabuet omkring den psykiske sygdom og får snakket om, hvordan sygdommen påvirker familien. Familierne ville således ved forsamtalen allerede være åbne over for at tale om sygdommen, og at den påvirker børnene, men ud fra en bred dagsorden, der ikke handlede om, hvorvidt barnet skulle tilbydes at deltage i en samtalegruppe eller ej. Der er i denne tænkning stor forskel på familiesamtalen og forsamtalen til tilbudet om samtalegrupperne.

Realiteten har dog været den, at det kun er et fåtal af familierne, der har fået tilbudt en familiesamtale i forbindelse med enten indlæggelse eller i lokalpsykiatriernes regi. Socialrådgivere ved Psykiatrisk Hospital peger på, at de ikke er ret mange på hospitalet, der varetager denne funktion, at hospitalet ikke altid er hurtige nok til at finde ud af, om deres patienter har børn, og at patienterne ofte ikke er indlagt i ret lang tid, og at der derfor ikke er ret lang tid til at arrangere og tilrettelægge en familiesamtale. Alt sammen betyder det, at de kan have svært ved at nå at tilbyde alle en familiesamtale. I lokalpsykiatrierne er der også forskel på, i hvilket omfang man vægter at tilbyde familiesamtaler. I Syd tilbydes familiesamtaler systematisk i forbindelse med børneteams arbejde, og i Centrum har man også udpeget en medarbejder, der primært arbejder med børneområdet. I Nord og Vest gennemføres kun meget få familiesamtaler, hvilket primært forklares med ressourceproblemer.

Nogle af gruppelederne og projektlederen giver udtryk for, at de oplever, at der blandt medarbejdere i psykiatrien stadig er en barriere i forhold til at bringe børnene ind som et samtaleemne i forhold til psykisk syge forældre. Det kan være begrundet i, at man ikke ønsker at dykke yderligere dårlig samvittighed og skyld på den syge, at man ikke ved, hvad der findes af muligheder for at hjælpe børnene, hvis man får øje på, at de kan have behov for hjælp. Eller at man ikke mener, børnene har godt af at blive involveret i de voksnes sygdom ud fra deisen "hvad børn ikke ved, har de ikke ondt af"²⁹.

I og med, at familiesamtalerne ikke gennemføres i samme omfang, som det var forudsat ved projektstart, har projektet mistet dels en vigtig henvisningskilde, hvilket afspejler sig i henvisningsmønstret, hvor det kun er et mindretal af henvendelser, der kommer fra psykiatrien. Dels fået en metodisk udfordring i og med, at gruppelederne i

²⁹ Karen Glistrup har netop kaldt sin bog om familiesamtaler i psykiatrien "Hvad børn ikke ved... Har de ondt af" for at gøre op med denne myte. (Glistrup, 2002)

forsamtalen til projektet på en gang skal søge at holde den brede dagsorden og hjælpe familien til overhovedet at tale om psykisk sygdom i familien, og samtidig introducere til samtalegrupperne, uden dog at komme til at "oversælge" tilbudet, som det eneste tilbud til børn med psykisk syge forældre. Samtalerne bliver på denne måde af og til lidt bagvendte, da indgangen til familien er, at de selv eller andre har henvist dem til tilbudet om samtalegrupperne, men der kan i realiteten være brug for at træde et skridt tilbage og starte med den brede dagsorden. Herved bliver kommunikationen med familierne i denne sårbare indledningsfase af og til uklar.

En af gruppelederne beskriver betydning af familiesamtalerne, og de barrierer hun ser for, at de bliver gennemført således:

"Fordi fundamentet for at finde de her familier, og vide, at de er der, tror jeg, det er at få lavet de her familiesamtaler. Hvis man ikke ligesom får mødt familierne og får snakket med dem – uanset hvor lidt samkvem de har, med den der er sindslidende, så når man dem ikke. Og der er nogle forestillinger i systemet om: Jamen de har det meget godt lige nu, eller de er for små, eller de er for gamle, eller mor hun er rask, eller familierådgivningen er på... Der er alle mulige fantasier på, jamen det her er ikke nødvendigt. Mor har det for dårligt, for godt eller for skidt. Det er aldrig bare passende."

Samarbejde med øvrige dele af Familieafdelingen og Skoleforvaltningen

Et andet eksternt forhold, der har vist sig at få betydning for projektet er, at gruppelederne gennem deres arbejde kommer i kontakt med en del børn, der har brug for hjælp ud over det, som samtalegrupperne kan give dem. De har derfor brug for at få hjælp efter Servicelovens regler om særlig støtte til børn (Servicelovens § 40) eller fra et rummeligt normalsystem. Dette betyder, at gruppelederne efterhånden bruger en del tid på samarbejdet med familierådgivere, leverandører af hjælp til børnene som fx familiebehandlere, plejefamilier, andre anbringelsessteder, mv. samt skoler og klubber mv. De oplever, at der går megen arbejdstid med dette arbejde, og de oplever, at de af og til kommer til at stå med en tung koordineringsopgave. Dette gælder særligt, når det viser sig, at der ikke er grundlag for at starte en børnesag efter Servicelovens §38, men gruppelederen på den anden side står med et barn, som de oplever, har behov for støtte ud over samtalegruppen. Ligeledes fremgår det af logbøgerne, at gruppelederne i flere tilfælde har været ude for, at (ressourcemæssigt pressede) familierådgivere har trukket sig fra den koordinerende opgave i sager som reelt hører under familierådgivningen, når et barn er tilknyttet samtalegrupperne ud fra opfattelsen af, at så er barnet placeret et sted, hvor det får hjælp. Der fremgår også eksempler på, at rådgivere godt kan se, at et barn har et behov for hjælp, men at der ikke pt. er et egnet tilbud til barnet, enten fordi tilbudet ikke findes, eller fordi der er venteliste. Gruppelederne oplever, at de derved får et større og tungere ansvar end de oprindeligt

var tiltænkt som gruppeledere, og at det er et arbejdsvilkår, der vanskeliggør deres arbejde³⁰.

Samarbejde med privat praktiserende læger

Som nævnt i indledningen er projektet blevet forsinket mht. dette samarbejde, idet det har vist sig særdeles svært at komme i dialog med privat praktiserende læger.

Praktiserende læger er således stort set usynlige i projektet ind til februar 2005, idet kun to ud af de 95 henvisninger er kommet ad denne kanal. Dette billede begynder at ændre sig, efterhånden som projektets samarbejde med de praktiserende læger udvikler sig.

6.2 Børnenes udbytte af samtaletilbudet

Gruppeledernes bud på børnenes udbytte

Gruppeledernes oplevelse er, at børnene får meget ud af at komme i samtalegrupperne. De oplever, at de bliver mindre tyngede af forældrenes sygdom, og gennem undervisningen har fået et mere nuanceret syn på den syge, så de bedre kan skelne mellem, hvad der skyldes sygdommen, og hvad der er deres forældres egentlige personlighed. De bliver bedre til at sætte grænser for sig selv og bliver bekræftet i – eller undervist i – at der er nogle områder af voksenlivet, man som barn ikke skal have del i og ansvar for. Eksempelvis at det er i orden ikke at synes, at det er dejligt at blive inviteret til at se voldelige voksenfilm sammen med sin syge forælder, ikke at ønske at blive inddraget i detaljer i forældrenes skrantende parforhold, eller at man som barn ikke skal have ansvar for at huske at forældrene får taget deres medicin.

De peger ligeledes på, at børnene profiterer af at være i en gruppe med ligestillede, og at de derigennem får brudt oplevelsen af at stå alene med deres problemer. Spejlingen i andre børns liv hjælper dem til at finde frem til andre ressourcepersoner og mestringsstrategier i deres eget liv.

Børnenes bud på udbyttet

Gruppeledernes iagttagelser bekræftes i vid udstrækning af registreringerne fra evalueringssamtalerne mellem gruppelederne, børn og forældre og af de interviewede børn.

Alle de interviewede børn peger på, at det på den ene eller den anden måde har givet dem meget at være i en gruppe med børn i samme situation som dem selv. De har

³⁰ Disse arbejdsvilkår adskiller sig ikke fra familierådgivernes og familiebehandlernes vilkår, idet de også ofte må leve med ikke at kunne hjælpe børnene, så godt som de gerne ville. Der er i supervisionen for gruppelederne arbejdet med dette forhold.

brugt de andres fortællinger til at spejle deres eget liv i og har fået et mere nuanceret syn på deres forældre. En har fx fået øje på, at hendes forældre i sammenligning med nogle af de andres forældre er ret velbehandlede.

Tre af de interviewede børn peger på, at det har været en stor lettelse for dem at komme i gruppen. To af dem beskriver, at de er blevet "gladere". En beskriver, at han er blevet bedre til at sætte ord på sine følelser. Han siger:

"Det ved jeg ikke. Det er sådan lidt svært at sætte ord på. Jeg synes måske at det er blevet lidt nemmere, at snakke om tingene, selvom jeg ikke snakker så meget om det. Det er måske blevet lidt lettere at komme og sige det..."

Fire af de interviewede forældre beskriver, at børnene stiller flere spørgsmål til deres sygdom. To af forældrene ser det udelukkende som positivt og naturligt, mens det for to af de interviewede forældre også opleves som svært og en udfordring, idet de bliver tvunget til at forholde sig til deres sygdom set gennem barnets øjne.

Børnene beskriver ligeledes, at de har fået større viden om deres forældres psykiske sygdom, og hvad den gør ved deres forældre. Det har givet dem bedre redskaber til at forstå deres forældre, men også til at få placeret deres egen andel – eller mangel på samme – i forældrenes sygdom, og blive bedre til at adskille sig fra forældrene og mærke og være tro mod egne følelser.

Nedenstående citat illustrerer denne udvikling:

"I starten var jeg sådan lidt: "Hvorfor græder hun, eller hvorfor er hun træt eller sådan noget. Men nu ved jeg jo, at det er hovedet, der er sygt. At det ikke er, hvad skal man sige... At det ikke er hende, der bare ikke kan lide mig mere. Det kan man jo godt få...Sådan: "Ej, hun snakker ikke med mig. Hun vil hellere sove. Hun gider ikke rigtig lave mad..." I starten var jeg sådan meget: "Jamen mor, vil du have et... Vil du... Skal jeg hente et glas vand til dig? Har du brug for mere kaffe? Skal jeg hjælpe dig med at lave mad, og sådan". Man kan... Jeg kan ikke gøre hende mere syg, og jeg kan heller ikke gøre hende mere rask". (Senere i samme interview)

"Jeg synes i hvert fald, at det var vigtigt for mig at vide, at jeg kan ikke gøre min mor mere syg, og at jeg kan ikke gøre hende rask. Det var vigtigt for mig at få at vide. Da tænkte jeg: "Ej, det kan altså ikke passe. Jeg må da kunne gøre et eller andet for at hun skal blive rask", men jeg måtte jo tro på det. Det er jo uanset, hvad jeg gør. Om jeg så kommer med chokolade og blomster til hende hver dag, så kan hun jo ikke blive rask". (Senere i samme interview)

"Hvis mor hun er ked af det, så skal man jo skynde sig at gøre hende glad og trøste hende og alt muligt. Men så er det måske bedre for mig bare at gå ind til mig selv, eller gå ud og lege med veninder."

En anden af de interviewede piger beskriver, at hun gennem samtalerne i grupperne er blevet bedre til at se, hvad der er "hendes mor", og hvad der er sygdommen. Hun har til tider været meget bange for sin mor og hendes voldsomme opførsel, og peger i interviewet på, at det har været en stor lettelse at få talt med moderen om, at hendes opførsel ikke skyldes vrede mod hende. Det fælles interview med mor og datter peger på, at de gennem tilbudet er kommet tættere på hinanden, så datteren bedre kan leve med moderens opførsel og har (fået) vished om hendes kærlighed. Hun lider dog stadig under det kaos moderen konstant skaber i sit og børnenes liv, men synes af have fået nogle mestringsstrategier, der gør at hun bedre kan holde det ud.

En dreng beskriver, at samtalegrupperne har hjulpet ham til at blive bedre til at sige fra over for sin mors til tider urimelige krav og opførsel. Han siger fx:

"Jamen, jeg har lært, hvornår jeg skal sige fra. Sådan, at hvis hun siger et eller andet, så må man godt sige at... At du har ikke hele tiden ret. At det kan godt være, at du er syg, men det giver dig ikke hele tiden ret".(Senere beskriver han en konkret situation således:) Jeg er den eneste, der har gjort det. Det var fordi på sådan en tur til XXX, jeg skulle med min lillebror og min søster, og hendes kæreste og så NNs far også og så min mor og mig. Så opførte min mor sig virkelig som sådan en på 10 (år), og så sagde jeg til hende, at "det kan du bare ikke tillade dig at sige det der". Jeg kan egentligt ikke huske, hvordan det lige var. Men jeg er sådan set den eneste der har turdet. Det var egentligt ikke meningen, at jeg ville sige det, men det kom bare lige ud af munden".

En af de interviewede piger peger på, at samtalegrupperne har hjulpet hende til at få styr på den store katastrofefølelse og angst, hun gennem længere tid har båret rundt på. Gruppelederne og de andre børn har hjulpet hende til at få sat proportioner og sandsynlighed på, at katastroferne skulle indtræffe. Hun beskriver stadig sig selv som en grundlæggende alvorlig og bange pige, men peger på, at samtalerne i gruppen alligevel har været med til at gøre hende til en lidt gladere pige.

Forældrenes bud på børnenes udbytte

Forældrene giver alle udtryk for, at tilbudet om samtalegruppen har været godt for deres børn.

To af de interviewede forældre giver udtryk for, at samtalegrupperne har hjulpet deres børn til at få afmystificeret forhold omkring sygdommen og blive bedre til at sætte ord på det, som de går og er bekymrede for. De oplever også, at det har givet dem som forældre en stor lettelse, at vide at der er professionelle, der taler med deres børn om det, der kan være svært i deres liv.

En af forældrene siger eksempelvis:

"Fordi det sidste møde, det står tydeligt... Hvor han har malet det her billede, og han kommer til at sætte ord på og alt det. Det er jo fantastisk, hvilke ord, der kan komme ud af munden. For det er jo ikke bare et billede – der ligger jo noget bag"

To af forældrene peger på, at tilbudet har hjulpet dem til at blive bedre til at tale om sygdommen i familien, og at det har været rart, at der har været professionelle, der kunne hjælpe med til at formidle fakta omkring sygdommen og hjælpe børnene med få viden om sygdommen og dens konsekvenser på en gavnlig måde. En af dem siger:

"Det kan også være svært, når det er dig... Når du selv er syg. At finde ud af, hvor meget skal en 12-årig pige vide. Hvad skal hun høre, og hvad skal hun ikke høre. Eller hvordan skal man få det sagt til hende. Og hvordan kan det udarte sig osv. Og så er det rart at have en støtte ved siden af, der ligesom har helt styr på det, og som kan gå ind og sige, at det kan virke sådan og sådan... Det betød meget for mig, at NN kom der ned. Også at det blev... Det blev mindre farligt. Også fordi børn og unge, de har jo mange tanker om, hvad er det her for noget, ikke også. Så på den måde kunne NN måske også få afmystificeret nogle ting, som hun havde tumlet med".

En anden beskriver udbytte således:

"Forståelse. Særligt NN tror jeg har fået lidt større forståelse for, hvad det er der sker inde i mig, når jeg har det skidt. Det er hende jeg kan mærke det mest på, men det er også hende, der ligner mig mest. Så hende fornemmer jeg nok mere på, end jeg gør ved NN (lillesøsteren red.). Men jeg tror også NN (lillesøsteren red.)... Jeg tror også, at NN kommer af med meget... Og så det der med at møde andre. Jeg tror det var dig (henvendt til storesøsteren), der sagde, at næsten alle de andres forældre, de har været indlagt, og der var et par stykker, der havde været på den lukkede afdeling. Og det fik vi så også snakket lidt om. Der kommer nogle spørgsmål en gang imellem, og det synes jeg jo er godt, at de får noget der inden fra, og kommer hjem og spørger. Det generer mig ikke. Tværtimod. De skal vide, hvad det indebærer, men man skal ikke skræmme livet af dem. Det er nemt at få det til at blive meget voldsomt, når man er et barn, og ikke altid forstår det, som foregår. Så derfor, så er det nemmere, når de så kommer med spørgsmålene. Så ved jeg jo også, at det er noget de har tænkt over, og noget de har tid til og gider at sidde og få et svar på. Men nu er vi også meget åbne om det. Skole, fritidsordning – alle har de fået det at vide, fordi hvis der nu er en periode, hvor børnene har det dårligt, så kan det jo være fordi jeg også har det dårligt. Og det skal der jo lige arbejdes lidt med fra begge sider. Derfor har vi valgt at sige, at vi tjener ingen ved at lade være".

To af forældrene peger på, at tilbudet har betydet, at deres barn i dag har "mere ro på", som de i begge tilfælde udtrykker det. De oplever, at barnet hviler mere i sig selv.

Fælles for de interviewede børn (og forældre) er, at de tillægger samtalegrupperne stor værdi, og at børnegrupperne har bidraget til, at de i højere grad tør se fremad og kan forestille sig et liv, der er mindre præget af sygdom og følelsesmæssigt kaos.

Det er dog også tydeligt, at dette kun lykkes, hvor der er et godt samarbejde med forældrene, og hvor forældrene er åbne overfor at give børnene indsigt i deres sygdom og tillade dem at udvikle sig i en mere selvstændig retning. Af registreringerne fra evalueringssamtalerne fremgår det blandt andet, at nogle forældre oplever, at deres børn er blevet mere udfordrende og "frække", når de fx begynder at spørge til forældrenes sygdom og stille spørgsmål ved, om det er rimeligt, at de fx skal påtage sig så meget husligt arbejde eller have ansvar for mindre søskende. Forældrene kan på den ene side opleve, at samtalegrupperne gavner deres børns mestring af det at vokse op i en familie præget af psykisk sygdom. På den anden side kan de også opleve det som en udfordring og til dels et angreb på dem som forældre, at børnene i højere grad begynder at stille spørgsmål til dem og bliver mindre villige til at samarbejde og indordne sig under sygdommens dominans i familien.

6.3 Samarbejdspartneres erfaringer med samtalegrupperne

De interviewede samarbejdspartnere er alle overvejende positive overfor tilbudet om samtalegrupper for børn i psykiatrien. Deres overordnede indtryk er, at det er et godt tilbud, der yder børnene en hjælp, de ikke får i andre typer af tilbud.

Det er dog også deres overordnede indtryk, at tilbudet ikke er særligt kendt blandt potentielle henvisere i psykiatrien eller på skoler og fritidstilbud. Fra Psykiatrisk Hospital bliver der fra de to interviewede peget på, at de oplever, at det er meget afhængig af, om nøglepersonordningen fungerer rundt om på de enkelte afdelinger, hvor meget fokus der er på børnene i behandlingsforløbene, og hvor kendt tilbudet om samtalegrupperne er. Fra Ungdomscentret og SIND bliver der peget på, at det er deres oplevelse, at det på mange måder er sværere at gøre et tilbud som samtalegrupperne kendt i en stor kommune som Århus, hvor der er mange forskellige tilbud til sårbare børn, og hvor den enkelte henviser ikke kan have så tæt et personligt kendskab til alle tilbud eller alle børns familier, end i en mindre kommune.

Fire af samarbejdspartnerne betoner, at det er vigtigt, at gruppelederne i samtaletilbudet er sig bevidst, at tilbudet fordrer to ligeværdige, men ret forskellige typer af kompetencer for at blive til et tilbud af høj kvalitet. Det er vigtigt, at gruppelederne har viden om psykiske sygdomme og psykiatriens muligheder for at hjælpe psykisk syge. Men det er lige så vigtigt, at gruppelederne er dygtige til at arbejde med børn i grupper, og forstår at udnytte gruppedynamikken til at hjælpe det enkelte barn i gruppen. Det er deres oplevelse af gruppeledernes kompetence mht. det sidste område er mindre end

deres psykiatrifaglige viden, men at de samtidig er sig det bevidst og arbejder med at udvikle kompetencen.

For de interviewede samarbejdsparter er det ikke afgørende, at tilbudet ligger i tilknytning til lokalpsykiatrien, når blot man sikrer, at der blandt gruppelederne er den nødvendige psykiatrifaglige viden.

Samarbejdspartneres bud på, hvad det er der virker i samtalegrupperne

Samarbejdspartneres oplevelser af, hvad der er de virksomme elementer i børnegrupperne stemmer godt overens med gruppeledernes, børnenes og forældrenes oplevelser. De peger på følgende faktorer:

- At børnene møder ligesindede, og kan spejle deres egne oplevelser i andre børns liv, og at de finder ud af, at de ikke er de eneste børn, der har psykisk syge forældre.
- At børnene får et frirum, hvor det er tilladt for dem at rette opmærksomheden indad og at mærke deres egne behov og lufte deres bekymringer for forældrene, deres søskende og for, at de selv evt. bliver syge. For nogle af børnene er det første gang, at de opfordres til at mærke, hvordan de har det, og at der er voksne, der tager hånd om dem
- At børnene får konkret viden om psykisk sygdom. (Dette betones af alle samarbejdspartnere uanset deres position)
- At børnene får hjælp til at kaste ansvaret for forældrenes sygdom af sig og får hjælp til at adskille sig fra forældrene og deres sygdom

Samarbejdspartneres bud på ting, der bør ændres

Næsten alle de interviewede samarbejdspartnere peger på, at de savner et gruppetilbud til yngre børn af psykisk syge. Det er deres vurdering, at også yngre børn kan have gavn af et gruppetilbud, hvilket også erfaringerne fra andre kommuner peger på³¹, når blot der bliver arbejdet med en anden pædagogisk tilgang til yngre børn. De peger således på, at det ikke vil være hensigtsmæssigt at udvide de nuværende grupper til også at omfatte yngre børn, men at de savner et supplerende tilbud.

Denne iagttagelse bliver særlig vigtig, når den ses i sammenhæng med, at det ikke er alle familier, der tilbydes en familiesamtale. Der er således ikke noget sted, hvor de yngste børn systematisk hjælpes til at forstå, hvad det er der gør, at deres forældre er anderledes end andres. Ydermere oplever nogle af dem at deltage i en forsamling til projektets samtalegrupper, uden at man efterfølgende kan give dem tilbud om at starte i en gruppe. SIND har i foråret 2005 etableret et tilbud for 7-9-årige børn i Århus

³¹ I Randers Kommune har man etableret "Klub4spring" for børn i alderen 8-12 år. I Nordjyllands Amt arbejder man i tilbudet "Timeout" med samtalegruppe for børn i alderen 6-18 år.

Kommune, men tilbudet arbejder med lukkede grupper og har kun begrænset kapacitet (Stæhr, 2005, s. 5).

Bilag 1: Litteraturliste

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

Ahlgreen, Birgitte: "Usynlige unge: børn og unge med psykisk syge forældre". Hans Reitzels Forlag, 2001

Bjørn, Runa: "Projekt kontakt til psykisk syge forældre og deres børn – Midtvejsnotat februar 2004". (Kan hentes på adressen www.aarhuskommune.dk/csu under punktet "opgaver").

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

Dalgaard, Lena: "Evaluering af projekt: Børn af psykisk syge forældre – Samtalegrupper". Roskilde Amt, Social- og psykiatريفorvaltningen, Børn og ungeafdelingen. Efteråret 2002.

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

Ejrnæs, Morten, Gorm Gabrielsen, Per Nørrung: "Social opdrift – Social arv". Akademisk forlag, 2004

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

Familieafdelingen: "Projekt: Kontakt med psykisk syge forældre og deres børn"., maj 2003. (Kan hentes på adressen www.aarhuskommune.dk/csu under punktet "opgaver").

Glistrup, Karen: "Hvad børn ikke ved... har de ondt af. Familiesamtaler i voksenpsykiatrien. Hans Reitzels Forlag, København 2002.

Gottlieb, Annemarie, Marianne Ørskov, Bjarne Christensen og Thomas Morin: "Projekt for etniske minoriteter – Lokalpsykiatri Vest, Århus Amt. Team for Tværkulturel Psykiatri, Afsluttende rapport, august 2000.

Hammershøi, Anette: "Nu forstår man det lidt bedre – erfaringsopsamling fra projekt "Samtalegrupper for børn og unge med psykisk syge forældre". UFC-Børn og Unge, September 2005.

Petersen, Ann-Dorthe: "De usynlige børn – Statusrapport vedr. Enkeltsamtaler og ad hoc grupper for børn og unge under 18 år". SIND's Pårørenderådgivning, marts 2003.

Ploug, Niels: "Vidensopsamling og social arv". Socialforskningsinstituttet, 2003

Psykiatrien i Århus Amt: "Børn i psykiatrien". Udgivet af Psykiatrien i Århus Amt, Skovagervej 2, 8240 Risskov, december 2004. I alt: 8 sider

Socialt Udviklingscenter: "Børn med psykisk syge forældre – God praksis". September 2002.

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