Grib børnene

Hvordan får børn og unge den nødvendige støtte, når deres mor eller far har en psykisk sygdom?

TrygFonden

psykiatrifonden

Indhold

Forord 4

Baggrund 6

Konsekvenser af at vokse op som pårørende 8

Hvilken støtte findes der?. 10

Barrierer for opsporing i voksenpsykiatrien 12

- Metode. 15
- Konklusion 1: Høj videnskompetence, lav handlekompetence. 16
- Konklusion 2: Manglende anerkendelse og fælles praksis 18
- Konklusion 3: Manglende struktur og system 20
- 10 vigtige barrierer for adfærd 22

Hvordan styrkes opsporing og henvisning? 24

- Værktøjer 27
- Pilottest af værktøjer 30
- Læringer og anbefalinger 35

Opsummering 37

Litteratur 38

Forord

To ud af fem danske børn vokser op i familier med psykisk sygdom. Børn og unge, der lever med forældre med psykisk sygdom, har en højere risiko for selv at udvikle psykiske problemer.

Ofte bærer de også en tung følelsesmæssig byrde, som de kan have svært ved at dele med andre. De må aldrig stå alene med deres bekymringer og oplevelser. Men vi ved, at de ofte bliver overset og står isolerede tilbage. Og vi ved, at det kan skade dem i deres trivsel og udvikling, hvis de ikke får nogen støtte.

Derfor er det så vigtigt, at de har voksne, der både ser dem og giver dem mulighed for at tale om deres oplevelser. Denne støtte kan ikke alene reducere deres risiko for selv at udvikle psykiske problemer, men også give dem håb, styrke og bedre muligheder for at skabe et trygt fundament for deres fremtid.

Derfor er Grib Børnene så vigtigt. Som rapporten viser, findes der allerede forskellige værktøjer og støttetilbud. Men enten mangler kendskabet til den hjælp, der findes, eller også er der barrierer, som fører til, at børnene ikke bliver opsporet og henvist.

Samarbejdet mellem forskellige aktører på tværs af organisationer og sektorer i Grib Børnene er helt afgørende for at sikre, at børnene ikke står alene. Ved at forene kræfterne kan vi nå flere børn og unge og skabe varige, systematiske indsatser, som giver dem den nødvendige støtte og tryghed.

Max Meyer
formand for TryghedsGruppens regionale råd i Region Hovedstaden

Marianne Skjold
direktør i Psykiatrifonden

Baggrund

I Danmark vokser 39 % af børn og unge i alderen 0-16 år op i familier, hvor mindst én forælder lever med psykisk sygdom, når psykisk sygdom defineres bredt, og 13 % har mindst én forælder med tilknytning til hospitalspsykiatrien (Christensen et al., 2022).Disse børn er i større risiko for selv at udvikle en psykisk sygdom sammenlignet med børn af forældre uden psykisk sygdom (Rasmussen & Kruse, 2022; Rayce & Kessing, 2023; Uher et al., 2023).

En rapport fra Syddansk Universitet viser, at børn af forældre med psykisk sygdom klarer sig dårligere på tværs af alle de udvalgte variable i rapporten: sundhed, sociale faktorer, kriminalitet, arbejdsmarked og uddannelse. Børn af forældre med moderat eller svær psykisk sygdom klarer sig dårligere end børn af forældre med lettere psykisk sygdom, som igen klarer sig dårligere end kontrolgruppen (Rasmussen & Kruse, 2022).

Forebyggende indsatser har potentialet til at reducere denne sårbarhed og risiko for, at barnet eller den unge selv udvikler psykisk sygdom (Arango et al., 2018; Lannes et al., 2021; Puchol-Martínez et al., 2023). En indsats som samtalegruppeforløb kan f.eks. reducere negative følelser og give børn større handlekompetence i forhold til at søge støtte fra voksne (van Santvoort et al., 2014). Psykiatrifonden har estimeret, at knap 70 % af pårørende børn, på trods af denne viden, ikke modtager hjælp (Psykiatrifonden, 2019).

På denne baggrund har TrygFonden og Psykiatrifonden indgået et regionalt partnerskab for at sikre, at børn og unge i familier med psykisk sygdom ikke bliver glemt, men derimod bliver grebet i tide. Fagprofessionelle og relevante voksne spiller en afgørende rolle i at reducere antallet af børn og unge, der selv udvikler psykiske problemer eller sygdom. Behandlere i voksenpsykiatrien, den praktiserende læge eller sagsbehandlere/konsulenter i kommunen har ofte kontakt med voksne, hvor psykisk sygdom fylder og kan spørge ind til børnene samt støtte forælderen i at være forælder, når den psykiske sygdom fylder i familien. Lærere, pædagoger og frivillige i foreningslivet har daglig kontakt med børnene og kan spørge ind til deres trivsel, hvis de ser tegn på mistrivsel. Familie og nære venner kan også bidrage ved at lette hverdagen, når den psykiske sygdom fylder. På trods af disse muligheder sker det alt for ofte, at pårørende børn og unge falder mellem to stole og dermed ikke får den støtte, de har brug for.

Denne rapport præsenterer ny viden om omfanget af patienter, der samtidig er forældre, samt de barrierer hos behandlere, der kan forhindre opsporing og støtte til børn som pårørende. Rapporten giver også indsigt i mulige værktøjer til at bryde barriererne og deres effekt, når de afprøves i praksis.

Kort om projektet

Ambitionen med projektet er at sikre, at børn og unge i familier med psykisk sygdom hos forældrene bliver set af de relevante voksne, der omgiver dem og deres forældre. Voksne, der kan bidrage til at reducere pårørende børn og unges sårbarhed og risiko for selv at udvikle en psykisk sygdom. Disse voksne kan støtte børnene og de unge ved at spørge til dem og hjælpe dem videre til en støtteindsats, hvis der er behov, så pårørende børn og unge ikke oplever at stå alene.

Projektet er organiseret i fem projektspor: 1) mobilisering, 2) styrket opsporing og støtte i voksenpsykiatrien, 3) styrket støtte i civilsamfundet, 4) styrket ressourcer omkring familien og 5) ny viden om omfang, barrierer og muligheder. Tilsammen udgør disse fem spor en samlet strategisk satsning, der på én gang kommer omkring essentielle elementer af at støtte børn og unge i familier med psykisk sygdom: Mobilisering, Opsporing og Støtte.

Projektet udføres i samarbejde med Region Hovedstadens Psykiatri, Forskningscenter for Familiebaserede Interventioner, Børns Voksenvenner og Ældre Sagen.

Konsekvenser af at vokse op som pårørende

Børn og unge i familier, hvor psykisk sygdom fylder hos en forælder, kan ofte tage en stor omsorgsrolle på sig og skjule egne følelser for ikke at bidrage til yderligere belastning for familien. Følelser som skyld, skam, forvirring, usikkerhed og ensomhed er almindelige, og det er derfor vigtigt at sikre, at alle børn får hjælp og støtte.

Når en forælder rammes af psykisk sygdom, er det hele familien, der bliver ramt. Forælderens evne til f.eks. at give nærvær, omsorg, struktur og grænsesætning kan i perioder blive svækket, hvilket gør det svært at opfylde børnenes behov. Sygdommen kan dræne forælderen for energi, som i perioder kan mangle overskuddet til at skabe de trygge rammer, som børnene har brug for, og forælderen gerne vil give. Konsekvenserne af at vokse op som pårørende barn er betinget af flere faktorer, bl.a. sygdommens indvirkning på hverdagen og familiens samlede ressourcer, hvilket betyder, at der er stor forskel på graden af belastning blandt pårørende børn og unge.

Børn og unge i familier med psykisk sygdom **påtager sig derfor ofte en omsorgsrolle**, hvor de bekymrer sig om ikke kun den syge, men også de andre familiemedlemmer. Udtrykket "young carers" refererer til børn, der tager et stort ansvar i familien, ofte på grund af kærlighed, loyalitet og bekymring. Studier viser, at børn, der vokser op som pårørende, bruger betydeligt mere tid på praktiske og emotionelle omsorgsopgaver (Ruud et al., 2015; Ytterhus et al., 2024). Denne rolle kan blive en stor belastning for dem og påvirke deres sundhed og skolegang negativt (Becker & Sempik, 2019; Ranning et al., 2018).

Når psykisk sygdom bliver en del af hverdagen, kan stemningen i familien blive uforudsigelig og kan betyde, at børnene bliver nødt til at udvikle stærke evner til at navigere i disse foranderlige omgivelser (Dam & Hall, 2016). De lærer at opfange og tolke signaler fra familiemedlemmerne for at kunne tilpasse deres egen adfærd og undgå at udløse negative reaktioner. Denne evne til at **læse stemninger og tilpasse sig** kræver meget energi, som ellers skulle have været brugt på deres egen udvikling. Derudover kan børnene blive bange for at bidrage til yderligere belastning for deres forældre ved at udtrykke deres egne bekymringer eller følelser (Ytterhus et al., 2024). For at beskytte familien **skjuler de derfor deres egne følelser** og bliver forsigtige med at kræve opmærksomhed fra forældrene (Van Parys et al., 2015). De kan udvikle en adfærd, hvor de er overhjælpsomme og pligtopfyldende, hvilket kan gøre det svært for andre at opdage, at de faktisk har det svært.

Følelser som **skyld, skam og ensomhed** optræder ofte hos børn, når den psykiske sygdom fylder i familien (Reupert et al., 2021;

Yamamoto & Keogh, 2018; Ytterhus et al., 2024). Skyldfølelse kan opstå, når børnene begynder at tro, at de på en eller anden måde er ansvarlige for familiemedlemmets sygdom (Baik & Bowers, 2006). Særligt yngre børn kan have en tendens til at skabe forklaringer, hvor de ser sig selv som årsagen til forælderens tilstand, f.eks. ”det er min skyld, at far er ked af det”. Skyld kan også opstå, når børnene forsøger at leve deres liv uden for familiens sorger og føler, at de svigter den syge (eller de andre i familien) ved ikke at være til stede hele tiden. Skammen kan opstå, når børnene føler, at de ikke er i stand til at leve op til de forventninger, de har til sig selv, eller når de opdager, at deres liv er anderledes end deres jævnaldrendes. Ensomhed følger ofte med, når børnene ikke ved, hvem de kan dele deres følelser med, eller er bange for, at deres venner vil afvise dem, hvis de taler om familiens problemer (Yamamoto & Keogh, 2018). Manglen på kommunikation om psykisk sygdom og de følelser, det vækker, bidrager yderligere til deres usikkerhed og uvidenhed (Yamamoto & Keogh, 2018). Mange er også bekymrede for, om de selv vil blive syge, eller om den syge forælder eller søskende vil kunne dø af deres sygdom (Ytterhus et al., 2024).

Selvom børn og unge i familier med psykisk sygdom oplever mange negative følelser, kan der også være positive aspekter ved deres erfaringer (Walker et al., 2024; Wepf et al., 2022). Med den rette støtte kan børnene udvikle stærke egenskaber som **empati, selvstændighed og evnen til at håndtere vanskelige situationer**. Nogle af børnene kan blive mere modstandsdygtige og få en større forståelse for sociale problemer. Der mangler dog stadig viden om, hvorfor nogle børn og unge udvikler modstandsdygtighed og selvstændighed, mens andre ikke gør. Nogle studier peger på, at støttende faktorer såsom anerkendelse fra en betydningsfuld voksen, deltagelse i fritidsaktiviteter, venskaber og at tale med andre børn og unge, som er i en lignende situation, kan have en betydning (Ytterhus et al., 2024).

Jeg har mødt flere med den samme oplevelse, så jeg ved, jeg ikke er alene.

Barn i børnegruppe

Hvilken støtte findes der?

Risikoen for mistrivsel mindskes, hvis barnet eller den unge har adgang til støtte. Der findes forskellige typer af tilbud til børn og unge, som er pårørende. I dette afsnit kan du læse om forskellige tilbud i regionerne, kommunerne og blandt organisationer.

Risikoen for mistrivsel mindskes, hvis familien, inklusive barnet eller den unge, har adgang til støtte, både inden for og uden for familien (Dharampal & Ani, 2020; Lannes et al., 2021; Ytterhus et al., 2024). Når man som forælder rammes af psykisk sygdom, kan der være mange bekymringer og skyldfølelse over ikke at kunne være den forælder, man ønsker at være. Mange forældre efterspørger hjælp og støtte til at skabe de bedste rammer for deres børn, men har brug for, at støtten er let at tilgå og hjælp til at planlægge og koordinere støtte til deres børn.

Jeg bekymrer mig ikke så meget mere om far. Jeg bliver ikke så ked af det, når jeg tænker på ham. Det gjorde jeg før.

Barn i børnegruppe

Tilbud og støtte

Trods disse tilbud får størstedelen af pårørende børn og unge ingen hjælp. Der er mange aktører, som kan gøre en forskel for at gribe børnene i tide, men der er stadig flere barrierer for opsporing og støtte.

Kombu er det nationale kompetencecenter for børn og unge, som er pårørende til psykisk sygdom. Kompetencecentret henvender sig til fagpersoner og inkluderer viden, værktøjer og kompetenceudvikling. Herigennem kan man lære mere om psykisk sygdom og finde gode råd til samtalen med barnet og/eller forælderen. På Kombus hjemmeside (kombu.dk) kan man desuden finde tilbud til børn som pårørende i den relevante kommune eller region.

Familiesamtalen er en samtale, der afholdes af en fagperson sammen med familien og børnene. Familiesamtalen er et tilbud, alle patienter tilknyttet psykiatrien kan få tilbudt. Fagpersonen vil som regel være medarbejdere, som har særligt kendskab til emnet om børn som pårørende. Til familiesamtalen kan børnene blive inddraget i, hvor deres forælder modtager behandling, hvem der behandler dem, hvad den psykiske sygdom er, og hvordan den påvirker familien. Familiesamtalen har til formål at skabe rammer for, at børnene kan stille spørgsmål, og forældrene kan fortælle om dét, der vedrører deres psykiske sygdom og herigennem give familien et fælles sprog, der giver mening for lige netop dem. Familiesamtalen er ikke kun et tilbud til børnene, men også til forælderen og behandleren, der får ny viden til at tilrettelægge behandlingsfokus. Inddragelse af familielivet i behandlingen er noget, patienterne efterspørger og oplever som en styrkelse af behandlingseffekten.

Ungegrupper Psykiatrifonden tilbyder online ungegrupper (15-25 år). I gruppeforløb får de unge hjælp til at håndtere deres situation samt mulighed for at dele deres oplevelser og spejle sig i hinanden.

Børnegrupper tilbydes i de forskellige regioner til børn, som er pårørende. I gruppeforløb får børnene og de unge hjælp til at håndtere deres situation og mulighed for at dele deres oplevelser med jævnaldrende og spejle sig i hinanden. Udover børnegrupper findes der også søskendegrupper for børn, som er pårørende til søskende med psykisk sygdom. I Region Hovedstaden tilbydes børnekurser til alderen 9-16 år. Børnegrupper tilbydes også i nogle kommuner, nogle steder gennem foreningen Bedre Psykiatri. Se mere om tilbuddene på Kombus hjemmeside (kombu.dk). Psykiatrifonden tilbyder ligeledes børnegrupper (7-16 år).

En evaluering af børne- og søskendekurser fra PsykInfo i Region Syd viser, at børn og unges viden om psykiske sygdomme øges, når de deltager i et børne-/søskendekursus (Jensen et al., 2024). Samtidig opnår børnene og de unge større forståelse for, hvordan de selv påvirkes, og hvad de kan gøre i situationer, hvor de har det svært. Et flertal af forældrene angiver ligeledes, at barnet eller den unge er blevet bedre til at håndtere dagligdagen. Forældrenes samlede indtryk af deres barns deltagelse er overvejende positivt (Jensen et al., 2024).

Scan QR koden for at se film om børnegrupper

VIA Family 2.0 er et forskningsprojekt i Region Hovedstaden og Region Nordjylland, som støtter børn i alderen 0-17. Projektet støtter hele familien, som tilknyttes en fast kontaktperson og et tværfagligt team i to år. Familien tilbydes forskellige indsatser, som passer til deres behov.

Styrk ressourcerne omkring familien: Organisationen Børns Voksenvenner er primært drevet af frivillige og tilbyder en ekstra fortrolig voksen til barnet eller familien. Organisationen har tre typer af tilbud, alt efter hvilken alder barnet i familien har og dækker fra 0-15 år.

Barrierer for opsporing i voksenpsykiatrien

I voksenpsykiatrien findes der familiesamtaler og børnekurser til børn som pårørende. Alligevel er det meget få, der får glæde af tilbuddene. En ny barriereanalyse i Region Hovedstadens Psykiatri viser, at selvom fagpersonerne godt ved, at tilbuddene eksisterer, er det ikke en viden, der gør sig gældende i deres hverdag. At beskæftige sig med børn som pårørende som fagperson bliver oplevet som usynligt arbejde, hvor der mangler struktur, fælles praksis og anerkendelse.

I voksenpsykiatrien bliver patienter, der ofte også er forældre, indskrevet til behandling for de moderate og svære psykiske sygdomme. Her har de fagprofessionelle direkte kontakt til forældre af pårørende børn og unge, hvilket giver den bedste mulighed for at opspore de børn og unge, der har behov for støtte og hjælp. Desuden arbejder de fagprofessionelle netop med den gruppe af patienter, hvoraf patienternes børn har den største risiko for selv senere at udvikle psykisk sygdom.

I en optælling fra Region Hovedstadens Psykiatri anslås det, at 354 patienter i 2023 fik en familiesamtale. Det svarer til ca. 4,6 % af patienterne med børn under 18 år. Samme år fulgte 40 børn et børnekursus, svarende til ca. 0,4 % af børn i aldersgruppen 9-16 år hvis forældre var tilknyttet Region Hovedstadens psykiatri. Det viser, at tilbud til familier og pårørende børn langt fra er systematisk praksis i voksenpsykiatrien, og at der er et stort potentiale i at øge samtalen om børnenes trivsel og kapaciteten af støttetilbuddene. Dette bekræftes også af et patientfeedback-møde, hvor patienterne udtrykker et stort ønske om inddragelse af familielivet i behandlingen og oplever, at dette har positiv betydning for behandlingseffekten.

Henvisning til familiesamtaler og børnekurser kan gøres af alle behandlere.

Familiesamtaler afholdes af uddannede nøglepersoner.

Børnekurser afholdes af uddannede børnekursusledere.

For at forstå, hvad der forhindrer samtale og støtte til pårørende børn og unge, har vi i samarbejde med WElearn og Region Hovedstadens Psykiatri udarbejdet en adfærds- og barriereanalyse. Målet med undersøgelsen er at identificere potentielle muligheder, barrierer og motivationsfaktorer ved at indlede samtaler om børnene og familielivet i behandlingsforløbet. Adfærdsanalysen er afgrænset til fokus

på barrierer og muligheder, som kan fremme eller hæmme, at flere børn får tilbud om et børnekursus i Region Hovedstadens Psykiatri. Analysen har henblik på at undersøge udvikling af værktøjer, som kan føre til øget praksis med at henvise børn som pårørende til børnegrupper. Analysen har ikke fokus på, hvordan man ellers kan yde øget støtte til eller lave tidlig inddragelse af børn som pårørende uden om henvisning til børnegrupper.

Undersøgelsen har tre hovedkonklusioner, som peger på centrale barrierer, der hindrer fagpersonerne i at spørge til børnene i familier med psykisk sygdom og henvise børnene til støttetilbud som f.eks. børnegrupper.

De tre konklusioner er:

1. Høj videnskompetence, lav handlekompetence.
2. Manglende anerkendelse og fælles praksis.
3. Manglende struktur og system.

Dette afsnit dykker ned i resultaterne fra barriereanalysen og metoderne bag analysen. Analysen peger på nogle værktøjer, der kan modvirke barriererne. Udvalgte værktøjer undersøges og afprøves i et pilotstudie, som bliver gennemgået senere i rapporten.

Nyt registerstudie kortlægger prævalensen af patienter med børn

Med hjælp fra de danske registre har vi i samarbejde med Aalborg Universitetshospital og Forskningscenter for Familiebaserede Interventioner kortlagt, hvor mange patienter med kontakt til voksenpsykiatrien, der også er forældre. Registerstudiet inkluderer alle voksne med kontakt til psykiatrien i 2020 og 2021. Voksne med kontakt til ældrepsykiatrien er ekskluderet. I alt har vi identificeret 158.543 patienter med mindst én kontakt til psykiatrien i disse to år. Af dem er 38.302 også forældre til børn under 18 år. Det vil sige, at 24 % af patienterne i voksenpsykiatrien er forældre til mindst ét barn under 18 år. I gennemsnit er patienterne med børn forældre til to børn.

Af de patienter, som også er forældre til et barn under 18 år, er det mindst 60 %, som også bor sammen med minimum ét barn. Der er en lille overrepræsentation af kvinder, der også er mødre (60 %), og underrepræsentation af mænd, der også er fædre (40 %), sammenlignet med den overordnede patientgruppe (kvinder 55 % og mænd 45 %). De mest almindelige diagnoser blandt forældre er angst og stressrelaterede lidelser (31 %) efterfulgt af affektive lidelser, såsom depression og bipolar lidelse (24 %), hvilket også er de mest prævalente lidelser generelt for patienter i psykiatrien. Dog ser vi, at skizofreni og andre psykoselidelser kun bliver set hos 9 % af patienterne, som også er forældre, mens dette er tilfældet for 17 % af alle patienter. Patienter med børn under 18 år har i gennemsnit 11 kontakter med psykiatrien per år, hvor der er ca. 12 kontakter per år for patienter, der ikke har børn eller har børn over 18 år. Hvilket betyder, at personalet i nogenlunde lige så høj grad har kontakt med patienter med børn under 18 år som patienter uden børn under 18 år.

Den overordnede prævalens på 24 % varierer kun en smule over regioner, hvor region Syddanmark har den højeste prævalens på 27 % og Region Hovedstaden den laveste på 22 %. Dog finder vi en stor variation mellem psykiatriske afsnit, hvor det på nogle afsnit er helt ned til 2 % af patienterne, der har børn under 18 år og på andre afsnit er op mod 50 % af patienterne. Dette peger på muligheder for at fokusere opsporing og støtteindsats, der hvor behovet er størst.

Demografiske data for survey

Besvarelser i undersøgelsen

- 281 respondenter
- 70 % gennemførte hele spørgeskemaet
- 35 spørgsmål

Alle de psykiatriske centre er repræsenteret dog med overtal af respondenter fra Psykiatrisk Center København

Akutmodtagelse	9 %
Intensiv sengeafsnit	17 %
Psykiatrisk ambulatorium	35 %
Psykoterapeutisk ambulatorium	8 %
Åbent sengeafsnit	15 %
OPUS	6 %
Andet*	10 %

*Involverer fællestelefonen, tværsektorielle medarbejdere og tilsyn

Kønsfordeling

83 % Kvinder
16 % Mænd
1 % Foretrækker ikke at besvare

Alder

10 % 20-30 år
25 % 31-40 år
27 % 41-50 år
22 % 51-60 år
16 % 61+ år

Nøglepersoner

74 % Ikke nøgleperson
25 % Nøgleperson
1 % Ved ikke

Faggrupper

6 % Ergoterapeut
2 % Fysioterapeut
6 % Læge
1 % Plejer
2 % Psykiater
7 % Psykolog
3 % Pædagog
1 % Recoverymentor
22 % Socialrådgiver
11 % SOSU-assistent
37 % Sygeplejersker
1 % Ufaglært
1 % Andet

Metode

Analysen bygger på forskellige typer data for at sikre, at emnet belyses fra flest mulige vinkler. I undersøgelsen inddrages derfor både fagpersoner, ledere og patienter, og der bruges både kvantitative og kvalitative metoder:

Et survey (N=281) sendt ud til fagpersoner med fokus på identificering af mønstre og barrierer, der forhindrer henviseradfærd.

11 interviews (2 nøglepersoner, 2 ledere, 5 behandlere og 2 patienter) med fokus på, hvordan de fysiske og sociale rammer på afdelingen fremmer eller hæmmer henviseradfærden.

To værktøjsworkshops (6 behandlere) med fokus på, at deltagerne drøfter eksisterende og nye værktøjer. Undersøgelsen bygger på besvarelser fra ansatte i Region Hovedstadens Psykiatri, bl.a. sygeplejersker, socialrådgivere, SOSU-assistenter, psykologer, læger, pædagoger, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Dataindsamlingen er gennemført i perioden 25. april til 13. maj 2024.

En nøgleperson er en behandler med særligt fokus på børn som pårørende. Nøglepersonen er også den, der afholder familiesamtaler.

De 281 respondenter på surveyet er ikke repræsentative for de ansatte i Region Hovedstadens Psykiatri. Særligt kan vi se, at en relativt stor del af respondenterne (25 %) er uddannede nøglepersoner, og at socialrådgiverne har haft høj tendens til at svare[1]. Dette gør, at tallene i nedenstående analyse ikke nødvendigvis ville blive de samme med en anden stikprøve. Det er dog mest sandsynligt, at konklusionerne viser et "for" positivt billede af henviseradfærden, eftersom respondenterne er behandlere, der i forvejen går op i området omkring børn som pårørende, da 25 % er uddannede nøglepersoner.

[1]Socialrådgivere udgør omkring 3,2 % af den samlede medarbejderstab i Region Hovedstadens Psykiatri, hvor de udgør 22 % af respondenterne i dette survey. På samme måde var der i 2023 ca. 115 nøglepersoner svarende til ca. 2 % af den samlede medarbejderstab, mens 25 % af respondenterne i dette survey var uddannede nøglepersoner.

Konklusion 1

Høj videnskompetence, lav handlekompetence

Respondenterne giver generelt udtryk for, at de har viden om emnet samt ressourcer og ansvarsfølelse i forhold til at henvise børn som pårørende. Alligevel er der barrierer, som fører til, at børnene ikke bliver opsporet og henvist.

97 % af respondenterne i surveyet har åbnet samtalen med patienten om børnene og familien. Næsten alle har spurgt til børnene, men 43 % har aldrig henvist til familiesamtaler, børnekurser eller andre tilbud til børn og familier i psykiatrien. Dette på trods af, at 86 % af respondenterne kender til ét eller flere støttetilbud i psykiatrien til børn som pårørende (se Figur 1). På trods af det store kendskab til støttetilbuddene mangler der altså handlinger, som fører til, at familierne rent faktisk får tilbudt et støttetilbud. Som eksempel på intention-handlingsgabet fortæller en patient om en oplevelse, hvor hun blev tilbudt et børnekursus til sit barn og takkede ja til tilbuddet, men hvor behandleren ikke fik barnet tilmeldt. "Altså i min optik, så var det jo virkelig godt, at den her sygeplejerske så behovet. Men jeg tror, jeg havde tænkt, at måske ville hun melde mig til med det samme."

Hvis behandleren foreslår muligheden for en familiesamtale eller et børnekursus, og patienten i første omgang takker nej til tilbuddet, er det kun 35 %, der ofte følger op og spørger patienten igen. Patienters forløb kan ændre sig meget over tid, og derfor kan der være stort potentiale i at spørge igen.

I interviewene med patienterne giver flere udtryk for, at timingen er vigtig i forhold til at takke ja til tilbuddet, men at det er rart at få informationen så hurtigt som muligt, også selvom man ikke takker ja i første omgang. En patient nævner, at tidligt kendskab til støttetilbud til børnene gav mulighed for at informere både børnene og andre familiemedlemmer om de tilgængelige ressourcer, også selvom børnene ikke var klar til at deltage med det samme.

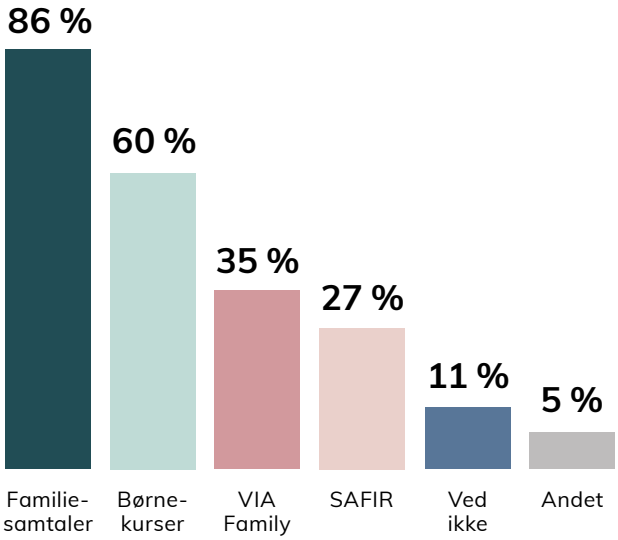
71 % af respondenterne mener, at de har den rette viden og kompetencer til at åbne samtalen om patientens børn, men der er stor forskel på faggruppernes tiltro til egen viden. Særligt socialrådgiverne har tillid til egen viden og kompetencer, hvor omkring 65 % er enige eller meget enige i, at de har de rette kompetencer. Det ser imidlertid anderledes ud for sygeplejersker og SOSU-assistenter, hvor kun hhv. 32 % og 25 % mener, de har de rette kompetencer og viden til at indlede samtalerne.

84 % af respondenterne er dog enige i, at de har et ansvar for at indgå i dialogen om børn, og at det er vigtigt at få afdækket, om der er et behov for en henvisning til børnene. Der er altså generelt stor ansvarsfølelse blandt fagpersonerne.

Figur 1: Kendskab og handling

(N=228)

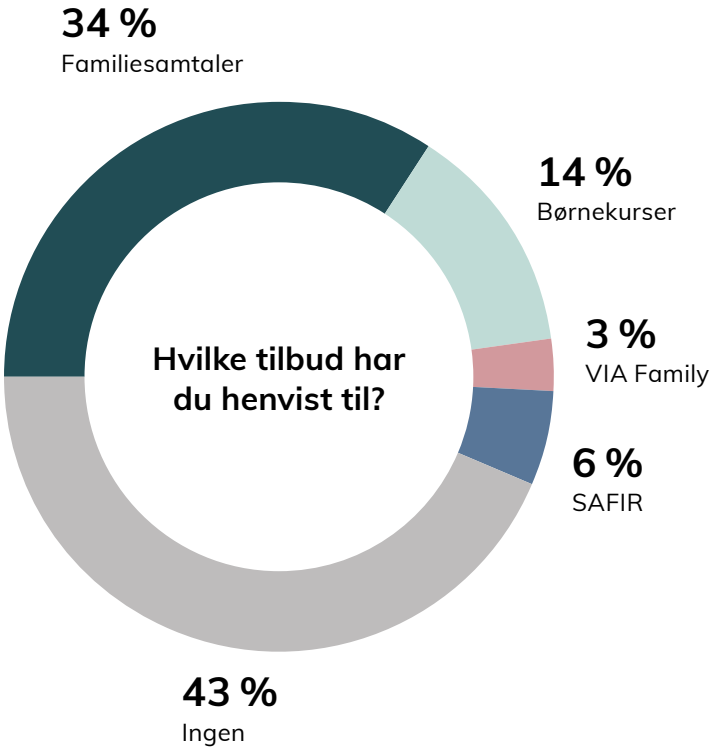
Hvilke af følgende Støttetilbud kender du?



VIA Family og SAFIR er begge forskningsprojekter for familier med psykisk sygdom. I VIA Family støttes familier ramt af psykisk sygdom med en fast kontaktperson og et tværfagligt team i to år, som tilbyder familien forskellige indsatser til deres behov. I SAFIR deltager hele familien i samtaleforløb med formål om at styrke barnets trivsel og forebygge psykiske vanskeligheder.

Vi ved, at tilbuddet om børnekurser er der. Vi ved hvilken skuffe, vi skal kigge i, hvis vi vil have mere information. Men det er ikke en viden, der er aktiv i vores hverdag.

Behandler



Konklusion 2

Manglende anerkendelse og fælles praksis

Figur 2 viser, at 63 % af respondenterne mener, at anerkendelse og feedback fra ledelsen på henvisning til børnekurser i høj grad kan bidrage til, at flere henvises til støttetilbud. Kun 10 % mener dog, at manglende anerkendelse eller støtte fra nærmeste leder udgør en barriere for adfærden med at henvise.

Behandlingspsykiatrien bærer præg af en målstyring, hvor opgaver, der ikke måles på, ikke bliver prioriteret. Da der aktuelt ikke er målsætninger for afholdelse af familiesamtaler og henvisning til støttetilbud, risikerer området at blive nedprioriteret. Arbejdet med børn som pårørende bliver oplevet som usynligt arbejde, som ikke anerkendes af den øverste ledelse. ”Det er en funktion (nøgleperson, red.), som ikke belønnes på lige vilkår med andre funktioner i vores fag.”

Respondenterne i interviewene giver også udtryk for, at den øverste ledelse bør sætte mere fokus på emnet, og at det kræver mere end nogle få nøglepersoner per afsnit. Når arbejdsopgaven omkring familiesamtaler kun ligger på nogle få nøglepersoner på hvert afsnit, og der samtidig ikke er afsat ekstra tid, skaber det en situation, hvor nøglepersonerne ikke har incitament til at udbrede praksis om familiesamtaler. En nøgleperson fortæller, ”(...) vi var også lidt påpasselige med, hvor meget vi begyndte at tale om det på vores afsnit. Hvis først alle får opmærksomhed på det, så er der lige pludselig potentielt rigtig mange samtaler hver uge”.

Pointerne om fokus på andre opgaver og manglende tid som årsag til, at man i nogle tilfælde ikke tager dialogen om børn med patienten, går igen i de åbne svar i surveyet, hvor en afdelingsleder nævner: ”Det kan blive ‘glemt’ i mængden af andre ting at forholde sig til omkring patienten og dennes sygdom”. En interviewperson pointerer ligeledes, at det har stor betydning, hvilket fokus de får besked på at prioritere, og at børn som pårørende let indgår i en kategori af ekstraopgaver.

> *Indtil videre har børn som pårørende været usynligt arbejde.*
>
> Socialrådgiver

Der er generel anerkendelse af underretninger, dvs. en orienterende skrivelse om den aktuelle bekymring for et barn til kommunen, barnet bor i, men det samme gør sig ikke gældende for henvisninger til støttetilbud. En socialrådgiver beskriver en mærkbar forskel i at lave underretninger sammenlignet med henvisninger til støttetilbud ”Det er altså sådan i vores regi, at underretninger, dét har værdi. Det er megavigtigt. Hvis du kom og sagde, ‘jeg har lavet en familiesamtale’, så vil de sige, ‘det er fint’.”

Fordelene ved at henvise til støttetilbud sammenlignet med at lave underretninger bliver let overset, hvilket blandt andet kan skyldes, at der eksisterer en bred praksis for underretninger, og at mange ser det som en mulighed for støtte i kommunen i stedet for i psykiatrien. Socialrådgiveren beskriver videre: ”Men grunden til, at jeg tænker, at vi får anerkendelse for dem, det er fordi, at en underretning taler meget ud af huset. Når vi snakker børnekursus, så snakker vi ind i ydelsen.”

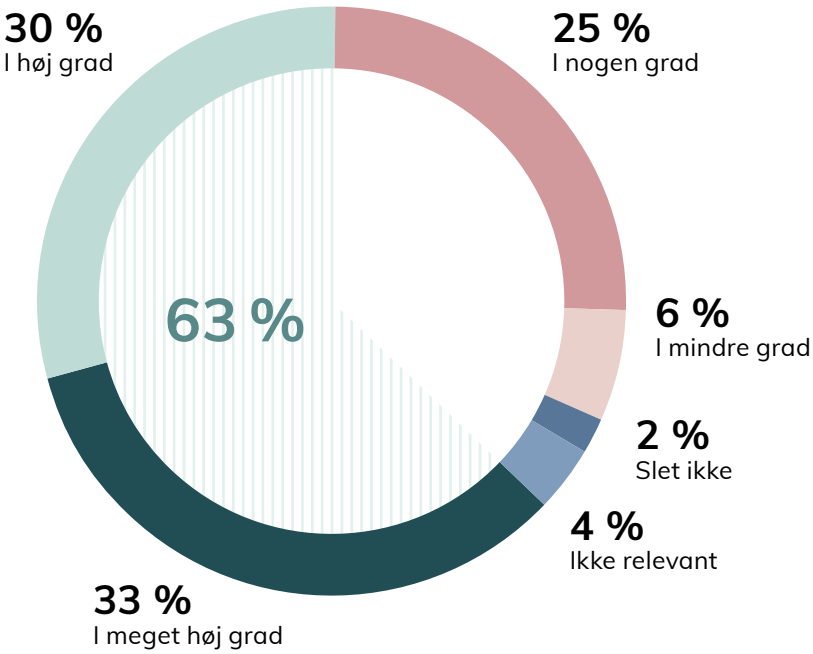
Manglende tid og anerkendelse i forhold til at åbne samtalen om og henvise børn resulterer i, at denne praksis ofte opretholdes af ildsjæle. En opgørelse lavet umiddelbart inden barriereanalysen anslår, at kun 58 % af de uddannede nøglepersoner har en praksis om at holde familiesamtaler[2]. Når ildsjælene stopper i afdelingen, forsvinder praksissen, da der ikke eksisterer en kultur for dens videreførelse. For at gøre henvisninger til delt praksis er der behov for, at ildsjæle ikke bærer ansvaret alene.

Mange medarbejdere ser det ikke som en del af deres kerneopgave at henvise til børnekurser, hvilket resulterer i, at det ofte videregives til socialrådgivere. Dette har skabt en kultur, hvor ansvaret for henvisninger samles hos én faggruppe, selvom det ville være hensigtsmæssigt at inddrage flere i opgaven for at henvise flere børn. Hvis der ikke er en fælles kultur for at inddrage børnene og tilbyde dem støtte, kan det også være svært for patienterne at navigere rundt i.

> *Hvem man ender i hænderne på, har kæmpe betydning for den behandling, man får. Nogle vil mene, at det (støtte til børnene, red.) skal vi ikke gøre et stort nummer ud af, og barnet skal leve sit hverdagsliv uden indblanding af psykisk sygdom, som min læge (mener, red.), og andre gange møder man nogle, der mener, at det betyder enormt meget, og at det ikke er nok at have emotionelt tilgængelige forældre, ligesom hende sygeplejersken, der spurgte, om mit barn ville på børnekursus. Så det er enormt svært at navigere rundt i.*
>
> Patient og forælder

Figur 2: Betydning af anerkendelse og feedback
(N=199)

I hvor høj grad tror du, at anerkednelse og feedback på henvisninger til familiesamtaler og børnekurser kan bidrage til, at flere børn og unge bliver henvist til støttetilbud?



[2]42 % af de uddannede nøglepersoner havde ikke holdt en eneste familiesamtale i hele 2023.

Konklusion 3

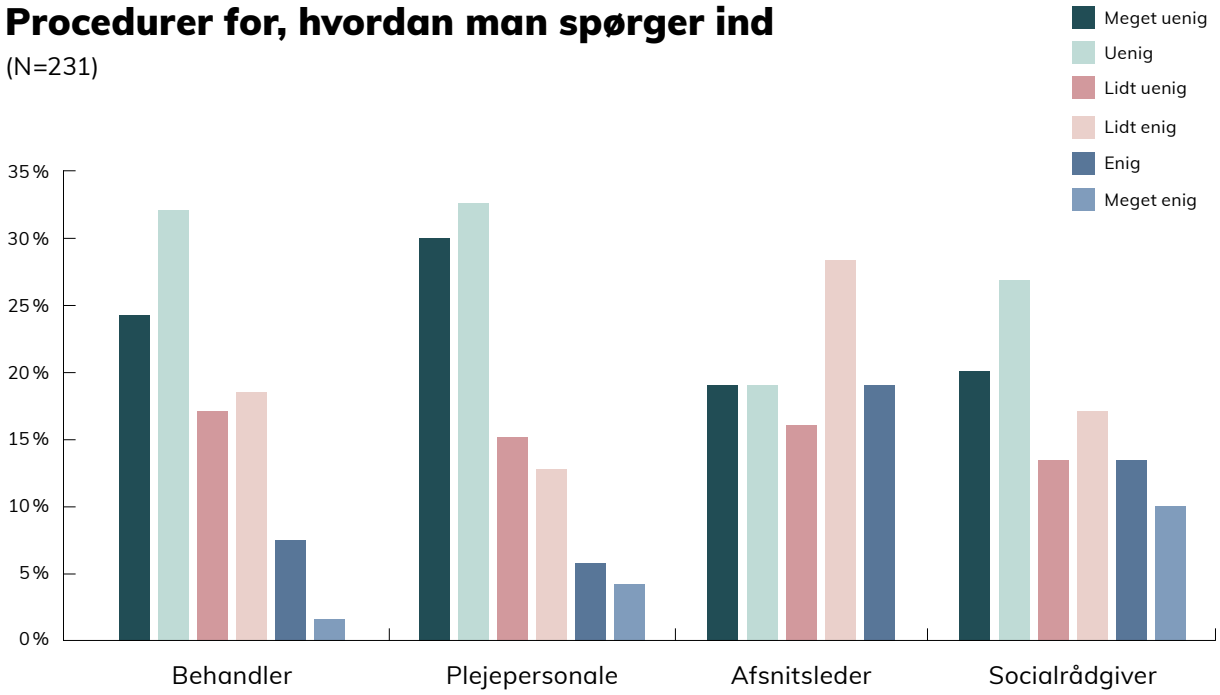
Manglende struktur og system

Kun 12 % af respondenterne er enige eller meget enige i, at der findes en fast struktur for, hvornår samtalerne om patienternes børn skal indledes. Denne manglende systematik gør det uklart, hvordan og hvornår personalet skal spørge ind til børnene. Praksis kommer på grund af den manglende struktur ofte til at afhænge af den enkelte medarbejders tid og fokus og bliver dermed de enkelte medarbejderes ansvar. Derudover bliver henviseradfærden fragmenteret, idet medarbejderne ikke oplever en enighed om procedurerne. I en hverdagspraksis, som er styret af systemer, bliver det til en stor barriere for ønsket adfærd.

Figur 3 vidner om en uoverensstemmelse mellem ledelsen og medarbejdernes opfattelse af, om der er en fast procedure på afsnittet for, hvordan man spørger ind. Afsnitslederne har, som den eneste gruppe, en overvægt af respondenter, som er enige eller lidt enige i, at der er en fast procedure. Hverken plejepersonale, socialrådgivere eller behandlere har denne opfattelse.

50 % af respondenterne mener, at de mangler de nødvendige værktøjer til at opspore og henvise børn som pårørende. De fleste er ikke bekendte med de eksisterende værktøjer og oplever, at de redskaber, de arbejder med, ikke i tilstrækkelig grad støtter opsporing og henvisning. I stedet oplever medarbejderne, at det er noget, de selv skal huske at gøre. Dette indikerer, at der er behov for at integrere praksis bedre i de systemer, som personalet allerede anvender.

Figur 3:
Procedurer for, hvordan man spørger ind
(N=231)



> *Hvis det ikke er i SP (Sundhedsplatformen, red.), så gør vi det ikke …*
>
> Behandler

De væsentligste barrierer inkluderer manglen på en fast struktur, påmindelser om at udføre henvisningen og manglende integration af processen i de eksisterende arbejdsgange. Flere italesætter, at opgaven ikke er tydeligt indbygget i de elektroniske systemer, de anvender.

I Sundhedsplatformen ligger et børneskema, hvori patientens børn skal registreres. 49 % af respondenterne svarer, at de ikke kender til børneskemaet, og kun 26 % svarer, at de har brugt det. Her er besvarelserne dog lidt anderledes blandt socialrådgiverne, hvor 19 % ikke kender skemaet, og 48 % svarer, at de har brugt det. Det tyder på, at det primært er socialrådgiverne, der registrerer i børneskemaet. I interviewene giver nogle af informanterne udtryk for, at børneskemaet ikke er så let at finde, og at det ikke fungerer som en inkorporeret del af deres hverdag. En anden central del, som en af interviewpersonerne påpeger, er, at selve systemet for at henvise til børnekurser ikke er let, og at man derfor nemt kommer fra det i en travl hverdag.

I surveyet blev der præsenteret ti centrale værktøjer om børn som pårørende for deltagerne i undersøgelsen, og langt størstedelen (74-93 %) kendte ikke til et eneste af dem. Dette billede blev bekræftet i de to værktøjsworkshops, hvor seks behandlere drøftede eksisterende og nye værktøjer, dog havde de uddannede nøglepersoner lidt større kendskab. Det kan skyldes, at værktøjerne ikke er bredt introduceret for det almene personale, og at de ikke er indarbejdet i deres kerneopgaver. Trods manglende kendskab er der dog en klar intention om at forbedre indsatsen for børn som pårørende.

Det er vigtigt for kvaliteten af børnekurserne, at børnene matches nogenlunde på alder for at kunne spejle sig i hinandens oplevelser. Men andelen af børn, der bliver henvist, er så lille, at der går lang tid, før der kan oprettes et kursus med børn i samme aldersgruppe, og nogle børn oplever derfor at stå meget lang tid på venteliste, eller at kurset ender med at blive aflyst.

> *Vi ventede et halvt år, men der sad også en mor, der sagde, de havde ventet næsten to år. Og det tænker jeg bare, at hvis vi havde fået det tilbudt om et år, så tror jeg slet ikke, det havde haft den effekt, som der er brug for.*
>
> Patient og forælder

En behandler nævner i surveyet, at en af årsagerne til ikke at åbne dialogen om patientens børn er erfaring med, at børnekurserne gentagne gange er blevet aflyst på grund af for få tilmeldte. Dette viser, hvor vigtigt det er at systematisere tilbuddet om støtte til børn som pårørende og bryde den negative spiral, hvor lave henvisningstal fører til lange ventetider eller aflysninger, som gør tilbuddet uattraktivt, hvilket fører til endnu færre henvisninger.

10 vigtige barrierer for adfærd

Gennem barriereanalysen er der blevet identificeret 10 vigtige barrierer for manglende henvisning til børnekurser.

#1 Varierende tillid til egen viden og egne kompetencer
Kun 25 % af SOSU-assistenterne og 32 % af sygeplejerskerne er enige eller meget enige i, at de har den rette viden og de rette kompetencer til at tage dialogen.

#2 Mangel på fast system
Kun 12 % er enige eller meget enige i, at der er en fast struktur for, hvornår man spørger ind til patientens børn. Uden system er det uklart, hvad man skal gøre og hvornår, og adfærden kommer til at bero på den enkeltes overskud og fokus.

#3 Handlingsproblem – ikke vidensproblem
Der er højt kendskab til støttetilbud (86 %), men lav grad af henvisning (43 %).

#4 Manglende handlingsanvisende værktøjer
50 % giver udtryk for, at de mangler værktøjer til at tage dialogen. Man ved, det eksisterer, men har brug for hjælp og systematik til at handle.

#5 Mangel på anledninger og opfølgning
Hvis patienten i første omgang siger nej tak til tilbuddet, er det kun 35 %, der ofte eller meget ofte følger op ved at spørge igen. 58 % svarer, at påmindelser i høj eller meget høj grad vil resultere i flere henvisninger.

#6 Ildsjæle står alene med ansvar
Ansvaret er båret af ildsjæle, og det fragmenterer henviseradfærd.

#7 Systemet understøtter ikke praksis
Opgaven med at tage dialogen om børn lever primært i de ansattes hoveder. De er ikke bygget tydeligt ind i de værktøjer, de arbejder med (f.eks. Sundhedsplatformen).

#8 Uklarhed om ansvarets placering
Fragmenteret praksis – det varierer alt efter hvilket sted, man er i behandling, hvordan børn som pårørende håndteres. Nogle mener, alle har et ansvar, andre mener, socialrådgivere og nøglepersoner har ansvaret.

#9 Ny mental model
Personalet er vant til underretninger som en kerneopgave. Men støttetilbud er en ny tredje kategori imellem underretninger og ikke at gøre noget. Det gør det til en mere kompleks vurdering af patienten og dennes børn, man skal lave.

#10 Usynligt arbejde
Børn som pårørende bliver ikke målt systematisk, og man har derfor ikke et overblik over, f.eks. hvor mange familiesamtaler der afholdes. Det gør adfærden usynlig.

Jeg blev rigtig glad, da sygeplejersken nævnte et børnekursus, for jeg tænker meget på, hvordan mine børn bliver påvirket, når jeg er syg.

Patient og forælder

Hvordan styrkes opsporing og henvisning?

Ud fra de identificerede barrierer er der blevet udviklet syv værktøjer til at øge opsporing og henvisning. Værktøjerne inkluderer visuelle remindere, systemremindere, patientfolder samt guide til både behandlere og ledere. Pilottesten viser, at værktøjer som systemremindere og visuelle remindere kan øge henvisninger, men kræver kontinuerlig opfølgning og ledelsesfokus.

Selvom størstedelen af respondenterne i surveyet ikke kendte de eksisterende værktøjer, svarede 54 % alligevel, at bedre værktøjer ville kunne øge henviseradfærden. Der er altså en skævhed i mængden af værktøjer og intentionen med dem i forhold til den reelle praksis, de skulle bidrage til at styrke. Dette tyder på, at personalet ikke er tilstrækkeligt introduceret til de værktøjer, som allerede eksisterer, og at det ikke er en inkorporeret praksis i deres kerneopgaver.

Som konklusion på barriereanalysen blev de seks største potentialer for ændring af henviseradfærden identificeret.

6 største potentialer for øget henviser-adfærd

#1
Skab anledninger

Personalet efterspørger en fast struktur, værktøjer og hjælp til, hvordan og hvornår de skal tage dialogen. Ved at tilføje anledninger i de systemer, de bruger lige nu, kan man understøtte alle disse behov.

#2
Øg personalets tillid til evner og viden

Støt personalets tillid til, at de har den fornødne viden ved f.eks. at vise, hvordan man gør, give dem mulighed for at øve sig med støtte eller fremhæve, at de allerede har den viden og de kompetencer, der skal til.

#3
Få personalet til at spørge igen

Patienten siger ikke nødvendigvis ja til tilbuddet i første omgang, men kun en mindre gruppe (35 %) følger ofte op ved at spørge igen. Ved at få flere til at spørge én gang til, kan det potentielt få flere til at takke ja.

#4
Integrer i de eksisterende systemer og skab delt praksis

Dialogen om henvisning til støttetilbud kan i højere grad integreres i de systemer, som personalet allerede bruger. Indtil videre lever henviseradfærden overvejende hos den enkelte medarbejder. Det vil også signalere, at det er en del af kerneopgaven og har organisatorisk opbakning.

#5
Skab en fast struktur

Personalet efterspørger i høj grad en mere fast struktur for, hvordan man skal gøre. Lav en fast opskrift, de kan følge for at gøre adfærden simplere. En klar og simpel struktur understøtter også tilliden til, at man har den rette viden. Det kunne f.eks. være en samtaleguide eller tjekliste.

#6
Nye handlings-anvisende værktøjer

Personalet efterspørger værktøjer, men kender ikke de værktøjer, som allerede eksisterer. Det er oplagt at udbrede kendskabet til værktøjerne, som kan være værdifulde og hjælpsomme og lave nye værktøjer, der er handlingsanvisende.

Figur 4:
Værktøjer, der kan fremme henviseradfærd

B = Behandler L = Ledere P = Patienter ☐ = Udvalgte værktøjer

Værktøjer

På baggrund af resultaterne fra barriere-analysen blev der udarbejdet en række forskel-lige forslag til værktøjer til psykiatrien, som har potentiale til at bidrage til, at flere børn henvises til støttetilbud og at øge henviseradfærden blandt personalet. Af figuren fremgår samtlige forslag til værktøjer. Ikke alle værktøjer kom i brug og blev testet i denne omgang, men har potentiale til at afhjælpe barriererne for henviseradfærden og er oplagte at teste i fremtiden.

Figuren er inddelt i, hvilken fase af behand-lingen patienten befinder sig i, hvem værktøjet er rettet imod, og hvorvidt værktøjet allerede eksisterer. Som det fremgår af figuren, er det langt størstedelen af værktøjerne, som endnu ikke eksisterer.

De markerede værktøjer er blevet udvalgt som et led i en test af deres virkning i praksis i psykiatrien i Region Hovedstaden. De udvalgte værktøjer skal tilsammen kunne dække de ti barrierer for henviseradfærd, som fremgik af barriereanalysen side 22.

Værktøjerne fungerer enten som et nudge, der skal øge den automatiserede henviseradfærd, eller som et boost, der skal øge modtagerens evne til aktivt at handle og træffe beslutninger, der øger henviseradfærden.

De 7 værktøjer

1) Systemremindere:
Det første værktøj skal sikre en automatisering af henviseradfærd og gøre adfærden til hverdagspraksis. Værktøjet eksisterer allerede i Region Hovedstadens Psykiatri, men påmindelser er et punkt, som flere af respondenterne mener ville øge henviseradfærden. Systemreminderen skal integreres som en del af afdelingens system og skulle også indeholde en funktion, der registrerer åbningsprocent for at gøre det målbart, om reminderen faktisk registreres. Dette ville dog kræve en teknisk ændring i systemerne, som på nuværende tidspunkt ikke er mulig, og dette er derfor ikke med i værktøjet, som er testet.

I praksis bliver reminderen udsendt enten i lederens faste ugebrev eller som en separat ugentlig reminder fra lederen. Hver reminder ser forskellig ud i de fem uger, værktøjet er blevet testet.

Systemreminderen søger at afhjælpe følgende barrierer; #2 (Mangel på fast system), #3 (Handlingsproblem – ikke vidensproblem), #5 (Mangel på anledninger og opfølgning) og #7 (System understøtter ikke praksis).

2) Visuelle remindere:
Det andet værktøj er synlige fysiske remindere. De visuelle værktøjer er et hyldesvirp og plakater. Hyldesvirpet er henvendt til personalet med remindere om at huske henviseradfærden. Plakaterne skal placeres på gange, hvor patienter og pårørende færdes og skal henvende sig til både behandlere og patienter, som begge skal blive opmærksomme på patienternes børn som en part i patienternes forløb.

De visuelle remindere søger at afhjælpe følgende barrierer; #5 (Mangel på anledninger og opfølgning), #8 (Uklarhed om ansvarets placering) og #10 (Usynligt arbejde).

3) Ledelsesguide med datapakke om børn som pårørende:
Det tredje værktøj er en guide, som skal hjælpe lederne med at kunne belyse børn som pårørende og således øge medarbejdernes oplevelse af støtte og anerkendelse fra ledelsen. Værktøjet rummer en dataindsamling på antallet af henvisninger til støttetilbud lavet i lederens ambulatorium, antallet af behandlere eller patienter, som har tilmeldt et pårørende barn til en venteliste for børnekursus, samt en hverdagshistorie fra psykiatrien om børn som pårørende. Tallene og fortællingerne skal bruges aktivt i hverdagen som motivationsfaktor, og det skal blive let for lederen at kaste lys på små ændringer og tiltag til gavn for børn som pårørende.

Ledelsesguiden søger at afhjælpe følgende barrierer; #1 (Varierende tillid til egen viden og egne kompetencer), #6 (Ildsjæle står alene med ansvaret), #9 (Ny mental model) og #10 (Usynligt arbejde).

4) Patientfolder:

Det fjerde værktøj er en folder, som skal oplyse patienterne om muligheden for og formålet med støttetilbud. Værktøjet eksisterer allerede i Region Hovedstadens Psykiatri, men skal sættes i system, så behandlere videregiver folderen i en velkomstpakke til patienten og til selve behandlingen. Værktøjet skal tiltrække patienter, der ønsker at få deres børn henvist til støttetilbud.

Patientfolderen søger at afhjælpe følgende barrierer; #3 (Handlingsproblem – ikke vidensproblem), #5 (Mangel på anledninger og opfølgning), #6 (Ildsjæle står alene med ansvaret) og #9 (Ny mental model).

5) Guide til behandlere:

Det femte værktøj er en konkret guide til behandlere om, hvorfor, hvordan og hvornår de skal indlede samtalen med patienten om børn. Værktøjet eksisterer allerede i Region Hovedstadens Psykiatri i form af en samtale-guide. Guiden bliver opdateret og rummer en 5-trinsguide til, hvordan man starter samtalen med patienten om børn. Guiden udleveres til 50 behandlere med henblik på at undersøge, om henviseradfærden bliver lettere.

Guiden søger at afhjælpe følgende barrierer; #1 (Varierende tillid til egen viden og egne kompetencer), #2 Mangel på et fast system), #3 (Handlingsproblem – ikke vidensproblem), #4 (Manglende handlingsanvisende værktøjer), #5 (Mangel på anledninger og opfølgning), #8 (Uklarhed om ansvarets placering) og #9 (Ny mental model).

6) Video om børnekursus:

Det sjette værktøj er en video om børne-kurser. Værktøjet eksisterer allerede i Region Hovedstadens Psykiatri, og formålet er at vise både patient og behandler, hvad en børne-gruppe er og kan.

Videoen søger at afhjælpe følgende barrierer; #5 (Mangel på anledninger og opfølgning) og #10 (Usynligt arbejde).

7) Guide til nøglepersoner:

Det syvende værktøj er en guide til nøgle-personer, som skal støtte dem i deres rolle som afdelingens ekspert. Guiden rummer gode råd og viden om området til at forstærke deres motivation for at løfte opgaven som nøgleperson.

Guiden søger at afhjælpe følgende barrierer; #1 (Varierende tillid til egen viden og egne kompetencer), #5 (Mangel på anledninger og opfølgning), #6 (Ildsjæle står alene med ansvaret), #8 (Uklarhed om ansvarets place-ring), #9 (Ny mental model) og #10 (Usynligt arbejde).

Pilottest af værktøjer

På baggrund af konklusionerne fra barriere- og indsigtsanalysen har vi udviklet syv værktøjer, som testes på to ambulatorier i Psykiatrisk Center København. Formålet var at lukke intention-handlingsgabet mellem faktisk og ønsket adfærd – og samtidig få boostet henviseradfærden.

I alt deltog 75 behandlere i seks ugers pilottest. Onepageren som er udviklet til nøglepersoner indgik ikke som en del af evalueringen, da den blev udleveret i midten af testen samt til alle nøglepersoner i Region Hovedstadens Psykiatri.

Testens værktøjer er målrettet både ledere og behandlere. Målet pr. målgruppe var for behandlere at de skulle blive bedre til at tage dialogen med patienter om deres børn og sørge for at spørge om mere end blot om de har børn. For lederne var målet at de skulle sørge for at følge op på henviseradfærd, samt skabe anerkendelse og belønning for den ønskede adfærd.

For at undersøge, om testen skaber ønsket adfærd stiller vi tre spørgsmål:

1. Hvad synes målgruppen om værktøjerne?
2. Fører værktøjerne til ændrede oplevelser af viden/kompetencer/overbevisninger?
3. Fører værktøjerne til ændret adfærd?

Metode

Evalueringen består af fire datakilder, som er både kvantitative og kvalitative, da pilottesten undersøger, om værktøjernes værdi kan måles og mærkes. Metoderne er valgt ud fra at trække mindst muligt på ambulatoriernes ressourcer. Data fra begge ambulatorier er analyseret samlet.

Antal faktiske henvisninger til børnekurser

Hvor mange behandlere har henvist børn til børnekurser i testperioden, og hvor mange patienter tilknyttet ambulatorierne har selv tilmeldt deres børn til børnekurser.

Ugentlige memoer fra behandlere

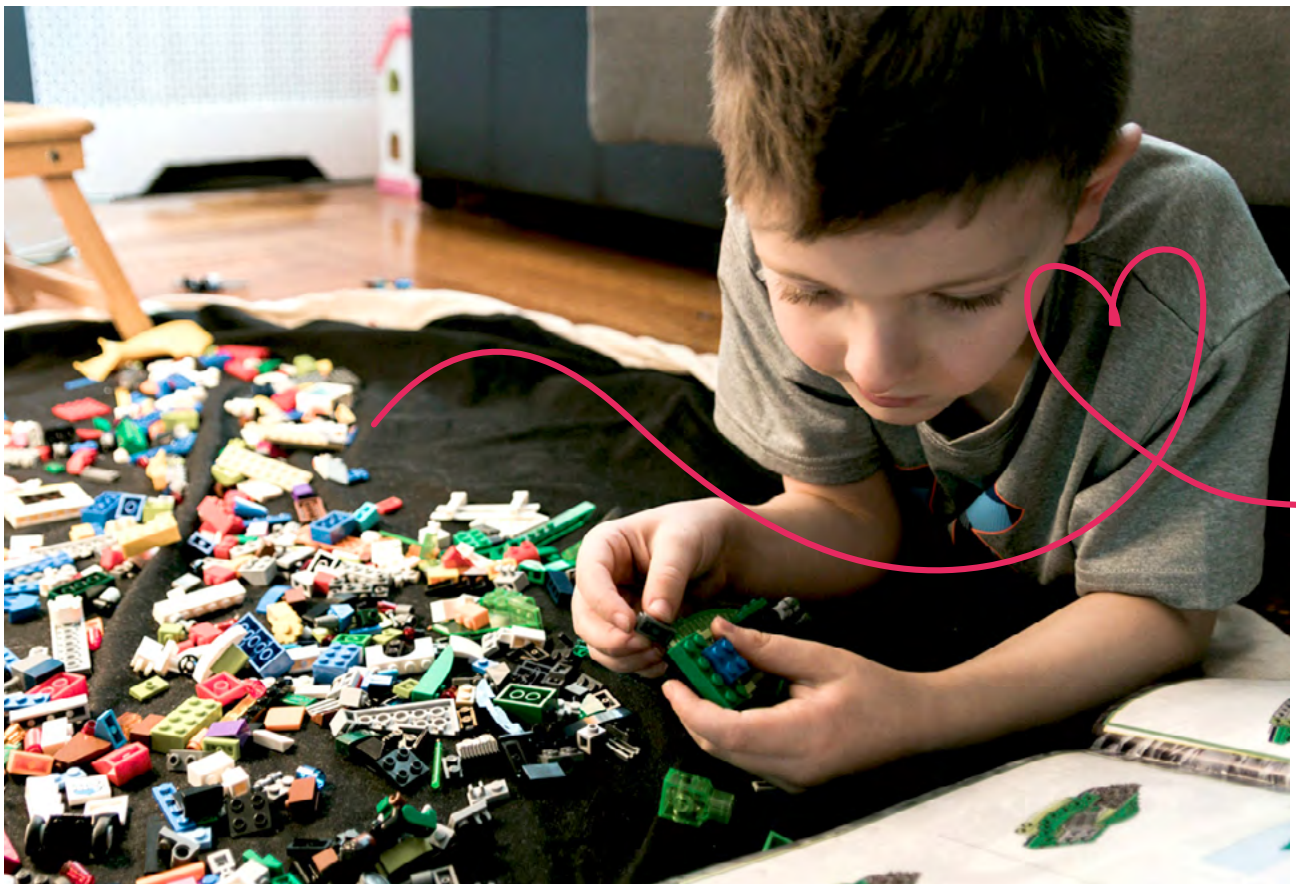
Tre behandlere fra hvert ambulatorium har sendt ugentlige memoer om deres oplevelser med testen og værktøjerne. Det gav real time-observationer og håndholdte beskrivelser af værktøjerne.

Før- og eftermålinger

Behandlerne skulle besvare en før- og eftermåling med få spørgsmål, der spørger ind til deres fokus og handling i forhold til børn som pårørende. Målingerne bruges til at sammenligne efter-test-adfærd med før-test-adfærd. Dertil skulle de vurdere værktøjernes værdi i eftermålingen. (Førmåling N: 59. Svarprocent: 79%. Eftermåling: N: 30. Svarprocent 40%).

Fokusgruppeinterview

Tre behandlere deltog i et fokusgruppeinterview med det formål at undersøge i dybden, hvordan implementering og virkning af værktøjerne havde indflydelse på henviseradfærden. Én af dem var nøgleperson, og de to andre havde ikke normalt et særligt fokus på børn som pårørende. To af dem sendte også memoer. Begge ambulatorier var repræsenteret.



Testens begrænsninger

1) Ikke alle fik udleveret værktøjerne fra start.
Testens forløb har været påvirket af, at få fik ansvaret for at udlevere værktøjerne til alle kollegaer uden at blive klædt godt nok på til at gøre det.

2) Seks uger er kort tid til at se ændringer i adfærd, og få patienter med børn i perioden gør det svært at gå i dybden med værktøjerne.
På ambulatorier kan der gå lang tid, i mellem man ser sine patienter, og der kan også være langt imellem patienter, der har børn i målgruppen til børnekurser.
En behandler fortæller, at vedkommende er opmærksom på vigtigheden af at huske patienternes børn, men at der aktuelt kun er én ud af 31 af hendes patienter, der har et barn. Mange nævner, at der kommer få børn igennem, og det gør det svært at få værktøjerne brugt.

3) Organisatoriske forandringer har påvirket testpersonernes fokus.
Behandlere og ledere skulle forholde sig til at blive indført i nye teams i midten af testfasen. Desuden har der kørt en anden indsats sideløbende med testen, som har krævet meget energi fra ambulatorierne.

4) Testens resultater er kun en indikation på, hvad der virker på henviseradfærd.
Når vi tester i en kort og intensiv periode, vil testen ikke kunne give os et fuldt billede af værktøjernes effekt over tid.

Fire hovedkonklusioner fra pilottest af værktøjer

Konklusion 1

Værktøjerne har skabt ændring i adfærd

Flere behandlere mener nu, at de har værktøjerne og opbakningen til at tage dialogen. Her ser vi en stigning på 16 %, hvor 34 % af behandlerne har tænkt mere på deres patienters børn, end de plejer. 59 % har tænkt cirka lige så meget på deres patienters børn, og 7 % har tænkt mindre på deres patienters børn. Der er ligeledes henvist fem børn til børnekurser i perioden. I samme periode før testen blev nul børn henvist. Generelt er adfærden meget sjælden, så derfor er fem henvisninger en væsentlig stigning.

Konklusion 2

Ugentlige remindere og fast struktur giver fokus og anledning

Vi kan se både kvalitativt og kvantitativt, at det mest effektive i forhold til at holde fast i ønsket adfærd er gennem remindere og børn som pårørende som fast punkt på dagsordenen til møder. I en psykiatrisk kontekst, hvor der er systemer som guider vores adfærd, er det afgørende, at henvisninger og tilbud integreres i de eksisterende arbejdsgange. Hands-on-guiden og onepager/datapakke er mere omfattende og tager længere tid at bruge. Således bliver de nedprioriteret i en travl hverdag, hvor driften vinder – på trods af at behandlerne møder indholdet positivt.

Konklusion 3

Henviseradfærd og børn som pårørende synliggøres og anerkendes

I takt med testens udrulning er børn som pårørende gået fra at være usynligt arbejde til at være synligt og prioriteret. Små ting, som flere behandlere gør – fx at invitere barnet med ind og se, hvor forælderen behandles – har ikke tidligere været synligt og anerkendt, men det er det nu. Behandlerne har nu løbende optælling på, hvor mange patienter, de har med børn, og det er en viden som ikke har været tydelig før. Det viser også, at der er meget arbejde med børn som pårørende, der ikke udelukkende handler om at henvise, men snarere – og mere – handler om at ændre den mentale model.

Konklusion 4

For at få ønsket adfærd er der behov for både refleksion og automatiserede værktøjer

Det er de samlede værktøjer, der skaber adfærden. Pilottestens værktøjer har skabt fokus fra flere forskellige vinkler – automatisk adfærd såvel som refleksiv adfærd. Det har betydet, at man både bliver husket på at tage handling i relevante kontekster, men også at man reflekterer over hvordan og hvorfor man skal gøre det – men begge kan optimeres som ses i nedenstående.

Indsigter fra pilottesten

Nedenfor ses behandlernes opfattelse og brug af de enkelte værktøjer. Vi bruger eftermålingen til at evaluere værktøjernes værdi i forhold til at gøre det lettere at tage samtalen med patienterne. Behandlerne blev bedt om at vurdere fra 1-10, hvorvidt de mener, at værktøjerne gør det lettere (10 er meget lettere). Vi har sammenlagt dem, der har valgt enten 7, 8, 9 eller 10 – altså i den høje ende af skalaen.

Systemremindere

Systemreminderens formål var at skabe automatiseret adfærd og da det ikke kunne lade sig gøre, måtte vi udtænke en anden strategi. Derfor blev der udsendt ugentlige remindere til behandlerne. På trods af ovenstående har systemreminderen haft en overvejende positiv værdi for behandlerne. 36 % af behandlerne har vurderet 7-10.

Fordelen ved, at reminderen blev sendt via mail, er, at afsenderen er den nærmeste leder. Når motivationen kommer fra lederen selv, får den større legitimitet. Ulempen er, at Outlook primært bruges som en kommunikationsvej og derfor slettede eller overså flere reminderen. Men konceptet for en reminder, der holder behandlerne fokuseret på børn som pårørende, har vist sig at have en stor effekt. En behandler fortæller:

"Altså, det holder jo tingene i kog. Og holder mig lidt oppe på tæerne. Og jeg tænkte, hvis jeg ikke selv har haft noget med forældresamtale og børnesamtale at gøre, så må jeg jo ud og spørge i min gruppe. Og derfor har jeg spurgt hver dag under eventuelt: Husk børnene, har I noget?"
- Behandler

Visuel reminder 1: Plakat:

I både det kvantitative og kvalitative data hører vi ingen eksempler på, at patienter har kommenteret på plakaten eller handlet på den, men den har haft stor værdi for behandlerne – afhængig af hvor den hænger.

"Når jeg går ned og skal hente patienterne i venteværelset, så glor den dér plakat på mig. – Jeg bliver også mindet om den, så på den måde hjælper det jo også, ud over at den kan signalere noget til patienterne – men det er jo også en reminder til mig".
- Behandler

I eftermålingen er der 47 % (fra 7-10), der mener, at plakaten gør det lettere at tage dialogen med patienterne. Dermed bliver plakaten det værktøj, der vægtes højest i eftermålingen.

Visuel reminder 2: Hyldesvirp:

Der er 18 % af behandlerne, der har vurderet hyldesvirpen 7-10 på skalaen, og derfor er den markant lavere end plakaten. Den forstyrrer den både på godt og ondt, da nogle oplever den som et irritationsmoment og andre oplever at den hjælper dem med at huske børnene. En behandler fortæller:

"Jeg synes faktisk, den er mega effektiv – Du skal ikke forholde dig til en hel masse. Og den hænger bare dér og dingler. – Det kunne være fedt, hvis man kunne smide QR-koden (til børnegruppevideoen, red) på hyldesvirpen"
– Behandler

Fra memoerne hører vi, at næsten alle behandlere har fået hængt en hyldesvirp op på deres computer, og derfor er det også det værktøj, der har været mest i brug. Når værktøjer skiller sig ud, vil det ofte skabe mere adfærd, fordi det forstyrrer faste vaner. På trods af, at den har fået dårlig rating i eftermålingen, er den vinderen i de kvalitative indsigter, og det er den, der har skabt mest opmærksomhed.

Jeg tænker, at alt det hér materiale og hele jeres indsats har været med til, at jeg er vågnet op igen, mere end jeg havde regnet med. Jeg ved det jo godt, og jeg er jo i gang. Men det har været fint at få dette lille skub.

Behandler

Ledelsesguide med datapakke om børn som pårørende

Det varierer blandt fokusgruppedeltagere og memoer, hvor meget man har kunnet mærke, at nærmeste leder har haft fokus på børn som pårørende. Men alle er fælles om at mene, at det kontinuerlige fokus og den vedvarende struktur omkring dialogen er afgørende for, at man ikke glemmer det. I eftermålingen vurderer 27 % af behandlerne, at de har mærket en ændring/stor ændring (fra 7-10) i deres teamkoordinators fokus på børn som pårørende. En behandlerne fortæller, at hun ikke har mærket nogen ændring – men det ville hun ønske, at hun havde:

"Når vi sidder og nævner patienter på konference, så er det jo tit fordi, at vi står med et eller andet lige nu og her, og så bliver børnene faktisk lidt glemt. Så jeg tænker, at der kunne det være sindssygt relevant, hvis teamkoordinator sætter det fast på dagsordenen".
– Behandler

Patientfolder

Materialer, som patienterne skal have med hjem, fungerer generelt kun til ressourcestærke patienter. På de to ambulatorier har deres patienter, ifølge behandlerne, ikke rum til at anvende patientfolderen. I eftermålingen ses det, at 29 % mener, at de gør samtalen lettere (fra 7-10). Men i de kvalitative data kan vi også se, at selvom det kan gøre samtalen lettere, så er det ikke nødvendigvis noget, som vil skabe ønsket adfærd. En behandler fortæller:

"Og så er der jo lige det dér med, at det er en patient, der skal have nogen ressourcer i forhold til at få fulgt børnene derhjemme. Og have det overskud. Og det må vi jo bare sige, at det er der jo rigtig mange af vores patienter, der slet ikke har"
– Behandler

Guide til behandlere

Hands-on-guiden skulle særligt være med til at løse barriere #1, der handler om tro på egne evner. Konkrete råd skulle give behandlerne agens i dialogen med patienten om deres børn. I eftermålingen svarer 30 %, at de mener, at guiden vil gøre det lettere at tage samtalen, og de kvalitative indsigter viser, at på trods af at guidens råd er brugbare, bliver den glemt i hverdagen:

"Ja, jeg tror ikke, jeg ville bladre op og være sådan, hvad var næste step nu? Der tror jeg egentlig, det er bedre at blive mindet om det gennem hyldesvirpen".
– Behandler

Til gengæld beretter flere behandlere om, at de ønsker baggrundsforståelse og mere uddannelse i, hvorfor og hvordan man fremmer handlingen omkring børn som pårørende.

Video om børnekursus

I eftermålingen vurderer 25 %, at børnekursusvideoen vil gøre det lettere at tage samtalen. Dog ser vi også en stor procentdel, som har svaret "ved ikke". Fra de kvalitative data hører vi, at mange ikke har set videoen, og at QR-koden ikke hjælper til at finde den. Mange kender ikke teknologien, og QR koden er ikke tydelig nok på hands-on-guiden. Havde videoen været mere let tilgængelig, tyder det på, at den kan have haft stor effekt, fordi den afmystificerer børnekurser for både patienter og behandlere.

Læringer og anbefalinger

Hvad lærte vi?

Automatiseret adfærd: Nudges såsom plakat og hyldesvirp vurderes som mest effektivt, men man skal også have tilpas viden, opfølgning og anerkendelse fra leder, som skaber intentionen.

Leder lyser på ønsket adfærd: Testperioden har vist positive forbedringer, når det kommer til børn som pårørende. Det har haft en effekt på behandlerne og ledernes adfærd, men seks uger er for kort tid til at skabe klar og tydeligt målbar forandring i henvisninger.

Forankring gennem ambassadører: Driften vinder næsten altid. Når man har travlt, og hverdagen kører, så er det let at glemme børn som pårørende. Derfor er det afgørende at have både ambassadører og værktøjer, der taler ind i hverdagens systemer og strukturer.

Hvad virker? Fire principper, der er vigtige for at øge ønsket adfærd:

Kontinuerlighed og systematik vinder: Hyldesvirpen, børn som pårørende som fast punkt på dagsordenen på møder samt remindere – særligt hvis de kan komme på sundhedsplatformen.

Datapakken/fast fokus: Det er vigtigt, at nogle er ambassadører, når det kommer til ny adfærd – det kan fx være nøgleperson eller leder, der sørger for at holde øje med, hvor mange patienter afdelingen har med børn, og hvor mange henvisninger der er blevet lavet.

Støtte til ambassadøren er afgørende: Hvis man skal stå med ansvaret for opfølgning, er det vigtigt, at man får støtte. Det kan fx være gennem et slidedeck, som man kan bruge til at holde oplæg for sine kollegaer, og kontaktoplysninger/aftaler med psykinfo eller andre, der kan hjælpe med opfølgning. Derudover er det også vigtigt, at ambassadørens rolle anerkendes som en vigtig del af behandlingen.

Social proof skaber stor værdi både for patienter og for behandlere. Børnekursusvideoen blev nævnt som noget af det mest værdifulde i fokusgruppeinterviewet, men den har ikke været tilgængelig og let nok at finde. Synligheden i de fysiske og sociale rammer er afgørende. QR-koden på plakaten er ikke tilgængelig nok, og flere fremhæver, at videoen kunne køre på infoskærme.

Opsummering

To ud af fem danske børn vokser op i familier med psykiske vanskeligheder. Disse børn har højere risiko for mistrivsel og for selv at udvikle psykiske problemer. På trods af udbredt viden om børnenes udsathed modtager knap 70 % af pårørende børn ingen hjælp (Psykiatrifonden, 2019).

Vi har i denne rapport kortlagt omfanget af patienter i psykiatrien, der også er forældre, samt hvilke barrierer der står i vejen for opsporing og henvisning af børn som pårørende til støttetilbud i Region Hovedstadens Psykiatri.

Registerstudiet viser, at 24 % af patienter i voksenpsykiatrien har børn under 18 år, og at 60 % af patienterne, som er forældre, bor sammen med mindst ét barn. Prævalensen varierer kun en smule over regioner. Dog finder vi en stor variation mellem psykiatriske afsnit, hvor det på nogle afsnit er helt ned til 2 % af patienterne, der har børn under 18 år, og på andre afsnit er op mod 50 % af patienterne. Dette peger på muligheder for at fokusere opsporing og støtteindsats, hvor behovet er størst.

I Region Hovedstadens Psykiatri er det ca. 4,6 % af patienterne med børn under 18 år, der får en familiesamtale, mens det er ca. 0,4 % af børn, hvis forældre var tilknyttet psykiatrien, som har deltaget i et børnekursus. Det viser, at støttetilbud til familier og pårørende børn langt fra er systematisk praksis i voksenpsykiatrien, og at der er et stort potentiale i at øge samtalen om børnenes trivsel og kapaciteten af støttetilbuddene.

For at forstå, hvad der forhindrer samtale og støtte til pårørende børn og unge, er der udarbejdet en barriereanalyse, som peger på tre hovedkonklusioner: 1) Høj videnskompetence, lav handlekompetence: Behandlerne har høj videnskompetence, og de ved, at de bør henvise til støttetilbud. Men når det kommer til handlekompetence, mangler størstedelen tillid til egen viden i forhold til at henvise børn og unge til støttetilbud. 2) Manglende anerkendelse og fælles praksis: Der skal være en tydelig ledelse, som anerkender og belønner henviseradfærden. På den måde bliver henviseradfærden en del af kerneopgaven. De uddannede nøglepersoner skal have tid til at prioritere rollen som nøgleperson, så de kan styrke henviseradfærden i praksis. 3) Manglende struktur og system: Øget fokus på fast struktur i IT og faglig vidensdeling på tværs af afsnit og afdelinger. Faste rutiner vil også gøre henviseradfærden til en delt praksis og modvirke, at henviseradfærden bliver individualiseret.

På baggrund af barriereanalysen er der udviklet syv konkrete værktøjer: 1) Systemremindere med automatiske påmindelser integreret i daglig praksis; 2) visuelle remindere med plakater og fysiske påmindelser på afdelingerne; 3) ledelsesguide som støtteværktøj til ledere med data og konkrete handlingsmuligheder; 4) patientfolder med informationsmateriale om støttetilbud; 5) behandlerguide med konkret vejledning i samtaler om børn som pårørende; 6) informationsvideo om børnekurser til patienter og behandlere; 7) nøglepersonsguide til støtte for særligt uddannede ressourcepersoner.

Denne rapport har haft særligt fokus på barriererne for opsporing og henvisning til støtte i voksenpsykiatrien, men mange aktører omkring børn og unge i familier ramt af psykisk sygdom kan gøre en forskel for at gribe børnene i tide.

Litteratur

Arango, C., Díaz-Caneja, C. M., McGorry, P. D., Rapoport, J., Sommer, I. E., Vorstman, J. A., McDaid, D., Marín, O., Serrano-Drozdowskyj, E., Freedman, R., & Carpenter, W. (2018). Preventive strategies for mental health. The Lancet Psychiatry, 5(7), 591–604. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30057-9

Baik, S.-Y., & Bowers, B. J. (2006). Living with a mother with chronic depression: To tell or not to tell? Internet Journal of Mental Health, 3(1), No Pagination Specified-No Pagination Specified.

Becker, S., & Sempik, J. (2019). Young Adult Carers: The Impact of Caring on Health and Education. Children & Society, 33(4), 377–386. https://doi.org/10.1111/chso.12310

Christesen, A. M. S., Knudsen, C. K., Fonager, K., Johansen, M. N., & Heuckendorff, S. (2022). Prevalence of parental mental health conditions among children aged 0-16 years in Denmark: A nationwide register-based cross-sectional study. Scandinavian Journal of Public Health, 50(8), 1124–1132. https://doi.org/10.1177/14034948211045462

Dam, K., & Hall, E. O. C. (2016). Navigating in an unpredictable daily life: A metasynthesis on children's experiences living with a parent with severe mental illness. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 30(3), 442–457. https://doi.org/10.1111/scs.12285

Dencker, A. (2024). Styrket inddragelse og støtte til børn som pårørende: En evaluering.

Dharampal, R., & Ani, C. (2020). The emotional and mental health needs of young carers: What psychiatry can do. BJPsych Bulletin, 44(3), 112–120. https://doi.org/10.1192/bjb.2019.78

Jensen, R. A. A., Henriksen, E. N., & Ovesen, J. H. (2024). Børn er også pårørende: Børne-, unge- og søskendekurser i PsykInfo i Region Syddanmark.

Lannes, A., Bui, E., Arnaud, C., Raynaud, J.-P., & Revet, A. (2021). Preventive interventions in offspring of parents with mental illness: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Psychological Medicine, 51(14), 2321–2336. https://doi.org/10.1017/S0033291721003366

Psykiatrifonden. (2019). Undersøgelse af forekomst af psykisk sygdom blandt forældre til børn i alderen 0-18 år.

Puchol-Martínez, I., Vallina Férnandez, Ó., & Santed-Germán, M. A. (2023). Preventive interventions for children and adolescents of parents with mental illness: A systematic review. Clinical Psychology & Psychotherapy, 30(5), 979–997. https://doi.org/10.1002/cpp.2850

Ranning, A., Laursen, T., Agerbo, E., Thorup, A., Hjorthøj, C., Jepsen, J. R. M., & Nordentoft, M. (2018). School performance from primary education in the adolescent offspring of parents with schizophrenia and bipolar disorder– a national, register-based study. Psychological Medicine, 48(12), 1993–2000. https://doi.org/10.1017/S0033291717003518

Rasmussen, I., & Kruse, M. (2022). Samfundsøkonomiske konsekvenser af at være barn af forældre med mentale helbredsproblemer. Syddansk Universitet.

Rayce, S. B., & Kessing, M. L. (2023). Børn af forældre med udfordringer – En litteraturgennemgang af social og emotionel udvikling blandt børn af forældre med alvorlige udfordringer i deres liv. VIVE.

Reupert, A., Gladstone, B., Helena Hine, R., Yates, S., McGaw, V., Charles, G., Drost, L., & Foster, K. (2021). Stigma in relation to families living with parental mental illness: An integrative review. International Journal of Mental Health Nursing, 30(1), 6–26. https://doi.org/10.1111/inm.12820

Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Hagen, K. A., Hellman, A., Kallander, E. K., Kufås, E., Løvås, M., Peck, G. C., Skogøy, B. E., Stavnes, K., Thorsen, E., & Weimand, B. M. (2015). Barn som pårørende—Resultater fra en multisenterstudien.

Uher, R., Pavlova, B., Radua, J., Provenzani, U., Najafi, S., Fortea, L., Ortuño, M., Nazarova, A., Perroud, N., Palaniyappan, L., Domschke, K., Cortese, S., Arnold, P. D., Austin, J. C., Vanyukov, M. M., Weissman, M. M., Young, A. H., Hillegers, M. H. J., Danese, A., … Fusar-Poli, P. (2023). Transdiagnostic risk of mental disorders in offspring of affected parents: A meta-analysis of family high-risk and registry studies. World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA), 22(3), 433–448. https://doi.org/10.1002/wps.21147

Van Parys, H., Bonnewyn, A., Hooghe, A., De Mol, J., & Rober, P. (2015). Toward Understanding the Child's Experience in the Process of Parentification: Young Adults' Reflections on Growing up With a Depressed Parent. Journal of Marital and Family Therapy, 41(4), 522–536. https://doi.org/10.1111/jmft.12087

van Santvoort, F., Hosman, C. M. H., van Doesum, K. T. M., & Janssens, J. M. A. M. (2014). Effectiveness of preventive support groups for children of mentally ill or addicted parents: A randomized controlled trial. European Child & Adolescent Psychiatry, 23(6), 473–484. https://doi.org/10.1007/s00787-013-0476-9

Walker, O., Moulding, R., & Mason, J. (2024). The experience of young carers in Australia: A qualitative systematic review and meta-ethnographic synthesis. Australian Journal of Psychology, 76(1), 2372266. https://doi.org/10.1080/00049530.2024.2372266

Wepf, H., Joseph, S., & Leu, A. (2022). Benefit finding moderates the relationship between young carer experiences and mental well-being. Psychology & Health, 37(10), 1270–1286. https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1941961

Yamamoto, R., & Keogh, B. (2018). Children's experiences of living with a parent with mental illness: A systematic review of qualitative studies using thematic analysis. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 25(2), 131–141. https://doi.org/10.1111/jpm.12415

Ytterhus, B., Hafting, M., Vallesverd, V. U., Wiig, E. M., Kallander, E. K., & Trondsen, M. V. (2024). Children as next of kin's experiences, practices, and voice in everyday life: A systematic review of studies with Norwegian data (2010–2022). Scandinavian Journal of Public Health, 14034948241232040. https://doi.org/10.1177/14034948241232040

Grib børnene.
Hvordan får børn og unge den nødvendige støtte, når deres mor eller far har en psykisk sygdom?

Denne rapport er skrevet af Psykiatrifonden med input fra Center for Familiebaserede Interventioner og Region Hovedstadens Psykiatri.

Adfærds- og barriereanalysen samt pilottesten af værktøjerne er lavet af WElearn med sparring fra Psykiatrifonden, Center for Familiebaserede Interventioner samt Region Hovedstadens Psykiatri.

Registerstudiet er lavet af Signe Heuckendorff, Rene B. K. Brund, Julie Buhl-Wiggers, Anne A. E. Thorup, Anne Ranning, Kirsten Fonager.

November 2024
Finansiering: Trygfonden.

Psykiatrifonden
Hejrevej 43, 2400 København NV
www.psykiatrifonden.dk

Rapporten kan citeres frit med tydelig kildeangivelse.

Det bedste var nok, at man fik lov til at fortælle hinanden, hvordan man har det. Og også at man finder ud af, at man ikke er den eneste, der har en syg mor eller far. Man føler en form for fællesskab

Theo, 10 år, deltager på børnekursus

Jeg blev rigtig glad, da sygeplejersken nævnte et børnekursus, for jeg tænker meget på, hvordan mine børn bliver påvirket, når jeg er syg

Patient med barn på børnekursus

TrygFonden

psykiatrifonden