

## **SAMMENDRAG**

*Tittel: Snakker vi om det? Åpenhet til barnets beste. En studie om kommunikasjon mellom Familieambulatoriet og barnehager i lys av forebygging og tidlig innsats ovenfor barn som pårørende.*

*Forfatter: Kjersti Steinsli*

*Utgivelsesinstitusjon: Institutt for pedagogikk og livslang læring, NTNU.*

*Årstall: 2017*

*Denne studien er knyttet til føringer og lovverk om barn som pårørende, tidlig innsats og forebygging, ved å undersøke Familieambulatoriet ved Sykehuset Levanger sin kommunikasjon med barnehager der barn av brukerne har plass. Familieambulatoriet er et lavterskeltilbud rettet mot gravide og småbarnsforeldre med rus- og/eller psykiske vansker. Formålet er å gi et oversiktsbilde på klinisk praksis som et grunnlag for å vurdere behov for endring av prosedyrer.*

*Problemstillingen er: «Hvordan er omfanget av, innholdet i og formen på kommunikasjonen mellom Familieambulatoriet Levanger og barnehager der barn av Familieambulatoriets brukere går?»*

*Utvalget er 59 brukere; gravide/mødre, og deres barn født i perioden 2009–2014. Både de brukere som er tilknyttet tilbudet, og de som har avsluttet av ulike grunner, er med i utvalget.*

*Metoden som er benyttet, ut fra samtykke om innsyn i journal, er at det derifra er innhentet data utfra strukturerte forhåndsformulerte spørsmål. Disse dataene er så drøftet opp imot forskningsmessig empiri og statlige føringer.*

*Hovedfunn er at Familieambulatoriet sjelden har kontakt med barnehager, og derved i liten grad ut fra gjeldende lovverk og føringer bidrar til at barnets omsorgspersoner i hverdagen, her barnehageansatte, blir gjort kjent med de risikofaktorer som en oppvekst med rus og/eller psykiske vansker hos foreldrene er for barnet.*

*Faglige temaord: Barn som pårørende, forebygging, tidlig innsats, rus, psykisk helse, kommunikasjon barnehage, Familieambulatoriet*

## Forord

Dette studiet har vært en interessant og lærerik prosess. Jeg har i løpet av prosjektet høstet hjelp, støtte og oppmuntring fra mange.

En stor takk går til de personer som har gitt sin tillatelse til at deres journaler kan benyttes til forskning om Familieambulatoriet Levanger. Uten deres samtykke hadde ikke studiet vært mulig å gjennomføre på denne måten.

Jeg vil også takke min tidligere leder, Ingunn, som gav meg muligheten til å gjennomføre masterstudiet i kombinasjon med jobb. Takk for din vilje til å satse på faglig fornyelse og kompetanseutvikling, og ikke minst den oppmuntring og tillit du gjennom dette viste meg.

Takk til gode kollegaer, ved BUP Levanger Familieambulatoriet og Familieenheten, for engasjementet dere har for å gjøre barnets stemme synlig. Takk også til tidligere kollegaer, barn og foreldre i barnehageverdenen for de erfaringer og kunnskap den delen av yrkeslivet har gitt meg.

Jeg vil takke min nærmeste familie; mann, barn og barnebarn som har tålt og støttet meg fullt ut når at jeg har gått ut og inn av «masterboblen». Det har vært til uvurderlig hjelp! Takk også til venner og annen familie som har oppmuntret meg på veien. En spesiell takk til medstudent Kathrine, for gode diskusjoner og samhold; det har vært morsomt, støttende og inspirerende å ha hatt deg som reisefølge i denne «berg-og-dalbaneopplevelsen» som et masterløp er. Denne perioden ville ikke vært den samme uten deg.

Til sist en stor takk til veileder Øyvind Kvello. Takk for at du villig har delt av din kunnskap og ditt engasjement. Takk for at du har motivert og gitt konstruktive tilbakemeldinger med humoristisk snert! Det har gitt meg pågangsmot til å balansere mellom «hverdagslivet» og «masterlivet», og gitt meg den nødvendige troen på å komme i mål.

Verdal, oktober 2017

Kjersti Steinsli

# Innhold

<b>1. Innledning</b>	s. 1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	s. 1
1.2 Forforståelse og avgrensning	s. 2
1.3 Mål for studien og problemstilling	s. 3
1.4 Presentasjon av Familieambulatoriet som tilbud og dets brukere	s. 4
1.5 Oppbygging av oppgaven	s. 6
<b>2. Statlige føringer og forskningsmessig empiri</b>	s. 7
2.1 Omfang av og årsaker til rusmiddelmisbruk og psykiske vansker /lidelser	s. 7
2.2 Statlige føringer for forebygging og tidlig innsats	s. 9
2.3 Barnets stemme som pårørende	s. 10
2.4 Hjelp i tide; glidende overganger mellom forebygging og behandling	s. 11
2.5 Økonomiske perspektiver på forebygging og tidlig innsats	s. 14
2.6 Taushetspliktsreguleringen	s. 15
2.7 Dilemma i kjølevannet av forebygging og tidlig innsats	s. 16
<b>3. Forskningsmetode</b>	s. 18
3.1 Valg av forskningsmetode	s. 18
3.2 Utvalg	s. 19
3.3 Datainnsamling	s. 21
3.4 Reliabilitet og validitet	s. 23
3.5 Analyse	s. 24
3.6 Etske refleksjoner	s. 24

<b>4. Resultat</b>		s. 26
4.1	Presentasjon av omfang og form på kommunikasjon mellom Familieambulatoriet og barnehager	s. 26
4.2	Presentasjon av hvilke tema det er kommunisert om, i den kontakten som har vært	s. 28
<b>5. Drøfting</b>		s. 31
5.1	Mengde og behovet for kontakt i lys av statlige føringer og forskning	s. 31
5.2	Tanker og drøftinger om innholdet i kommunikasjonen mellom Familieambulatoriet og barnehager	s. 37
<b>6. Avslutning</b>		s. 40
6.1	Måloppnåelse og svakheter i studiet	s. 40
6.2	Behov for endring av praksis	s. 41
6.3	Forslag til fremtidig forskning	s. 42
6.4	Sluttord	s. 42
<b>Litteraturliste</b>		s. 44
<b>Vedlegg</b>		
Vedlegg 1:	Nærmere beskrivelse av Familieambulatoriet	s. 49
Vedlegg 2:	Prosjektbeskrivelse for Hovedprosjektet: Evaluering av Familieambulatoriet i Nord-Trøndelag	s. 52
Vedlegg 3:	Forskningsprotokoll, Delstudiet 2	s. 62
Vedlegg 4:	Vedtak fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK	s. 68
Vedlegg 5:	Godkjennelse fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, NSD	s. 70
Vedlegg 6:	Brev med forespørsel om skriftlig samtykkeerklæring til deltagelse i forskningsprosjektet	s. 73
Vedlegg 7:	Informasjonskategorier brukt til utarbeidelse av variabler	s. 74
Vedlegg 8:	Tolkningsveileder, Delstudiet 2	s. 75

## **Tabelloversikt**

Tabell 1:	Antall barn i barnehage, omfang av og form på kontakt mellom Familieambulatoriet og barnehage	s. 27
Tabell 2:	Innhold i kommunikasjon mellom Familieambulatoriet og barnehage	s. 29

# 1. Innledning

I dette kapitlet redegjør jeg for valg av tema, min forforståelse og avgrensninger i studiet. Jeg presenterer problemstilling og Familieambulatoriets tilbud til og brukerne, samt gir en kort beskrivelse av hvordan studien presenteres i denne oppgaven.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

«Need to know, or *nice* to know?», var kommentaren fra en helseansatt på om personalet i barnehagen har behov for å ha kjennskap til foreldres psykiske helse eller rusutfordringer når de jobber med barnet. Utsagnet kan gi tanker om en holdning til at dette er informasjon som ikke er nødvendig for ansatte i barnehagen å ha, at de bare ønsker å vite det ut fra nysgjerrighet samt en mulig mistillit til hvordan informasjonen ivaretas og benyttes.

I løpet av min tidligere yrkeskarriere i barnehage, møtte jeg barn som gjorde at jeg undret meg, og spørsmålet: «Hva er det med ...?», dukket opp. Barnet og dets foreldre viste gjennom sin atferd tegn på at det var noe som ikke stemte. Dette kunne f.eks. vises når de kom med/hentet barnet til/fra barnehagen. Foreldrene var enten veldig raske, unngikk blikkontakt og den daglige småpratene med ansatte, eller så kunne både avskjeder og henting av barnet dra ut i tid. Det kunne virke som om barnet tok eller fikk regien, og at foreldrene ikke rammet inn og trygget barnet ved å være en tydelig voksen. Det var vanskelig å sette fingeren på eller konkretisere, og etter foreldresamtaler kunne jeg sitte igjen med følelsen av at familien hadde utfordringer som barnehagen ikke fikk ta del i.

Ved flere sykehus i landet er det i de siste årene opprettet Familieambulatorier, et lavterskeltilbud, rettet mot gravide og småbarnsforeldre med utfordring innen rus og/eller psykiatri. Erfaringer fra mitt arbeid ved Familieambulatoriet Sykehuset Levanger har gitt meg tanker om at noen av de barna og foreldrene jeg undret meg over i barnehagen, kan ha hatt tilsvarende utfordringer som familiene jeg møter i Familieambulatoriet. Det var bare ikke kjent for oss som jobbet i barnehagen. Disse erfaringene har for meg, tydeliggjort behovet for kommunikasjon om foreldres vansker/utfordringer mellom barnehage, foreldre og de instanser som innehar denne kunnskapen. Dette er et tema jeg har løftet i møte med behandlere og helsepersonell. Taushetsplikt, og behandlernes tanke/forventning om foreldres behov for å slippe at flere vet om deres utfordringer er ofte motargumentet. Mine erfaringer

tilsier at det kan virke som en tendens til at fagmiljøene «helse» og «oppvekst/utdanning» arbeider i to adskilte verdener.

Med dette bakgrunnsteppet er teamet for dette studiet barn som vokser opp med foreldre som har utfordringer med rusmiddelmisbruk og/eller psykiske vansker/lidelser. Beregninger utført av Folkehelseinstituttet i 2011 viser at det er ca. 450 000 barn i Norge som vokser opp med én eller to foreldre med psykiske lidelser eller som misbruker alkohol (Torvik & Rognmo, 2011).

Med lovfestet rett til barnehageplass viser tall fra Statistisk sentralbyrå (2012) at i 2011 var nærmere 90 % av alle barn i førskolealder, i Norge, i barnehage. I Nord-Trøndelag hadde 94,1 % av alle barn mellom 1–5 år barnehageplass i 2011 (Statistisk sentralbyrå, 2012), og det var ifølge Statistikkbanken 9509 barn i alderen 0–5 år i Nord-Trøndelag ved utgangen av 2011 (Statistisk sentralbyrå, 2017). I 2014 var det 5526 barn i barnehage i de 10 kommuner som hører til Sykehuset Levangers ansvarsområde (Statistikkportalen Utdanningsdirektoratet, 2014).

I 2011 ble det henvist 58 nye brukere til Familieambulatoriet, og i 2014 var antallet 54. Disse tallene er hentet fra Familieambulatoriets logg. Jeg har valgt å bruke tall fra 2011 og 2014 i og med at det er den perioden denne forskningen omhandler.

## **1.2 Forforståelse og avgrensning**

Med meg i denne studien har jeg en utdanning for og 18 års arbeidserfaring i barnehage. I tillegg har jeg siden 2011 arbeidet ved Familieambulatoriet ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUP) Sykehuset Levanger. Min forforståelse for dette studiet er at jeg ut fra yrkeserfaring, både nåværende og tidligere, vurderer det som viktig at det blir åpnet opp for denne kunnskapen mellom barn, foreldre og barnas omsorgspersoner i barnehagen. Jeg står således i fare for å være for farget av dette i studien, og må ha dette i bakhodet prosessen igjennom.

Fra tidligere jobb i barnehage er min erfaring at foreldres utfordringer med rus og/eller psykisk helse ofte ikke er kjent for barnets omsorgspersoner i barnehagen, og at det dermed ikke skapes en felles plattform å jobbe ut fra til barnets beste. Dette har gjort at jeg tenker det vil kunne være av betydning at foreldrenes utfordringer blir gjort kjent ovenfor personalet i barnehagen slik at de i større grad kan møte barn og foreldre hensiktsmessig.

Mine erfaringer med å være i samspill med barn sier meg også at det kan være viktig at hjemmesituasjonen blir satt ord på, også sammen med barnet, i samsvar med deres modenhet og alder. Da kan barna kjenne på den tryggheten som: «jeg vet, at du vet, hva jeg vet», kan gi. Det at barna vet at foreldrene og deres nærmeste omsorgspersoner i barnehagen har snakket sammen om det som kan oppleves vanskelig hjemme, kan gjøre at de slipper å vokte seg for å røpe det som de kan ha oppfattet som en familiehemmelighet.

Jeg har også erfart at det er en langvarig prosess å endre praksis i et arbeidsmiljø, og at jeg selv også er blitt preget av skiftet fra å jobbe direkte med barn til å jobbe via foreldre. Jeg opplever at det er lett for at foreldrenes utfordringer og behov overskygger barnets stemme, og at det å jobbe for barna kan komme i andre rekke. Samtidig har dette gitt meg en bredere forståelse for at foreldre opplever at de har gode grunner for å tenke/mene at barnehagepersonalet ikke trenger å vite om deres utfordringer. De kan f.eks. over tid ha blitt møtt av hjelpeapparatet/samfunnet på en måte som de har opplevd stigmatiserende, og at de ut fra dette frykter at barnehagepersonalet vil møte dem og barnet på samme måte. De kan være redde for at informasjon om deres vansker vil gjøre hverdagen for barnet vanskeligere i barnehagen ved at de og barnet blir «stemplet». Dette er en redsel jeg opplever sitter dypt i mange foreldre, og som vi i hjelpeapparatet må møte med respekt og ydmykhet. Samtidig kan vi ikke slutte å snakke med foreldre om den kunnskap som finnes om at åpenhet og kjennskap til familiers utfordringer kan være med på å beskytte og styrke barnets utvikling. I Familieambulatoriets møte med den voksne er det mange brukere som forteller om en vanskelig barndom og et behov for å reparere denne. Det er derfor viktig at vi som hjelpere tar innover oss at de voksne som står foran oss er *sine* barns barndom. Barnefokuset må holdes oppe!

### **1.3 Mål for studien og problemstilling**

Jeg ønsker å belyse om Familieambulatoriets tidlige innsats rettet mot barn som vokser opp i familier med risikofaktorene rusmiddelmissbruk og/eller psykiske vansker/lidelser hos foreldre også innebærer å bidra til økt forståelse og kunnskap i barnets barnehage om familiens utfordringer. Dette ut fra teori om at denne åpenheten kan gagne barnet (Brandtzæg, Smith & Torsteinson, 2013; Killén, 2012; Kvello, 2010), og at gjeldende lovverk om barn som pårørende (Helsepersonelloven; Spesialisthelsetjenesteloven), omhandler å bidra til å gi nødvendig informasjon, etter samtykke fra pasienten, til de personer som utøver omsorg for



barnet i hverdagen. Dette for at de skal ha nødvendig kunnskap til å ivareta og sikre barnets utvikling best mulig. Ved at barnehager blir informert om foreldres psykiske vanske/lidelse og/eller rusproblematikk av den instans som besitter denne kunnskapen, her Familieambulatoriet, kan muligheten for tidlig innsats til barnets beste øke på flere av barnets arenaer.

Det er pr. i dag ikke undersøkt omfanget av, innholdet i eller formen på denne type kommunikasjon, noe jeg via problemstillingen for denne studien vil utforske. Hensikten med mitt prosjekt er å gi et oversiktsbilde på klinisk praksis av kommunikasjon mellom Familieambulatoriet Levanger og barnehager hvor barn tilknyttet Familieambulatoriet har plass, som et grunnlag for å vurdere behov for endring av praksis. For å belyse dette utarbeidet jeg problemstillingen: «Hvordan er omfanget av, innholdet i og formen på kommunikasjonen mellom Familieambulatoriet Levanger og barnehager der barn av Familieambulatoriets brukere går?»

#### **1.4 Presentasjon av Familieambulatoriet som tilbud og dets brukere**

Beskrivelse av tilbudet i denne masteroppgaven er basert på informasjon fra Familieambulatoriet ved sykehuset Levanger. Jeg vil her gi en kort presentasjon av tilbudet. (Se vedlegg 1: Nærmere beskrivelse av Familieambulatoriet, s. 49, for detaljer)

Familieambulatoriet er et gratis og frivillig lavterskeltilbud i spesialisthelsetjenesten rettet mot gravide og/eller småbarnsforeldre som har eller har hatt utfordringer med rus og/eller psykisk helse. Familieambulatoriet skal møte behovet for individuell, helhetlig og langsiktig oppfølging og behandling. Lavterskel betyr at alle kan ta kontakt for å få en vurdering om tiltaket kan være nyttig/hensiktsmessig. Med alle menes pasienten selv, pårørende, jordmor, helsesøster, fastlege, politi, barnevern, barnehage, NAV med flere. De fleste brukerne henvises ut fra psykiske helseutfordringer. Det er færre henvisninger med bakgrunn i rusutfordringer, og vi har undret oss på om rus er et større tabu, og at vansker underrapporteres av gravide i møte med helsesektoren.

Familiene som tas inn er risikoutsatte, og barn og foreldre følges opp fra spesialisthelsetjenesten med begrunnelse i et ønske om å kunne sette inn tiltak tidlig. Det jobbes med å styrke og ivareta beskyttelsesfaktorer ut fra et mestringsperspektiv med fokus på biologisk, psykologisk og sosial sårbarhet hos barn og foreldre. Tilbudet har størst fokus på

barnets tidlige leveår, men kan ved behov følge familien til barnet fyller 6 år (Helse Nord-Trøndelag, 2017; Helse Nord-Trøndelag Sykehuset Levanger, 2013).

Mange (blivende) foreldre som vi møter i Familieambulatoriet, forteller om en vanskelig oppvekst hvor de har måttet ta alt for stort ansvar fra tidlig av, en rollereversering<sup>1</sup> i forholdet forelder–barn. Sølvberg (2011) finner det samme i sitt møte med familier med psykisk sykdom; barn mister sin barndom ved å måtte ha fungert som omsorgspersoner for sine foreldre, og at dette er en påkjenning som setter spor langt inn i voksen alder. En annen benevnelse som beskriver en oppvekst med for stort ansvar er *unge omsorgsgivere* (Vallesverd, 2014).

Familieambulatoriet skal ha både foreldre og barnet i fokus, og ut fra behov hjelpe familien til å oppnå kontakt med hensiktsmessige instanser og hjelpetiltak. Det er en tverrfaglig og tverretatlig intervensjonsmodell med opprinnelse i USA, utviklet av barnelege Loretta Finnegan. Familieambulatoriet i Danmark ble opprettet av overlege May Olofsson i 1989 ved Hvidovre Hospital og Rigshospital. Inspirert av Olofssons modell, ble det i 2007 sendt en prosjektsøknad fra Helse Nord-Trøndelag til Helsedepartementet om etablering og utvikling av Familieambulatoriet i Nord-Trøndelag. Det ble besluttet å prøve ut modellen i Norge, representert ved sykehuset Vestre Viken HF/sykehuset Asker og Bærum, og Sykehuset Levanger/Sykehuset Namsos i Helse Nord-Trøndelag. Familieambulatoriet Levanger tok imot sine første brukere i april 2009. Det var ved oppstart tenkt at tilbudet ville gjelde ca. 2 % av alle svangerskap/fødsler tilknyttet Sykehuset Levanger, men favner nå ca. 6 % (Helse Midt-Norge RHF, 2016). Helse- og omsorgsdepartementet (2011–2012) beskriver tilbudet som vellykket, og Finansdepartement (2012–2013) ga i Stortingsbudsjettet en føring på at lignende tilbud skal etableres ved alle landets helseforetak. Familieambulatoriet Levanger inngikk i ordinær drift fra januar 2013.

Brukerne av Familieambulatoriet kan ha stort behov for hjelpetiltak, både fra kommune- og spesialisthelsetjeneste, men likevel er det mange som faller ut fra de tilbud de har/får. Det kan være at de har vansker med å møte til avtaler eller at tidligere erfaringer gjør at de kvier seg for å møte til behandling, eller oppsøke offentlige kontor. Familieambulatoriet kan da være en brobygger tilbake til kommunale tjenester, eller en «følgesvenn» til offentlige kontorer. Mange av brukerne sier de blir møtt mer respektfullt når de har med seg følge fra Familieambulatoriet. Brukere kan erfare at tilbudet bedrer familielivet og barnets

---

<sup>1</sup> Også benevnt som: rollebytte / rolleomkast / parentifisering / nivellering med voksne.

oppvekstsituasjon ved at Familieambulatoriet fungerer som en stabilisator (Bjørgen & Westerlund, 2012; Helse- og omsorgsdepartementet, 2011–2012).

KBT–Midt, Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling, utarbeidet i 2012 en evalueringsrapport av Familieambulatoriet. Der ble det vektlagt som forutsetning for å lykkes med tilbudet brukernes opplevelse av å bli møtt med respekt, ydmykhet og interesse (Bjørgen & Westerlund, 2012). Dette viser at det er viktig at personer som arbeider innenfor forebygging innehar relasjonskompetanse.

### **1.5 Oppbygging av oppgaven**

I kapittel 2 beskrives lovverk og forskningsmessig empiri knyttet til forebygging. De metodiske valgene og forskningsprosessen gjøres det rede for i kapittel 3. Resultatene presenteres i kapittel 4, mens jeg i kapittel 5 diskuterer funnene opp mot problemstilling, statlige føringer og forskningsmessig litteratur. Jeg vil avslutte med noen tanker om studiens måloppnåelse, svakheter ved studien, mulig behov for endring av praksis og videre forskningstema.

## 2. Statlige føringer og forskningsmessig empiri

I dette kapittelet gjøres det rede for lovverk, statlige føringer og forskning angående rus- og psykiske vansker/lidelser, forebygging, barn som pårørende, taushetspliktsreguleringen, økonomiske perspektiv og ulike dilemmaer ved tidlig innsats og forebygging ut fra å skulle belyse problemstillingen.

### 2.1 Omfang av og årsaker til rusmiddelmisbruk og psykiske vansker /lidelser

Med bakgrunn i studiets tema og inntakskriteriet i Familieambulatoriet, utfordringer med rus og/eller psykisk vanske/lidelse hos (blivende) foreldre, er det hensiktsmessig å gi en kort innføring i begrepene.

Utfordringer med skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler, både illegale og legale, kan ved et samlebegrep kalles ruslidelser. Det er ulike måter å definere rusmiddelmisbruk på, men jeg velger definisjonen; bruk av rusmidler som har ført til skadevirkninger i forhold til fysisk/psykisk helse, sosiale relasjoner, økonomi osv. (Nesvåg, 2017). Denne gir et bilde av at konsekvensene av misbruket rammer både individuelt og systemet rundt brukeren. Mellom 10–20 % av Norges befolkningen får en ruslidelse i løpet av livet, og misbruk eller avhengighet av alkohol er den mest vanlige (Folkehelseinstituttet, 2016). De som har et misbruk eller avhengighetsforhold til rusmidler etter diagnosekriteriene i ICD-10<sup>2</sup> eller DSM-IV<sup>3</sup> oppfyller rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011–2012).

I dagligtale brukes ofte begrepet psykisk syk uten nødvendigvis en bevissthet om det handler om en psykisk vanske/plage eller en lidelse. Det er likevel viktige forskjeller ved at en vanske/plage ikke utløser diagnoser (angst, depresjon, enkle fobier til alvorlige tilstander slik som schizofreni) slik lidelser gjør etter å ha oppfylt kriterier innen diagnosesystemene (Folkehelseinstituttet, 2015a).

Det er forholdsvis høye tall når det gjelder forekomst av psykiske plager og lidelser. I følge Norsk Psykologforening (2017), rammes om lag halvparten av Norges befolkning av en

---

<sup>2</sup> International Classification of Diseases, diagnosesystem utviklet av Verdens helseorganisasjon (WHO).

<sup>3</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, et klassifikasjonssystem for psykiske lidelser utgitt av den Amerikanske Psykiaterforening (APA).

psykisk ledelse eller plage i løpet av livet. Folkehelseinstituttet (2015b) viser til studier som tilsier at tallet ligger mellom 30–50 % av den voksne befolkningen. Det antas at det i Norge til enhver tid er 15–20 % barn og unge under 18 år som har nedsatt funksjonsevne pga. psykiske vansker (Mathiesen, 2009), og at ca. 7–8 % har så alvorlige problemer at det går innunder psykisk lidelse (Heiervang, 2007; Wichstrøm, 2012).

Kombinasjonen av psykisk sykdom og ruslidelse har fått forkortelsen RoP-lidelser. Her kan det være vanskelig å skille mellom hva som er knyttet til rusvansken og hva som tilfaller den psykiske sykdommen. I tillegg vil begge vansker påvirker hverandre slik at behandling vanskeliggjøres (Norsk Helseinformatikk, 2016).

Barn og foreldre som er tilknyttet Familieambulatoriet tilhører en gruppe som har risikofaktorene rus og/eller psykiske vansker i sine liv. Når belastninger varer over tid og/eller opptrer i flere livsområder samtidig, øker risikoen for psykiske vansker og lidelser. De kumulative (oppsamlede) risikofaktorene (Rutter, 1979) påfører barnet fare for psykisk skjevutvikling. Med utgangspunkt i transaksjonsmodellen (Sameroff & Fiese, 2000) er det størst risiko i de familier hvor de voksne har utfordringer med rus/psykiske lidelser, og at barnet i tillegg er født med biologiske sårbarheter (Folkehelseinstitutt, 2009; Kvello, 2008). Sammenlignet med andre barn dobles risikoen for at disse barna utvikler psykiske lidelser, blir utsatt for vold eller overgrep, eller tidlig død. Ulike faktorer vil ha betydning for hvor stor risikoen er, f.eks. graden av alvorlighet på foreldrenes vansker (Torvik & Rognmo, 2011). Barn av foreldre som sliter med psykisk sykdom og rusvansker har en forhøyet risiko for selv å utvikle psykiske, emosjonelle og atferdsmessige vansker (Haugland & Nordanger, 2015). Det viser seg at utfordringer i relasjonen mellom foreldre og barn er en vesentlig faktor for at barnet utvikler vansker (Skovgaard et al., 2008). Barna som er tilknyttet Familieambulatoriet vil ut fra dette ha en forhøyet risiko for skjevutvikling.

Haugland (2012) påpeker at det er viktig å ta hensyn til, og se og forstå, at familier med rusutfordringer ikke er en ensartet gruppe. Ulike faktorer, både i og utenfor familien, vil påvirke situasjonen og hvordan barnet har det. Selv om hun her skriver om alkoholmisbruk, tenker jeg dette er aktuelt, og viktig å huske og ta hensyn til, også ovenfor de familier vi jobber med i Familieambulatoriet.

## 2.2 Statlige føringer for forebygging og tidlig innsats

Det kan sies å ha rådet en «vente–og–se» - holdning i samfunnet når det gjelder igangsetting av hjelpetiltak ovenfor barn. For å motvirke sendrektighet eller redusere sjansene for at utsatte barn utvikler vansker eller en skjevutvikling, er det i ulike lovverk vedtatt rettigheter for barn, og forpliktelser fra samfunnet, til å utøve tidlig innsats og handle ut fra barnets beste.

Den norske grunnlovs §104 (Grunnloven) og FNs barnekonvensjon (Barne- og familiedepartementet, 2003) skal sikre at barnets beste skal være førende i handlinger og avgjørelser som omhandler barn, og at barns meninger skal tillegges vekt ut fra alder og modning. Barnekonvensjonen sier også at Staten har et ansvar for å legge til rette for at barn vokser opp med nødvendig trygghet innen økonomi, sosiale og helsemessige forhold.

Fordi ca. 90 % av alle barn i Norge går i barnehage, er dette en viktig arena for tidlig innsats og forebygging. Barnehagen skal, ifølge barnehageloven §2 om barnehagens innhold (Barnehageloven, 2005), bidra til å utjevne sosiale forskjeller ved å ha en helsefremmende og forebyggende funksjon. Opp imot problemstillingen i denne oppgaven, som omhandler barn som vokser opp med foreldre som har utfordringer med rusmiddelmisbruk og/eller psykiske vansker/lidelser, skal barnehagen ha et helsefremmende tilbud til alle barn slik at det kan virke forebyggende og minske forskjellene mellom de barn som vokser opp med eller uten disse risikofaktorene i sine nære relasjoner. Et barnehagetilbud kan virke kompensere for de vansker som er i barns oppvekstmiljø.

Familieambulatoriet er et forebyggende tiltak i spesialisthelsetjenesten og det er derfor naturlig å ta med hva Lov om spesialisthelsetjenesten og Lov om helsepersonell sier om ivaretagelsen av barns rettigheter. Det er i spesialisthelsetjenesteloven § 3–7a, (Spesialisthelsetjenesteloven) pålagt å ha barneansvarlige personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter. Familieambulatoriet har samarbeidet med barneansvarlige på Sykehuset Levanger ved å informere og delta på kurs og fagdager for barneansvarlig personell.

I 2010 ble det innført endringer i lov om helsepersonell § 10a (Helsepersonelloven) for å sikre at helsepersonell skal identifisere og ivareta informasjons- og oppfølgingsbehovet mindreårige barn som pårørende har (Helsedirektoratet, 2010a). Begrepet «barn som pårørende» brukes her om barn under 18 år som er barn av pasienter med psykisk sykdom,

rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade. Disse endringene vil ut fra dette gjelde barn av foreldre i Familieambulatoriet ut fra inntakskriteriene om psykiske lidelser og/eller utfordringer med rusmiddelavhengighet.

Formålet med lovendringen er å forebygge problemer hos barn og foreldre ved å sikre at barna blir fanget opp tidlig, og at det blir satt i gang prosesser som setter barn og foreldre i bedre stand til å mestre sine situasjoner når en forelder blir alvorlig syk. Barna skal få bli i sin rolle som barn, og ikke påta seg voksenoppgaver (parentifisering) når omsorgspersoner i tilstrekkelig grad ikke kan ivareta sine foreldrefunksjoner. Likedan skal helsepersonell innenfor rammene av taushetsplikten tilby andre som har ansvar for barnet samtale om aktuelle tiltak som kan ivareta barnets behov (Helsedirektoratet, 2010a). Familieambulatoriets brukere er foreldre med utfordringer innen rus og/eller psykisk sykdom, og som helsepersonell skal vi da bidra til å ivareta behovet for informasjon til barnet og andre som har omsorg for barnet. Barnehage kan være aktuell samarbeidsinstans for å sikre nødvendig oppfølging av barn.

Det synes å være en politisk vilje til å øke barns rettigheter, også innenfor helsesektoren. Helse- og omsorgsminister Bent Høie uttaler: «Jeg tror at vi i den norske helsetjenesten er ganske flinke til å lytte til voksne og velformulerte pasienter, men jeg tror ikke vi er like flinke til å lytte til dem som ikke er voksne» (Regjeringen, 2016). Med bakgrunn i dette har regjeringen kommet med forslag til lovendringer i pasient- og brukerrettighetsloven for å styrke barn og unges rett til medvirkning. I Helsedirektoratets siste endringer i «Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten» nevnes alvorlig psykisk sykdom og rusavhengighet som tilstander som kan medføre særlig behov for støtte til pårørende, og barn nevnes spesielt som en gruppe pårørende som kan ha særlig behov for støtte (Helsedirektoratet, 2017a).

### **2.3 Barnets stemme som pårørende**

Barn som pårørende er et begrep som de siste årene har fått økende fokus både innholdsmessig, holdningsmessig og lovmessig. Det har skjedd en endring fra å tenke at barn lever lykkelig uvitende i sin barndom så lenge de skjermes for informasjon om foreldrenes utfordringer, til å se at barn har behov for informasjon og kunnskap om sin livssituasjon for å kunne utvikle seg best mulig med de rammebetingelser egne foreldre er. Paradigmeskiftet omhandler synet på barn som delaktig part i eget liv. Tidligere ble barn sett på som uferdige

voksne som ikke skulle, eller hadde behov for å bli hørt eller tatt med på råd om egen situasjon («human becomings» framfor «human beings»).

Til tross for lovverk og føringer, vil barnets stemme være avhengig av den enkelte saksbehandler/helseansattes bevissthet om temaet i møte med barnet og i sitt arbeid. Studier om barnevernets involvering av barn, viser at dette skjer i meget liten skala, og der barnet omtales, er det ofte i tredje person basert på informasjon gitt av andre enn barnet selv (Skauge, 2010; Stang, 2007; Vis, 2015). I følge Skauge (2010) er en av grunnene til at barns syn på egen situasjon i tilstrekkelig grad ikke blir hørt eller tillagt nok vekt, at det oppstår interessekonflikt mellom det de voksne oppfatter som barnets behov for deltagelse og deres holdninger om at barnet blir beskyttet hvis det ikke blir involvert.

Barneombudet lanserte i høst sin supplerende rapport til FNs barnekomité. Den påpeker at til tross for at Norge har gode forutsetninger (demokrati, rettsstat og velferdsstat) for oppfylle barns rettigheter er det mye som gjenstår. Barns rett til å bli hørt, både som enkeltbarn og som gruppe, er på mange områder langt fra oppfylt. Områdene vold, mobbing og barns klagerett trekkes spesielt frem. Det påpekes at for å finne gode løsninger for barn er det viktig at de blir hørt (Barneombudet, 2017).

Det er også slik at «barn av ...» kan være vanskelig å se/oppdage da de kan være med på å skjule vanskelige forhold i hjemmet (Sølvberg, 2011), eller overses/ ikke fanges opp av hjelpeinstansene (Rimehaug, Børstad, Helmersberg & Wold, 2006; Weimand, Billehaug, Faugli & Kufås, 2017). Dette påpeker at psykisk sykdom gir belastninger til de nærmeste og at helsevesenet i stor grad har glemt dette i sitt møte med pasienten, og at det er spesielt viktig med forebyggende tiltak overfor barn og unge.

## **2.4 Hjelp i tide; glidende overganger mellom forebygging og behandling**

Det er uklare begrepsdefinisjoner på «forebygging», «tidlig intervensjon» og «tidlig innsats», og de kan i dagligtale oppleves å brukes tilfeldig og om hverandre. Jeg finner det derfor hensiktsmessig å belyse alle tre begrepene, og la de sammen danne en ramme for denne oppgaven. De tre begrepene beskriver noenlunde det samme; målet om å hjelpe tidnok for å forhindre eller redusere en negativ/uønsket utvikling i en tidlig fase, eller øke forutsetningene for en ønsket utvikling. Dette kan være hjelp rettet mot identifiserte risikogrupper, som for eksempel barn av foreldre med rus og/eller psykiske lidelser, barn med svak norskkompetanse



på grunn av migrasjon, barn med følgevansker grunnet prematur fødsel eller barn med utviklingsforsinkelser (NOU 2009:22).

Begrepene kan også forstås ut fra en aldersmessig definisjon; viktigheten av å sette inn hjelp tidlig i barns liv. Det er forsket på, og funnet, at mange psykiske, sosiale, samspills- og utviklingsvansker kan oppdages tidlig i barns liv, og at mange samspillsvansker er knyttet mer til omsorgspersonenes, enn barnets, fungering. Økt kunnskap om barns fungering og symptomer har ført til at vansker innen autismespekteret kan avdekkes før seksmåneders alder, ulike andre utviklingsvansker (funksjonsnedsettelse, ADHD relaterte vansker og kognitive vansker) kan oppdages før barnet er tolv måneder og innen de er 18 måneder (Ammitzbøll, 2017; Elberling et al., 2014; Skovgaard, 2010).

Det er vanskelig å finne en klar definisjon på begrepet «forebygging» men jeg velger å bruke: «Forebygging er en mangetydig betegnelse på tenkning og tiltak som spenner vidt fra forsøk på å eliminere eller begrense en uønsket utvikling til tiltak som fremmer livskvalitet og mestring» (Schancke, 2005, s. 13).

Denne oppgaven omhandler barn som vokser opp i familier med risikofaktorene rus og/eller psykiske vansker/lidelser hos foreldrene, og jeg har derfor valgt å ta med Helsedirektoratets forståelse av «tidlig intervensjon» ved rusmiddelmissbruk. «Med tidlig intervensjon mener vi arbeidet med å identifisere og håndtere et problem på et så tidlig tidspunkt at problemet forsvinner eller blir redusert med begrenset innsats» (Helsedirektoratet, 2010b).

Begrepet «tidlig innsats» kan forstås og vektlegges ulikt ut fra forskjellige perspektiv. Vik (2015) viser i sin doktoravhandling til at tidlig innsats som et pedagogisk verktøy for å øke inkludering og utjevne sosiale forskjeller ble lansert som et prinsipp innen norsk utdanningssektor ved Stortingsmelding nr. 16 «*Tidlig innsats for livslang læring: Og ingen stod igjen*». I meldingen defineres begrepet slik: «Tidlig innsats må forstås både som innsats på et tidlig tidspunkt i barns liv, og tidlig inngripen når problemer oppstår eller avdekkes i førskolealder, i løpet av grunnopplæringen eller i voksen alder» (Kunnskapsdepartementet, 2006, s. 10). Denne forståelsen innebærer, slik jeg ser det, en miks av de tre begrepene *tidlig innsats*, *forebygging* og *tidlig intervensjon* ved å søke å forebygge vansker med økt innsats tidlig i barns liv, og samtidig intervenere fortløpende livet gjennom etterhvert som utfordringer oppdages eller avdekkes.

Det som er likt i disse begrepsdefinisjonene er at det er viktig å oppdage for å intervensere i en tidlig fase av en vanskeutvikling, og alle har som mål at hjelpen skal kunne redusere eller fjerne vansken. Det som skiller Schankes forståelse fra de to andre, er tilføyelse om håp og positive framtidsutsikter ved å konkretisere målet om at tidlig hjelp ikke bare skal forhindre/ redusere vanske men også fremme livskvalitet og mestring. En slik forståelse innebærer en tankemåte preget av salutogenese; det som fremmer god helse (Antonowsky, 1979).

All forebygging, tidlig innsats eller intervensjon krever kunnskap i forhold til å identifisere og finne de som trenger ekstra hjelp og støtte for å unngå vansker, samtidig som det kreves kunnskap om hva som kan avhjelpe og lindre når en vanske har oppstått. Dette gjelder så vel i helsevesenet som i barnehagene. I rammeplan for barnehager står det at barnehagen har et særlig ansvar for å forebygge vansker og å oppdage barn med særskilte behov. «Gjennom den daglige og nære kontakten med barna er barnehagen i en sentral posisjon til å kunne observere og motta informasjon om barnas omsorgs- og livssituasjon. Personalet skal ha et bevisst forhold til at barn kan være utsatt for omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep, og vite hvordan dette kan forebygges og oppdages» (Kunnskapsdepartementet, 2017, s. 11).

Forebygging handler både om folkehelsefremmende tiltak rettet mot totalbefolkningen og tiltak rettet mot risikogrupper. Ved omtale av forebygging har det i Norge lenge vært vanlig å benytte seg av begrepene Caplan (1964) utviklet; primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Disse er basert på at det var tenkt tre stadier i sykdoms- eller problemforløpet; henholdsvis før problemet oppstår, når det har oppstått og etter at problemet er behandlet. Denne inndelingen tar ikke hensyn til at tidlig innsats kan overlape noe med forebygging, og at det ikke finnes en klar skillelinje mellom tidlig innsats og behandling. Derfor har Caplans begreper etterhvert blitt erstattet; primærforebygging med universelt innsatsnivå og universelle tiltak, sekundærforebygging med selektert innsatsnivå og selekterte tiltak, samt tertiærforebygging med indikert innsatsnivå og indikerte tiltak, i tråd med Barry og Jenkins (2007) sine begreper. Disse begrepene tydeliggjør at tidlig intervensjon (selektert) og forebyggende tiltak (universelt) foregår på ulike tjenestenivå, og opp imot både enkeltindivider og grupper (Barry & Jenkins, 2007; Killén, 2007; Nyseter, 2017).

Forebygging og helsefremmende arbeid overlapper hverandre, både definisjonsmessig og i praktisk utførelse, og innebærer både direkte og indirekte innsats med mål om å øke befolkningens mulighet til god livskvalitet, trivsel, utvikling av gode livsstilsvaner og

mestringsstrategier. Arbeidet rettes mot befolkningens fysiske, psykiske og sosiale miljø (Folkehelseloven, 2011; Helse- og omsorgsdepartementet, 2002–2003; 2014–2015).

Universelt innsatsnivå retter seg mot hele befolkningsgrupper, og 70–80 % av barnefamilier får dekket sine behov av det offentlige. Det er kommunenes ansvar å drive forebygging og helsefremmende arbeid (Folkehelseloven 2011; Helse- og omsorgsdepartementet, 2002–2003; 2014–2015; NOU 2009:22). Her er barnehage, skole, kultur- og fritidstilbud, helsestasjon og skolehelsetjenesten de viktigste formelle aktørene, og innsatsen kan være helsestasjonskontroller, vaksinasjonsprogram og spredning av informasjon til foreldre og barn både i barnehage og skole om hvordan etablere gode livstilsvaner.

Selektivt innsatsnivå retter seg mot grupper i befolkningen der risikofaktorer er identifisert, og det kan sies at omtrent 10–15 % av barnefamiliene har dette behovet. Her arbeides det for å unngå at risikofaktorene skal utvikle seg til problemer. Familieambulatoriet er et eksempel på selektert forebygging ved at tilbudet retter seg til foreldre, eller blivende foreldre, der risikofaktorene rus og/eller psykisk vanske er kjent.

Det tredje nivået er indikert innsatsnivå, og omfatter ca. 8–10 % av barn, unge og familier. Indikert innsats tar sikte på å redusere og hindre konsekvenser av problemer som allerede har oppstått hos enkeltpersoner. Dette kan i Familieambulatoriets arbeid være at barnet henvises internt til Sped- og småbarnsteamet ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUP) for utredning og foreldreveiledning. Familieambulatoriets arbeid beveger seg i grenselandet mellom tidlig innsats og behandling, også på systemnivå ved at det arbeides tett opp imot kommunale tjenester samtidig som at Familieambulatoriets tilbud befinner seg i spesialisttjenesten og samarbeider med andre avdelinger innad i sykehuset, som for eksempel avdeling for rus og avhengighet, barneavdeling og habiliteringstjenesten både for barn og voksne.

## **2.5 Økonomiske perspektiver på forebygging og tidlig innsats**

Arne Holthe (2012), divisjonsdirektør ved Folkehelseinstituttet og professor II i helsepsykologi v/ UiO, fremhever barnehagen som en viktig arena å drive forebygging av psykiske lidelser i, og at det er det samfunnsøkonomisk viktig å satse på forebygging i førskolealder. Dette ut fra at helse ikke produseres i helsevesenet, men i hverdagen der folk lever sine liv. Nobelprisvinner i økonomi, Heckman (2006), hevder at barn er viktigere

investeringsobjekter enn bank og børser når det gjelder investering i mental kapital. Det vil derfor være viktig for en nasjon å investere i å bedre små barns oppvekstvilkår, spesielt i de belastede omsorgssystemene. Samtidig som det pekes på økonomiske gevinster ved forebygging og tidlig innsats (universelt og selektert nivå), er det også mer etisk, effektivt og hensiktsmessig enn å behandle (indikert nivå) (Carter, Briggs-Gowan & Davis, 2004; Kvello, 2007; Zeanah & Gleason, 2009).

## **2.6 Taushetspliktsreguleringen**

Taushetsplikt skal ivareta og verne personopplysninger, og er utarbeidet for å unngå at sensitiv informasjon ikke skal komme på avveie eller kunne misbrukes. Ansatte i helsesektoren er lovpålagt strenge krav om ivaretagelse av taushetsplikt (Helsepersonelloven; Spesialisthelsetjenesteloven). Ansatte i barnehager er også underlagt taushetsplikt (Forvaltningsloven, 1967). Brudd på taushetsplikt kan både for ansatte i barnehage og spesialisthelsetjeneste medføre straff (Straffeloven, 2005).

Det finnes unntak fra taushetsplikten, blant annet kan barnevernstjenesten ut fra § 6.4 i Barnevernloven (1992) kreve opplysninger fra offentlige instanser hvis dette er nødvendig for at de skal kunne ivareta barnets behov på best mulig måte. Som ansatt i barnehage og helsesektoren er man pliktig til å kontakte barnevernstjenesten hvis man har grunn til å tro at barn utsettes for omsorgssvikt (Barnehageloven; Helsepersonelloven). Likedan har alle, uten hinder av taushetsplikten, en plikt å varsle politi for å avverge mulig straffbar handling mot barn om man har mistanke til at dette kan skje (Straffeloven av 2005).

I de saker hvor man er alvorlig bekymret for et barn, men mangler/ikke får samtykke fra foreldrene på samarbeid, skal balansen mellom taushetsplikt og varslingsplikt ikke ramme barnet (Helsepersonelloven, Barnevernloven). En annen mulighet for unntak fra taushetsplikten, er å spørre foreldrene om samtykke til å utveksle informasjon for å muliggjøre et tverrfaglig samarbeid til barnets beste (Erdal & Glavin, 2010). Denne muligheten er lovfestet ved §22 i Helsepersonelloven (1999) og § 13a nr.1 i Forvaltningsloven (1967).

For Familieambulatoriet betyr dette at det med hver ny bruker gjennomgås, og fylles ut, en samtykkeerklæring som legger rammer for hvem og hvilke instanser vi kan samarbeide med. Det kan f.eks. være; fastlege, helsestasjon, NAV, kommunal jordmor, psykiatrisk

oppfølging i kommune eller i spesialisthelsetjenesten, barnehage osv. Denne skannes inn i journal, og brukeren blir informert om at den kan endres etter deres behov/ønske.

## **2.7 Dilemma i kjølevannet av forebygging og tidlig innsats**

Det har vært en økning i antall barn og unge som mottar tilbud i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). I 2005 var det på landsbasis 3,7 % av befolkningen mellom 0-18 år som mottok helsehjelp i BUP (Kristofersen, 2007) Tall fra 2016 viser at det for samme aldersgruppe har økt til 4,9 % på landsbasis, og til 5,6% i Helse Midt-Norge (Helsedirektoratet, 2017b).

Denne økningen kan tolkes som en tendens til at flere barn behøver hjelp i dag enn tidligere. Det kan forstås som at behovet har økt, eller at behovet har vært konstant men at økt kunnskap om barn og unges psykiske helse og oppvekstvilkår har ført til at flere blir identifisert. En utfordring kan være å predikere hvem som er i risiko, og hvem som ikke vil utvikle vanske selv om risikofaktorene ligger til grunn.

Et dilemma ved systematisk jobbing for å avdekke familier/barn i risiko, er falske positive (funn som indikerer behov for oppfølging selv om barnet/familiene ikke trenger det); vi ser det vi vil se, eller forventer å finne. På den annen side kan det være at økt kompetanse og forståelse resulterer i at barn får hjelp tidligere. Et annet dilemma ved tidlig innsats er hvordan det å bli vurdert til å tilhøre en risikogruppe vil kunne påvirke den enkeltes liv negativt. Det kan tenkes at det kan bidra til å svekke fremtidshåp og troen på egen kapasitet ved at brukeren opplever seg forhåndsdømt og stigmatisert. På den annen side kan opplevelsen av å ikke være alene gi styrke.

Staten har gjennom lovverk gitt kommunene ansvaret for å igangsette og gjennomføre tidlig innsats. Dette skal da gjøres i barnehage/skole, på helsestasjoner og i den kommunale barnevernstjenesten ved at barn med utfordringer identifiseres og tiltak iverksettes. Det er satt av midler og ressurser til opplæring ved programmet «Tidlig Inn»,<sup>4</sup> og det er nå i 2017 igangsatt en 10-årig satsing; Folkehelseprogrammet<sup>5</sup>, som rettes inn mot barn og unge, og forebygging i forhold til rus og psykisk helse. Samtidig er det slik at fagkunnskapen i

---

<sup>4</sup> Tidlig Inn er et opplæringsprogram med verktøy og metoder innen tidlig intervensjon, utarbeidet av Helsedirektoratet og Barne- og ungdomsdirektoratet, med mål om å trygge ansatte i kommunen.

<sup>5</sup> Folkehelseprogrammet er et samarbeid mellom Kommunesektoren (KS) og Staten (Helse- og omsorgsdepartementet) for å bidra å styrke folkehelsearbeidet i kommunene.

spesialisthelsetjenesten mange ganger kreves for å finne/se de tidlige tegnene på skjevutvikling/tidlig vanske. Men for å få tilgang til fagpersonene/henvisning til 2.-linjetjenesten kreves det at barnet allerede *har* utviklet en vanske. Dilemmaet, eller paradokset, blir da at tilgangen til spisskompetansen som kreves for å finne/forstå symptomene *før* de utvikler seg til en vanske ligger i en allerede utviklet vanske.

Familieambulatoriets tilbud som tidlig innsats/intervensjon er langs et kontinuum mellom selektert og indikert innsats, ved at barna vil tilhøre en gruppe barn som er mer utsatt for å utvikle problemer (selektert), og mødrene blir gitt tilbudet ut fra at de har/eller har hatt utfordringer med rus og/eller psykisk helse (indikert). Tilbudet vil overfor både barn og foreldre variere i styrke/innhold mellom selektiv og indikativ forebygging/tiltak ut fra å følge deres behov i perioden de er tilknyttet Familieambulatoriet.

Med tanke på generasjonsarven som ofte følger mennesker, kan det virke som at for å hjelpe en ny generasjon burde hjelpen ha startet ved forrige generasjon. Begrepet «å komme inn for sent, så tidlig som mulig» (Svensson, Svensson & Tops, 1998), favner følelsen av balansegangen mellom å kjenne på håp og håpløshet i arbeidet med forebygging.

### 3. Forskningsmetode

I dette kapittelet beskrives og begrunnes forskningsmetodiske valg, utvalget for studien, gjennomføring av datainnsamlingen, etiske refleksjoner og bearbeidelsen av dataene.

#### 3.1 Valg av forskningsmetode

Utarbeidelse av problemstilling har vært en møysommelig prosess. Noen problemstillinger ble forkastet på veien fram til den som er blitt stående. Det var særlig prosjektets rammer angående deltakernes anonymitet og innsamling av data ved journalgjennomgang, som gjorde at valget falt på problemstillingen: «Hvordan er omfanget av, innholdet i og formen på kommunikasjonen mellom Familieambulatoriet Levanger og barnehager der barn av Familieambulatoriets brukere går?»

Jeg skal finne svar på problemstillingen ved å søke i sykehusets pasientjournaler etter dokumentert kommunikasjon mellom Familieambulatoriet og barnets barnehager. Den eventuelle dokumentasjonen av kommunikasjonen med barnehagene vil være å regne som adferd utført av ansatte. Det å undersøke adferd beskriver Langdridge (2006) som mest vanlig innenfor kvantitativ forskning. Samtidig vil forskningsarbeidet også inneholde elementer av kvalitativ forskning ved at datamaterialet består av journaler skrevet av ansatte ved sykehuset som skal kodes om til data ved å følge instruksjon i et utarbeidet skjema om hva som skal hentes ut av funn fra journalene.

I det øyeblikket en tekst leses, vil den kunne forstås og tolkes ulikt ut fra tidligere kunnskap og erfaringer til hver enkelt leser; all forståelse bygger på en forforståelse (Thagaard, 2013). Jeg må være bevisst, og åpen om, egen forforståelse fra min yrkesbakgrunn som barnehagelærer. Dette gjelder spesielt de erfaringer jeg har med at barnehagen sjelden ble kontaktet av spesialisttjenesten med tanke på foreldres utfordringer med rus og/eller psykiske lidelser. Dette sammenfaller med de erfaringer arbeidet i spesialisthelsetjenesten har gitt meg ved at barnehagen blir oppfattet/benyttet som en arena for innhenting av opplysninger om og/eller observasjon av barnet i utredning, ikke som en samarbeidende instans med tanke på å øke forståelsen og kunnskapen om foreldres utfordringer og de ringvirkninger dette medfører for barnets oppvekstvilkår.

Forskningen skal i tillegg omhandle den avdeling jeg jobber i, noe som vil kunne innebære både fordeler og ulemper. Thagaard (2013) sier at dette fenomenet kan gjøre det vanskelig å se/stille spørsmål ved det selvsagte, dvs. den etablerte praksis som jeg selv jobber etter og som jeg delvis har påvirket. Det kan være utfordrende å prøve og se egen kultur med nye øyne. Samtidig kan det gi fordeler ved at jeg har erfart hvilke prosesser som ligger bak den dokumentasjon som blir skrevet i journaler. Jeg har erfart at arbeidet som blir gjort i Familieambulatoriet er blitt mer barnefokuset underveis i prosessen med å utarbeide tilbudet. Det har blant annet ført til økt dokumentasjon i barnets journal om foreldres utfordringer, men dette vil ikke komme frem i denne studien, da den omhandler perioden frem til og med 2014. Samtidig ser jeg at selv om jeg kom inn i helsesektoren fra barnehagen med en tanke om at økt samarbeid mellom oppvekst- og helsesektor ville kunne gagne barnefamilier, så er det lett å adoptere eller bli påvirket av den kultur/forståelse som ligger til grunn for etablert praksis.

### **3.2 Utvalg**

Alle kvinnelige brukere tilknyttet Familieambulatoriet ved Sykehuset Levanger i perioden fra og med 2009 til og med 2014 er spurt om deltagelse i Delstudiet 2; «Treffer tiltaket målrettet? Beskrivelse av brukere av Familieambulatoriet på Innherred, Nord-Trøndelag», som gjennomføres i regi av Barne- og ungdomspsykiatri (BUP) Levanger. Dette innbefatter både de som har mottatt tilbudet, avslått eller av andre grunner (abort, flytting, mistet omsorgen for barnet etc.) har avsluttet tilbudet i løpet av tidsperioden, og de som fremdeles er tilknyttet tilbudet. Brukergruppen består av gravide og barselkvinner, i alt 246 mødre, samt deres barn som er født i den perioden mor var/er tilknyttet Familieambulatoriet. Av de 246 brukerne som ble tilsendt brev var det 80 (32,52 %) det ikke lyktes å komme i kontakt med, verken via brev eller telefon. Av de resterende 166 brukerne (67,48 %) som det er grunn til å anta henvendelsen er nådd frem til, var det 59 brukere (35,54 %) som på vegne av seg selv og sitt barn samtykket til å delta i undersøkelsen ved at deres pasientjournaler tilknyttet Familieambulatoriets arbeid ville bli gjort tilgjengelig for datainnsamling. Dette gjelder for kvinnen somatisk journal: H6, psykiatrisk tverrfaglig journal: H50, og for barnet barne- og ungdomspsykiatrisk journal: B1 – behandler BUP. Notater fra fysioterapeut ved Habiliteringstjenesten for barn i forbindelse er tilgjengelig i B1 ved at de kommer med i notatet som skrives etter hvert sjekkpunkt (forklaring av Sjekkpunkt; se vedlegg 1, s. 49).



Utvalget er de 59 brukere som samtykket til deltagelse,  $n=59$ . Kildematerialet er journaldokumentasjonen av Familieambulatoriets oppfølging av disse mødrene fra deres tid tilknyttet tilbudet fra 2009 til utgangen av 2014, og deres barns journaler frem til barnet fylte to år eller til utgangen av 2014. Dette vil i denne undersøkelsen bety at begrepet journal til hver av de 59 brukerne innbefatter både mor og barnets journal. 21 (35,59 %) av brukerne startet oppfølgingen i perioden fra og med 2013 til og med 2014. Noe som vil bety at barnet tidligst er født i 2013 ved at mødrene blir henvist enten under graviditeten eller i løpet av 8 uker etter fødsel. I perioden 2011–2012, var det 17 (28,81 %) som startet oppfølging, mens de øvrige var brukere enten fra oppstarten av Familieambulatoriet i 2009 eller fra og med 2010.

Delstudiet 2, har funn som tilsier at utvalget i forhold til landsgjennomsnittet (sjekket opp mot Statistisk Sentralbyrå, Medisinsk fødselsregister og Folkehelseinstituttet) har en lavere alder på de fødende og en lavere andel som er gift/samboende. Utvalget har en høyere frekvens av psykiske vansker og/eller psykiske lidelser enn landsgjennomsnittet (67,80 % mot normalt 8–10 %), og en høyere forekomst av tiltak fra Barnevernstjenesten (30,51 % mot 1,96 %). Utvalget har en høy forekomst av risikofaktorer. Hos 42 brukere (71,19 %) ble det funnet mellom 4 til 20 risikofaktorer, i snitt 7 i hvert barns liv. Ingen brukere hadde 0 risikofaktorer, noe som er selvsagt ut fra at inntakskriteriene er rus og/eller psykiske utfordringer og automatisk vil gi funn. Når det gjelder risiko knyttet til kardinalrisikofaktorene; samspill og tilknytning, beskrives 14 brukere (23,72 %) å ha risiko knyttet til samspillet og 16 brukere (27,12 %) beskrives å ha risiko knyttet til en beskrevet utrygg tilknytning (Holden, Ingul, Steinsli, Wold & Rimehaug, 2017).

Et viktig aspekt ved å bruke/telle risikofaktorer for å vurdere et barns framtidssikter er at risikobegrepet i epidemiologisk perspektiv brukes som indikatorer på en statistisk risiko, men den faktiske risikoen kan handle konkret om noe annet. Som eksempel er skilsmisse en statistisk risikofaktor, mens den reelle risikoen handler om konflikter mellom foreldre, relasjonsbrudd, og flytting i kjølvannet av en skilsmisse. Samtidig kan en skilsmisse også være en beskyttelse hvis det resulterer i mindre krangel og konflikter i hverdagen til barnet.

Andelen frafall i studiet er; 80 brukere (32,25 %) som ikke var mulig å komme i kontakt med og 107 brukere (43,50 %) som ikke gav sitt samtykke, utgjør tilsammen 187 brukere (76,02 %) – i overkant av  $\frac{3}{4}$  av hele gruppen. Det høye frafallet kan ha flere mulige forklaringer. En årsak kan være at det til tross for informasjon om studien kan ha opplevdes utrygt å delta. En annen mulighet kan være at oppgitt adresse og telefonnummer ikke lengre er riktig, eller at de ikke svarer på telefonhenvendelser fra fremmede. Et så høyt frafall

innebærer betydelig risiko for at de som deltar versus de som ikke deltar gir systematiske skjevheter i datamaterialet i betydningen at de som ikke deltar har felles karakteristika. Det kan f.eks. være at de som det har gått dårligst med er de som vi ikke fikk kontakt med, og at de som har greid seg best samtykket til å delta i studien.

### **3.3 Datainnsamling**

Denne studien er en del av et større forskningsprosjekt i regi av Helse Nord-Trøndelag HF, der Familieambulatoriet i Nord-Trøndelag skal evalueres (se vedlegg 2, s. 52). Det ble besluttet at min masteroppgave skulle tilknyttes «Delstudiet 2: Beskrivelse av brukerne av Familieambulatoriet på Innherred, Nord-Trøndelag» (se vedlegg 3, s. 62) med forbehold om at jeg utviklet en problemstilling innenfor rammene Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) hadde godkjent (se: vedlegg 4, s. 68; vedlegg 5, s. 70).

Det ble så opprettet en forskergruppe bestående av psykologspesialist Tormod Rimehaug, prosjektleder Delstudiet 2: psykologspesialist Karianne Fremstad Holden, supervisor og psykologspesialist Jo Magne Ingul, daværende leder for Familieenheten BUP Levanger Ingunn Helmersberg og meg selv. Vi hadde oppstartsmøte i september 2015 hvor det ble gitt klarsignal til at jeg skulle utarbeide en problemstilling som omhandlet Familieambulatoriets kontakt med barnehagene ut fra min interesse for fagfeltet tidlig innsats og samhandling mellom instanser.

De 246 brukerne av Familieambulatoriet i tidsperioden 2009–2014 ble tilsendt informasjon om studiet i brev form med forespørsel om skriftlig samtykkeerklæring til deltagelse (se vedlegg 6, s. 73). Dette ble gjort for å sikre informert samtykke, noe som betyr at brukerne på forhånd skal motta informasjon om hensikt, mål og metode med undersøkelsen (Dalen, 2011). Brevet inneholdt en frankert svarkonvolutt. Dette for at det ikke skulle påbeløpe brukeren økonomiske kostnader ved å svare, samt ut fra en vurdering om at det kunne bidra til å øke svarprosenten.

De brukere som ikke hadde svart innen tre uker ble så kontaktet via SMS på mobil med informasjon om at de ville bli oppringt litt senere. Dette ble gjort for å gjøre telefonnummeret kjent for brukeren. De ble så oppringt fra samme telefonnummer, noe som ga en mulighet til å velge hvorvidt de ønsket å svare på oppringningen eller ikke. Her ble det

benyttet en mobil som var tilknyttet Sykehuset Levanger for å unngå at brukernes navn og nummer i ettertid kunne spores på en privat mobil. Det ble i forskningsgruppen drøftet hvorvidt jeg som medarbeider i Familieambulatoriet skulle foreta denne oppringningen. Fordelen kunne være at det for noen av brukerne var et kjent navn/stemme, og at dette kunne oppleves betryggende. På den annen side var det en fare for at det å bli oppringt av meg kunne oppleves som å bli utøvd press på til å gi samtykke ut fra at de kunne kjenne på et ønske eller ansvar for å stille opp. Sistnevnte faktor veide tyngst, og for å unngå å sette brukeren i en mulig ubehagelig situasjon ble det besluttet at arbeidet med innhenting av samtykke skulle gjøres av en ekstern person. I telefonsamtalen ble det gitt ytterligere informasjon og forklaringer om studien, og forsikret at en deltagelse ikke ville innebære noe ekstra for brukeren i etterkant da all informasjon hentes fra journal. Det ble poengtert at eventuell fremtidig eller pågående kontakt med Familieambulatoriet ville fortsette uavhengig, og upåvirket, av om de samtykket til deltagelse i studiet eller ikke.

I Delstudiet 2 ble det utarbeidet variabler ut fra en operasjonalisering av Kvello sin sjekkliste for de mest virksomme risiko- og beskyttelsesfaktorer i forhold til psykisk skjevutvikling hos barn (Kvello, 2015), og demografiske og helse- og omsorgsrelaterte forhold som for eksempel mors alder, amming og rusbruk under svangerskapet. De mest virksomme risiko- og beskyttelsesfaktorene i Kvello sin sjekkliste er godt fundert i litteratur og forskning, men modellen er ikke validert. Ved funn av risikofaktor ble det kodet «Ja», hvis risikofaktor ikke var tilstede ble det kodet «Nei», og «99» ble kodet for missing. Missing innebærer mangel av forventet dokumentasjon på variabel ut fra journalens øvrige dokumentasjon/innhold.

Det ble i forskningsgruppen bestemt at jeg skulle utarbeidet variabler som omhandlet omfang på kontakt mellom Familieambulatoriet og barnehagen inn i hovedkoding i Delstudiet 2. For å besvare og beskrive *innholdet i og formen på* kommunikasjon mellom Familieambulatoriet og barnehager valgte jeg å gå inn i de journaler hvor det ut fra hovedkoding var skåret for kontakt. Jeg hentet da ut informasjon om kontakten hadde foregått via telefon, brev eller møter og hvilke temaer som var dokumentert kommunisert om. Deretter delte jeg temaene inn i hovedkategorier ut fra hva den omhandlet og kom da frem til disse fire; Foreldre, Barnet, Tverretatlig samarbeid og Praktisk/info. Denne fremgangsmåten valgte jeg ut fra at hovedkodingen ville gi meg en oversikt over omfang, og at jeg ved å selv gjøre alle søk av data på form og innhold i 2. koding ville oppnå en dypere kjennskap til materialet.

Journalene ble fordelt og kodet av tre personer ut fra en rasjonell vurdering på å minske tidsbruken på koding, da dette er studier som kombineres med daglig drift og jobb. Koder 1 er helseutdannet, men ikke innenfor fagfeltet barn. Hun ble innleid i regi av Delstudiet 2 for å innhente samtykke fra pasientene og delta i koding av journaler. Koder 2 er meg som er spesialpedagog og ansatt i Familieambulatoriet. Koder 3 er psykologspesialist innenfor barns psykiske helse, prosjektleder for Delstudiet 2, og har i tillegg deloppdrag i Familieambulatoriet.

Det ble i forkant av hovedkoding utført en reliabilitet- og validitetstest (se kapittel 3.4 s. 23) som gav klarsignal til å starte datainnsamlingen, og vi kodet så likt antall journaler. Hver koder fikk tildelt en minnepinne med et skjema med variablene, og kodet så svarene inn i dette. Minnepinnen inneholdt i tillegg en tolkningsveileder med beskrivelse på hvordan dataene skulle skåres (se vedlegg 7, s. 74). Hver bruker og tilhørende barn, ble aidentifisert ved at de fikk tildelt et tall fra 1–59. Koblingsnøkkelen mellom bruker og tall ble utarbeidet på papir og ble oppbevart innelåst på sikkert område på sykehuset. All datainnsamlingen ble overvåket av den kliniske enheten ved at hver pålogging på elektronisk pasientjournal (EPJ) ble loggført på, og begrunnet av, hver enkelt koder som «forskningsbegrunnet tilgang».

Hovedkoding av journalene, og derved data knyttet til *omfang*, ble skåret i perioden mai/juni 2016. For å undersøke *innholdet i og formen på* kommunikasjonen mellom Familieambulatoriet og barnehager ble de journaler hvor det i hovedkoding var dokumentert kontakt gjennomført på nytt, «2. koding», av meg i desember 2016. Det at data på innhold og form ble skåret i ettertid skal ikke kunne påvirke funnene da journalene er konkrete som ikke skifter innhold for den perioden data innhentes fra.

Minnepinnene ble etter utført hovedkoding innlevert til prosjektleder for Delstudiet 2, og supervisor la alle tall inn i IBM SPSS Statistics versjon 22. Jeg la selv inn tall på funn tilknyttet form og omfang i samme SPSS-skjema i ettertid.

### **3.4 Reliabilitet og validitet**

For å kvalitetssikre arbeidet med koding av journaler ble det i forkant av hovedkoding foretatt en test på reliabilitet og validitet for å sikre at vi forstod og tolket variablene likt, og dermed innhentet samme informasjon fra journalene. Forut for dette hadde prosjektleder utarbeidet en skåringsveileder ut fra en gjennomgang og skåring av fem vilkårlige journaler. Skåringsveilederen ble i forkant av reliabilitetstesten gjennomgått sammen av oss koderne slik

at vi skulle forstå den likt. Selve reliabilitetstesten ble gjennomført ved at seks vilkårlige journaler ble trukket ut fra gruppen, og krysskodet (fire journaler på hver koder) ved at de ble gitt bokstavene A–F og at koderne ble gitt tallet 1–3. Dette gav fordelingen:

A og B kodes av 1 og 2

C og D kodes av 1 og 3

E og F kodes av 2 og 3

Det ble i denne fordelingen bevisst unngått at jeg tolket journaler til brukere hvor jeg hadde hatt hovedansvaret for journalføring av Familieambulatoriets oppfølging. Dette både for å unngå at jeg ved koding kunne være farget av mulig kunnskap om brukeren som ikke var journalført, og for å sikre at vi som kodere stilte mest mulig likt i arbeidet med kodingen. Underveis i arbeidet med å teste reliabilitet og validitet, hadde vi som kodere ikke kontakt med hverandre angående dette. Spørsmål eller kommentarer til arbeidet ble rettet til forskningsarbeidets supervisor. Dette ble gjort for at vi underveis i testkodingen ikke skulle påvirke hverandre og/eller endre forståelse og tolkning av variablene. Kappaverdien av testen ble 0,796, noe som indikerer godt samsvar mellom verdiene og arbeidet med å kode alle journalene kunne igangsettes.

### **3.5 Analyse**

Variablene ble analysert med IBM SPSS Statistics versjon 22. Dette inkluderte deskriptiv statistikk, som frekvens og fordeling, samt samvariasjon mellom bakgrunnsvariabler og registrerte risiko og beskyttelsesfaktorer ved hjelp av chi-kvadrattester. Noen av resultatene ble sammenlignet med tall fra store offentlig tilgjengelige registre/statistikker. Der det er oppgitt antall i prosent, er tallet regnet ut fra totalen.

### **3.6 Etiske refleksjoner**

Et viktig moment innen god forskningsetikk, er at det ikke skal oppleves tydelig belastende for brukerne å delta (Thagaard, 2013). I denne studien var eneste belastning når deltakerne kontaktes med spørsmål om samtykke til deltagelse i studie.

Som forsker er det etisk viktig å tilstrebe å være verdifri, nøytral og saklig i fremstilling av funnene. Jeg har også et redelighetsansvar ovenfor forskning som metode ved

å ikke synse/mene eller komme med påstander uten at det er begrunnet i teori og/eller empiri.

## 4. Resultater

I dette kapitlet presenteres de funn som er knyttet direkte opp til besvarelsen av problemstillingen: «Hvordan er omfanget av, innholdet i og formen på kommunikasjonen mellom Familieambulatoriet Levanger og barnehager der barn av Familieambulatoriets brukere går». Presentasjonen av funnene deles inn i to; omfang/form og innhold. Først presenteres omfang og form (se Tabell 1, s. 27), så belyses innhold (se Tabell 2, s. 29). Ut fra problemstillingen er det ikke hensiktsmessig å skille barnehagene fra hverandre i fremstillingen av verken omfang, form eller innhold. Dette valget ivaretar også hensynet til anonymisering i større grad i og med at det er funn fra kun tre barnehager.

Forut for besvarelse av problemstillingen, må det kartlegges hvor mange barn av utvalget som har plass i barnehage. Dette finnes gjennom variabelen «Går barnet i barnehage?». Funnene i hovedkoding viser at det er dokumentert at 24 barn (40,68 %) av utvalget har plass i barnehage, og at 11 barn (18,64 %) ikke går i barnehage. I de resterende 24 (40,68 %) journaler er det ikke journalført hvorvidt barnet har barnehageplass eller ikke (se Tabell 1).

### 4.1 Presentasjon av omfang og form på kommunikasjon mellom Familieambulatoriet og barnehager

I denne studien er det sett på hvor mange barnehager det har vært kontakt med, og hva det i så fall er kommunisert om. Dette presenteres i Tabell 1: «Antall barn i barnehage, omfang av barnehager det har vært kontakt med, og form/mengde på kontakt», og Tabell 2: «Innhold i kommunikasjon mellom Familieambulatoriet og barnehage».

*Omfang* forstås i dette studiet som presentasjon av hvorvidt det er kommunikasjon, og i så fall mengde på denne i form av antall kontaktpunkt, mellom Familieambulatoriet og barnehager. *Formen på* kommunikasjonen er forstått som å beskrive om kontakten har vært pr. brev, telefon eller møter. For å undersøke *omfanget* av antall barnehager Familieambulatoriet har vært i kontakt med er det laget variabel på spesialisthelsetjenestens kontakt med barnehager, hvor Familieambulatoriet har en egen skåre. Ut fra dette har jeg funnet svar på «Har Familieambulatoriet tatt kontakt med barnehagen?» Likedan er det laget variabel på; «Har barnehagen tatt kontakt med Familieambulatoriet?».

Skåringene i hovedkodingen sier at Familieambulatoriet ut fra dokumentasjon i journal har tatt kontakt med seks barnehager. Det er tre barnehager som har tatt kontakt med Familieambulatoriet. I to av disse tre barnehagene er det gjensidig kontakt, mens det i én barnehage er kontakt bare *fra* barnehagen *til* Familieambulatoriet.

I de journaler hvor det i hovedkoding er skåret ut for kontakt mellom Familieambulatoriet og barnehage, er det ved ny journalgjennomgang, 2. koding, funn i tre av seks journaler på form og innhold på kommunikasjonen (se Tabell 1), mens det i tre journaler ikke fremgår dokumentasjon på kontakt i det hele tatt. Dette tilsier uriktighet i tall fra hovedkoding på at Familieambulatoriet har tatt kontakt med seks barnehager. Slike ulikheter kan oppstå på enkeltvariabler til tross for kappa-verdi (0,796) på alle variabler samlet, og kan skyldes feilkoding eller feiltolkning av journal i hovedkoding. Sannsynligheten for at det er oppstått under hovedkoding av 59 journaler gjort av tre ulike personer regnes som større enn at det har oppstått ved 2. koding som bestod av gjennom søkning av seks journaler flere ganger av én og samme person. Jeg velger derfor å presentere funnene fra 2. koding i tabellen angående *omfang* av kontakt, da dette vil gi den mest riktige fremstillingen og svar på problemstillingen

Tabell 1: *Antall barn i barnehage, omfang av barnehager det har vært kontakt med, og form/mengde på kontakt.*

	<b>Antall barn i barnehage</b>	<b>Omfang av barnehager det har vært kontakt med</b>		<b>Form og mengde på kontakt</b>	
	Barnet går i barnehage	Familieambulatoriet kontaktet barnehagen	Barnehagen kontaktet Familieambulatoriet	Familieambulatoriet til barnehagen	Barnehagen til Familieambulatoriet
<b>Ja</b>	40,68% (24)	8,33% (2)	12,50% (3)		
<b>Nei/ukjent</b>	59,32% (35)	91,67% (22)	87,50% (21)		
<b>Brev</b>				3,23% (1)	3,23% (1)
<b>Telefon</b>				29,03% (9)	16,13% (5)
<b>Møte</b>				48,39% (15)	
<b>n</b>	59	24	24	31	

*Tallene i parentes viser det eksakte antall barn som går i barnehage, antall barnehager det har vært kontakt med og antall brev, telefoner og møter som har vært.*



Tabell 1 viser i hovedsak at under halvparten, 24 av 59 barn (40,68%), ut fra dokumentasjon har plass i barnehage, og at det er svært liten kontakt mellom Familieambulatoriet og barnehager. Den kontakt som er dokumentert, 31 kontaktpunkt fordelt på tre barnehager, har vært i form av 14 (45,16 %) telefonsamtaler og 15 (48,39 %) møter. Det er funnet dokumentasjon på to (6,45 %) brev.

#### **4.2 Presentasjon av hvilke tema det er kommunisert om, i den kontakten som har vært**

*Innholdet i kommunikasjonen forstås som å beskrive hva som er dokumentert tematisert mellom Familieambulatoriet og barnehager i den kontakten (brev, telefonsamtaler og møter) som har vært. For å sikre anonymisering av brukerne er innhold på kommunikasjon mellom Familieambulatoriet og de ulike barnehagene samlet i én tabell. Likedan er informasjon som kan ledes til enten mor eller far beskrevet som forelder. Jeg valgte å sette inn temaet «Psykisk helseutfordring» til tross for manglende skåre ut fra journal – valget er gjort ut fra at rus og/eller psykisk helseutfordring er inntakskriteriene til Familieambulatoriet og det bør fremkomme tydelig hvorvidt dette er snakket om i kommunikasjonen med barnehagen. Slik sett er mangel av funn, et funn.*

Tabell 2: *Innhold i kommunikasjon mellom Familieambulatoriet og barnehage.*

<b>Innhold</b>	<b>Foreldre</b>	<b>Barnet</b>	<b>Tverretattlig samarbeid</b>	<b>Praktisk info</b>
Veiledningsbehov/tilbud	27,59 % (16)			
Kriminalitet/vold	6,90 % (4)			
Rusutfordring	5,17 % (3)			
Samværsordning	3,45 % (2)			
Bolig	1,72 % (1)			
Psykisk helseutfordring	0 % (0)			
Utvikling		15,52 % (9)		
Behov for info og forutsigbarhet		3,45 % (2)		
Opplevelse av konflikt mellom foreldre		1,72 % (1)		
Barnehagens bekymring for barnet		1,72 % (1)		
Kontakt med barnevernstjeneste			8,62 % (5)	
Opprettelse av ansvarsgruppe			3,45 % (2)	
Fysioterapi			3,45 % (2)	
Helsestasjon			1,72 % (1)	
Sped-/småbarnsteam i BUP			1,72 % (1)	
Avklaring av møtetid/dato				8,62 % (5)
Info om hvilke instanser som er i saken				1,72 % (1)
Barnehage etterspør hvilke tiltak som er gjort				1,72 % (1)
Informasjon om Sjekkpunkt til barnehage				1,72 % (1)

n = 58

*Temaene i Tabell 2 er ordnet etter omfang, og presenteres i synkende rekkefølge både med tanke på de fire hovedkategoriene og så tematikken innunder hver enkelt av disse. Tallene i parentes viser hvor mange ganger det er funnet dokumentasjon på hvert enkelt tema.*

I kommunikasjonen som har foregått pr telefon, brev og møter mellom Familieambulatoriet og barnehager er det kommunisert mest om Temaet «Foreldre»; 26 (44,83 %) ganger, og den handler i hovedsak om foreldres veiledningsbehov (16 ganger /

27,59 %). Det er både snakket om foreldres behov for veiledning, hvilke tilbud som finnes, og hvordan veiledning kan utføres. Likedan er det dokumentert at det er gitt veiledning til foreldre.

Det kommer frem at rusutfordring er tematisert tre ganger (5,17 %), noe som skulle kunne bety at rus har vært utfordring hos alle tre brukere hvor det har vært kontakt mellom Familieambulatoriet og barnehagen. En nærmere analyse viser derimot at rus er tematisert tre ganger i samme barnehage. Det betyr at det i to av de tre barnehagene ikke er snakket om hvorfor familien har kontakt med Familieambulatoriet, da det ut fra dokumentasjon ikke er kommunisert om foreldres utfordringer med psykisk helse (0 %).

Tematikk knyttet direkte til «Barnet» er samlet kommunisert om 13 ganger (22,41 %) mellom Familieambulatoriet og barnehage. Denne kommunikasjonen handler ni ganger (15,52 %) om barnets utvikling, to ganger (3,45 %) om barnets behov for informasjon og forutsigbarhet, og i tillegg er barnets opplevelse av konflikt mellom foreldrene og barnehagens bekymring for barnet tatt opp. Samlet kommunikasjon om barnet utgjør omtrent halvparten (13/25) av antallet ganger tema knyttet direkte til foreldre er tematisert.

Funnene på innhold om «Tverretatlig samarbeid» viser at dette er snakket om 11 ganger (18,93 %). Dette gjelder i de fleste tilfeller, fem ganger (8,62 %), og i alle tre barnehager, om kontakt med barnevernstjenesten. Noe som samsvarer med funn fra hovedkoding om at mange av brukerne har kontakt med barnevernstjenesten. Ellers viser kommunikasjonen om tverretatlig samarbeid at det kan være behov for ansvarsgrupper (to ganger / 3,45 %), fysioterapeut (to ganger / 3,45 %), og at det er kontakt både opp mot helsestasjon og BUP v/ Sped- og småbarnsteamet. Kommunikasjon handler også om behovet for informasjon og ulike avklaringer. «Praktisk info» har tilsammen vært tematisert 8 ganger (13,79 %), derav fem ganger (8,62 %) om avklaring av møtedato/tid, og resten fordelt på ulik informasjon.

Omfanget av kontakt i denne studien er vist i antall, hvor brev, telefon og møter er gitt samme verdi. Dette betyr at omfang i tidsbruk ikke kan leses ut fra denne studien. Et møte varer erfaringsmessig lengre enn en telefonsamtale, men dette er det ikke tatt hensyn til her.

Et bifunn hos de tre brukerne det har vært kontakt mellom Familieambulatoriet og barnehage, er at det til sammen for de tre er dokumentert 34 (12/14/8) risikofaktorer i journal.

## 5. Drøfting

Drøfting av funnene deles inn på samme vis som presentasjon av resultater; omfang/form og innhold. I tillegg vil jeg diskutere resultatene i lys av det lovverk og den forskningsmessig empiri som ligger til grunn for studiet. Dette for å til slutt kunne trekke noen slutninger om Familieambulatoriets tilbud pr. i dag favner det å bidra til økt forståelse i barnets barnehage for familiens utfordringer, og mulig behov for å endre praksis.

### 5.1 Mengde og behovet for kontakt i lys av statlige føringer og forskning

I starten av studiet stilte jeg spørsmålet om Familieambulatoriets tidlige innsats rettet mot barn som vokser opp i familier med risikofaktorene rusmiddelmissbruk og/eller psykiske vansker/ lidelser hos foreldre, også bidrar til økt forståelse og kunnskap i barnets barnehage om familiens utfordringer. Dette baseres på tanken om at denne åpenheten kan gagne barnet ved at barnehagen kan virke som en beskyttelsesfaktor og støtte ekstra opp om barnet/familien og kompensere for eventuelle vansker i hjemmet (Brandtzæg, et.al., 2013; Kvello, 2015). I tillegg baseres det på lovverk om barn som pårørende (Helsepersonelloven; Spesialisthelsetjenesteloven), som omhandler å bidra til å gi nødvendig informasjon, etter samtykke fra pasienten, til de personer som utøver omsorg for barnet. Killén (2012) poengterer også behovet for åpenhet og samarbeid med barnehagen ut fra at barn merker tabuet, både hjemme og i nettverket, om å snakke om visse temaer. Hun beskriver det som samfunnets omsorgssvikt å møte disse barna med taushet, og at det bør være en selvfølge at barnehagen blir informert om krisesituasjoner i hjemmet, enten det dreier seg om psykisk eller somatisk sykdom. Studien legger til grunn at i de tilfeller det er tatt kontakt mellom Familieambulatoriet og barnehage har bruker gitt samtykke til dette, jfr. gjeldene lovverk om taushetsplikt som tidligere beskrevet (Helsepersonelloven; Spesialisthelsetjenesteloven; Forvaltningsloven; Straffeloven).

Det sentrale og interessante funnet i denne studien er at det i svært liten grad er kontakt mellom Familieambulatoriet og barnehager der barn av brukerne har barnehageplass. Dette til tross for at tilbudet er opprettet med fokus på å bedre barn i risiko sine oppvekstvilkår ved blant annet tverretattlig samarbeid med ulike instanser (fastlege, helsestasjon, NAV, osv.), viser studiet at det ikke er vanlig med kontakt/samarbeid med den instans som oftest møter barn og foreldre tilnærmet daglig; barnehagen. Det er dokumentert kontakt med kun tre av 24 barnehager (12,5 %) og omfanget er 31 kontaktpunkt med

fordelingen; 15 (48,39 %) møter, 14 (45,16 %) telefonsamtaler og tre (6,45 %) brev. Likedan tyder funnene på at det ved kontakt med barnehagen i liten grad, én av tre (33,33 %), kommuniseres om brukernes (foreldrenes) utfordringer med rus og eller psykisk helse.

Funnene støtter opp om min forforståelse om at Familieambulatoriet i for liten grad bidrar til å øke forståelsen og kunnskapen hos barnets omsorgspersoner i barnehagen om risikofaktorene rus og/eller psykisk helseutfordring hos foreldre, men var mer tydelig enn forventet. Det kan likevel ikke sies å være et sensasjonelt funn, da det ikke er verre enn det som er vanlig ut fra andre studier som omtaler at barnets behov/stemme har en tendens til å forsvinne (Barneombudet, 2017; Rimehaug et al., 2006; Skauge, 2010; Stang, 2007; Sølvsberg, 2011; Vis, 2015; Weimand et al., 2017). Det hadde likevel vært å håpe på, ut fra tilbudets hensikt, at Familieambulatoriet kom bedre ut. Funnet blir ytterligere spesielt siden Familieambulatoriet er relativt nyetablert og derved kunne lage strukturer og arbeidslinjer i tråd med nyere forskning og nye lovbestemmelser på nevnte område.

Et uventet funn, er tendensen som kommer frem om at barnehagene i større grad tar kontakt med Familieambulatoriet enn motsatt (tre mot to). Selv om dette når det gjelder statikk er snakk om meget «små tall», kan funnene tolkes som at barnehagen opplever det interessant og hensiktsmessig å opprette kontakt. Barnehagens kontakt er fundert på at brukeren selv har informert barnehagen om at de er tilknyttet Familieambulatoriet. Denne åpenheten er rimelig sjelden når det gjelder hjelpeapparatet, og kan tolkes som at Familieambulatoriet har lyktes i å etablere tillit og en god samarbeidsallianse med brukerne som derfor åpner opp for at barnehagen tar kontakt.

Det var også et uventet funn at det var så mange kontaktpunkt (31) mellom Familieambulatoriet og barnehager når det først var opprettet kontakt. Dette kan forstås som at behovet absolutt er tilstede, og at kontakten oppleves nyttig for både bruker, barnehage og Familieambulatoriet. Hvis man legger denne forståelsen til grunn, indikerer det for å utarbeide en prosedyre som sikrer kontakt mellom Familieambulatoriet og barnehagen, samtidig som en ivaretar muligheten for å kunne gjøre vurderinger tilpasset behovet til hver enkelt bruker og barn.

Et overraskende funn er antall brukere, 24 (40,7 %), i utvalget som har barnehageplass for sitt barn (Tabell 1, s. 27). Dette er vesentlig lavere sammenlignet med tall fra Nord-Trøndelag 2011, som tilsier at 94,1 % av alle barn mellom 1–5 år har barnehageplass. Er det slik at dette stemmer, eller kan det tenkes at den lave andelen kommer av at barnets stemme i

form av journalføring av om de har barnehageplass ikke er dokumentert i nesten halvparten (40,7 %) av journalene. Dette tilsier behov for at det tas grep for å innføre en standard om journalføring etter fylte ett år om barnet har barnehageplass eller ikke, og oppdatering ved endring. En annen forståelse av det lave antallet barn i barnehage, kan være at flere av barna i utvalget kan være yngre enn ett år ut fra at i overkant av en tredjedel av brukerne, 21 (35,59 %), startet oppfølgingen i perioden fra og med 2013 til og med 2014. Noe som vil bety at deres barn er født i løpet av 2013 eller 2014, og at flere av de da vil være under alder for ordinær barnehagestart i perioden for undersøkelsen. Det kan også være at kontakten med brukeren er avsluttet før barnet har begynt i barnehage.

En barnehageplass er en del av samfunnets universelle forebygging og vil i seg selv kunne virke positivt for barn og familier med sårbarheter. Men ved å sikre at barnehagen blir en samarbeidspart til Familieambulatoriet, og barnets og foreldrenes risikofaktorer blir gjort kjent, kan barnehagen tidlig utøve selektert innsats ovenfor disse barna. Dette vil være i tråd med endringer i samfunnet om at det ikke lengre skal være aksept for «vente–og–se» - holdning (Helsedirektoratet, 2017a; Kunnskapsdepartementet, 2017). Forskning tilsier at det tar tid før små barn utvikler symptomer, slik at de kan være vanskelig å oppdage tidsnok (Kvello, 2015; Rutter, 1979; Sameroff & Fiese, 2000).

Fokuset på tidlig innsats i barnehagen, jfr. Stortingsmelding «Framtidens barnehage» (Kunnskapsdepartementet, 2012–2013) og «Rammeplan for barnehagen» (Kunnskapsdepartementet, 2017), samsvarer med de føringer som legges til grunn for tidlig innsats og forebygging også i helsetjenesten ovenfor barn som vokser opp med sårbarheter og risikofaktorer, enten i seg selv, hos sine foreldre eller begge disse (Helsedirektoratet, 2017a). I tillegg er det i siste utgave av Rammeplan for barnehager (2017) tydeliggjort at barnehagen skal ha en helsefremmende og forebyggende funksjon, samt bidra til å utjevne sosiale forskjeller. Barnehagen skal også fremme barnas fysiske og psykiske helse (Kunnskapsdepartementet, 2017).

Havnes og Mogstad (2009) har dokumentert en positiv langtidseffekt av den norske barnehageutbyggingen på slutten av 1970-tallet; barnehage har store positive effekter på barnas utdanningsnivå og arbeidsmarkedstilknytning som voksen. Det øker sannsynligheten for at barn tar utdanning, får seg jobb og blir en del av samfunnet, og minsker sjansen for å ha behov for å motta stønader i voksen alder. Effekten er størst på barn i risikofamilier og barn av mødre med lav utdanning.

Ut fra såpass tydelige føringer fra både helse- og oppvekstsektoren, og forskning som viser at barn med risikofaktorene rus og/ eller psykiske vansker hos foreldre, har en betydelig forhøyet risiko for skjevutvikling (Haugland & Nordanger, 2015; Kvello, 2008; Rutter, 1979; Sameroff & Fiese, 2000; Torvik & Rognmo, 2011), er det underlig og betenkelig at det er såpass liten kontakt mellom Familieambulatoriet og barnehager som dette studiet viser. Spesielt med tanke på funn fra Delstudiet 2 (Holden et al., 2017), som tyder på at det i utvalget er gjennomsnittlig syv risikofaktorer i barnas liv, noe som vil gi en kumulativ effekt på risiko for skjevutvikling (Rutter, 1979), som indikere at behovet for tidlig innsats og forebygging i aller høyeste grad er tilstede.

Et økt fokus på hjernens utvikling og dens formbarhet ut fra tidlige erfaringer i livet (Ogden, 2015; Rye, 2007), styrket også behovet og viljen til tidlig innsats. Det at barnehagepersonalet er klar over barnets risikofaktorer kan også bidra til raskere igangsettelse av indikerte tiltak hvis barnets utviklingen tilsier et behov for dette. Det kan f.eks. være at barnet henvises til utredning og behandling hos sped- og småbarnsteamet ved BUP Levanger, samtidig som økt kunnskap om barn øker muligheten for å avdekke ulike vansker før barnet er 1 ½ år (Ammitzbøll, 2017; Elberling et al., 2014; Skovgaard, 2010).

«Å bidra til at alle barn får en god start i livet er det viktigste vi kan gjøre som samfunn», sa Kristin Halvorsen da hun var kunnskapsminister (Kunnskapsdepartementet, 2012–2013). Det ble i samme melding sagt at en god barndom varer hele livet, og at det er viktig at barnehagen tidlig oppdager og setter i gang tiltak ovenfor barn med særskilte behov. Indirekte kan dette forstås som at en dårlig barndom også varer hele livet hvis det ikke settes inn krefter i form av hjelpetiltak for å endre utviklingen.

Den kontakt som dette studiet setter fokus på krever, og innebærer, tverrfaglig (flerfaglig) og tverretatlig samarbeid mellom Familieambulatoriet og barnehager. Tverrfaglig samarbeid betegner samarbeid mellom ulike profesjoner, mens samarbeid mellom ulike sektorer og etater betegnes som tverretatlig samarbeid (Ueland, 2014). I dette studiet vil det bety tverrfaglig mellom helseansatte og pedagoger, og tverretatlig mellom Familieambulatoriet og barnehager.

Dette samarbeidet er ikke et mål i seg selv, men et middel eller en metode for å kunne øke sjansen for riktig innsats til rett tid ovenfor barna i Familieambulatoriet som befinner seg i risiko for skjevutvikling. Erdal og Glavin (2010) sier at samarbeid vil kunne bidra til at involverte instanser danner seg et mer helhetlig inntrykk av barnets situasjon enn om hver

instans kun har sine egne opplysninger ut fra sin kontakt med barnet og familien. Kvello (2017) beskriver flerfaglig (tverrfaglig) og tverretatlig samarbeid til å befinne seg på et kontinuum fra å opplyse involverte fagpersoner om at man jobber i en sak (laveste nivå) til å ha en tett, koordinert og samtidig innsats fra de profesjonelle (høyeste nivå), hvor brukermedvirkning skal gjennomsyre alle nivåer. Mellom laveste og høyeste nivå er det nivåer som omhandler ensidig eller gjensidig informasjonsutveksling, opplæring, veiledning og fordeling av arbeidsoppgaver (Kvello, 2017). Sett i lys av denne inndelingen kan funnene tolkes som at Familieambulatoriets arbeid som oftest ikke engang befinner seg på det laveste nivået innen samarbeid med barnehagene, som er å informere om at man er inne i en sak. Dette til tross for at en intensjon og ønske om økt samarbeid med barnehagene er vokst frem i Familieambulatoriet over tid. Det må her poengteres at studiet bygger på funn fra perioden 2011–2014, slik at resultatene kan ha blitt annerledes ved utvidelse av journalgjennomgang frem til og med 2016. Likedan bygger studiet på et lite utvalg ( $n= 59/246$ ), noe som gjør at funnene om samarbeid med barnehagen bare antyder en tendens.

Det kan se ut som at Familieambulatoriet til tross for ønske og intensjon om økt kontakt med barnehager ikke har implementert samarbeidet i det daglige arbeidet. Implementering, som kan kalles bindeleddet mellom forskning og praksis, krever en ledelse til å gjennomføre endringen, og det kan ta tid å før den er integrert i praksis (Gotvassli & Moe, 2014). Ulike faktorer kan være med på å fremme og hemme samarbeid, både tverrfaglig og tverretatlig. Dette kan være forhold som er strukturelle, organisatoriske eller mellommenneskelige (Ueland, 2014). Fornektelse av profesjonskamper og unngåelse av konflikter kan føre til dårlig flerfaglig samarbeid, mens å kommunisere åpent, respektere andres kompetanse og fokusere på løsninger fremfor problemer bidrar til godt flerfaglig samarbeid (Brown et al., 2011). Denne litteraturen er bare til en viss grad overførbar til dette studiet da det her ikke er funn av konflikter eller vansker i samarbeidet som preger helhetsbildet, men rett og slett stor grad av mangel på samarbeid.

Det kan være ulike grunner til at det er lite kontakt med barnehagene, og en av disse kan være at samtykkeskjemaet underskrives når det opprettes kontakt med brukeren (enten i svangerskapet eller innen åtte uker etter fødsel), og at det da oppleves fjernt og langt frem i tid, både for kontaktperson i Familieambulatoriet og bruker, å skulle avklare om barnehagen skal være en samarbeidspart i fremtiden. Så lenge det ikke ligger føringer eller prosedyrer på at temaet rutinemessig skal tas opp ved en senere anledning er det fare for at dette ikke blir gjort.



Erfaringsmessig kan taushetsplikten oppfattes som en urokkelig hindring som kan resultere i at tverretatlig samarbeid ikke igangsettes, uten at det er spurt de det gjelder om muligheten for samtykke. Dette viser at det ikke nødvendigvis er taushetspliktsbestemmelsene i seg selv som hindrer samarbeidet, men en redsel/ tanke om at den stopper oss slik at de muligheter som tross alt finnes ikke undersøkes. Ved å behandle brukerne med respekt, og ta dem med i en felles vurdering om hvilke opplysninger det er hensiktsmessig å dele faginstansene imellom, øker sjansene for at samarbeidet skal lykkes. En mulighet for unntak fra taushetsplikten, er å spørre brukerne om de samtykker til opphevelse av denne når barnet begynner i barnehagen for å muliggjøre et tverrfaglig samarbeid til barnets beste (Erdal & Glavin, 2010).

En annen mulig forklaring av lite kontakt, kan være at det i en travel hverdag ikke prioriteres å sett av tid til å kontakte barnehager. Tidskapasitet er også et spørsmål om de rammer ledelsen ved BUP Sykehuset Levanger legger for tilbudet i form av ressurser, både innen antall ansatte og føringer på hvilke oppgaver som skal prioriteres. Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008–2009) trådte i kraft fra januar 2012 og legger føringer for en sammenhengende og koordinert helsetjeneste mellom kommuner og sykehus, hvor pasienten (her brukeren) skal oppleve å bli ivaretatt på en helhetlig måte. Ut fra en vid forståelse av samhandlingsreformen er det et ledelsesansvar å tilrettelegge på systemnivå for et tverretatlig samarbeid mellom Familieambulatoriet og barnehager til beste for barnet.

Det kan også være at det er lite kontakt ut fra en interessekonflikt mellom hva Familieambulatoriet anser som barnets beste og hva brukeren mener er best for seg selv og sin families situasjon. Dette kan gjøre seg gjeldende med tanke på barnets behov for at omsorgspersoner i barnehagen har kunnskap om familiens utfordringer, og brukerens mulige ønske om å ikke involvere barnehagen. Foreldre kan tenke at egne problem med psykisk helse og/eller rus ikke er noe barnehagens personell trenger å vite om, fordi de som foreldre tror at barnet ikke merker at de sliter. Dette stemmer overens med de funn Skauge (2010) viser til om at voksne kan tenke at barnet skånes ved å ikke bli involvert.

Brukerens behov for å mestre sitt foreldreskap kan således komme i konflikt med barnets interesse. Det kan tenkes at dette oppleves annerledes ved alvorlig somatisk sykdom da barn av foreldre med psykisk sykdom eller rusavhengighet oftere blir lest/tolket inn i et risiko/avviksmessig syn på barnet, i motsetning til barn med foreldre som er somatisk syke, hvor diskursen oftere går i retning av at barna er sårbare/offer (Ytterhus, 2012).

## 5.2 Tanker og drøftinger om innholdet i kommunikasjonen mellom Familieambulatoriet og barnehager

I halvparten (tre av seks) av journalene hvor det i hovedkodingen var skåret ut for kontakt, mangler det ut fra hovedkoding dokumentasjon på form eller innhold av denne. Dette kan på den ene siden forstås som at form og innhold i kontakten med barnehagen ikke er et prioritert tema i ansattes dokumentasjon i journal. Hvis dette er tilfelle, vil det kunne resultere i mindre pasientsikkerhet ved at brukeren selv, eller nye behandlere, ut fra en journalgjennomgang ikke vil kunne finne informasjon om hvordan og om hva kontakten med barnehagen har bestått av. Med tanke på helseansattes dokumentasjonsplikt (Helsepersonelloven) kan manglende funn indikere et behov for en presisering av denne plikten. En annen forklaring kan være at det er skåret av for kontakt med seks barnehager, men at det reelle tallet *er* tre barnehager, og at det er riktig dokumentert i journal. Dette er det vanskelig å si noe sikkert om, men min erfaring med at det er lite kontakt mellom Familieambulatoriet og barnehager tilsier at det siste er mest sannsynlig forklaring.

Et uventet funn knyttet til innholdet i kommunikasjonen mellom Familieambulatoriet og barnehagene, er at det snakkes mer om foreldrene (44,83%) enn om barna (22,41%). Dette er spennende ut fra at både Familieambulatoriet og barnehager ut fra tilbudenes hensikt skal ha barnet i fokus. Funnet samsvarer med litteratur/forskning som tidligere omtalt i studiet om at barnets stemme kontinuerlig står i fare for å forsvinne eller blekne ved at fokuset flyttes over på den voksne (Barneombudet, 2017; Rimehaug et al., 2006; Skauge, 2010; Stang, 2007; Sølvsberg, 2011; Vis, 2015; Weimand et al., 2017).

Det er brukernes (foreldres) behov for veiledning, 16 (27,59 %), som er oftest tematisert. Dette støtter opp om den forskning og de statlige føringene som tidligere er beskrevet i masteroppgaven om at det innebærer risiko for barnets utvikling å vokse opp med foreldre som har utfordringer innen rus og/eller psykisk helse. (Folkehelseinstituttet, 2009; Haugland & Nordanger, 2015; Kvello, 2008; Rutter, 1979; Sameroff & Fiese, 2000; Skovgaard, et al., 2008).

Fokuset på veiledningsbehov hos brukeren trenger ikke komme av at barnet har en væremåte som krever det, men at foreldrene mangler indre arbeidsmodeller for hvordan være foreldre ut fra at de selv ofte forteller om en vanskelig oppvekst. Killén (2000) omtaler dette som at «barndommen varer i generasjoner» ut fra at barn utvikler indre arbeidsmodeller for hvordan omsorgsgiverroller skal være og barnet utvikler samspillsstrategier som også

overføres til nye relasjoner. Dette danner bakteppet for foreldrefungering. I de familier hvor foreldre har utfordringer med enten rus og/eller psykiatri eller andre risikofaktorer, som brukerne i Familieambulatoriet, vil det kunne gå utover foreldrefungeringen i ulik grad. Det vil være vanskelig å være sensitiv for barnets signaler hvis man som voksen, i perioder, har mer enn nok med egne vansker. Samtidig kan en annen tolkning av den voksnes veiledningsbehov, si å handle om barnet, da økt foreldrefungering skal komme barnet til gode.

Funnene viser også at det i kommunikasjonen mellom Familieambulatoriet og barnehager nødvendigvis ikke snakkes om *hvorfor* brukerne kan ha økt behov for veiledning; at årsaken kan ligge i deres utfordring med rus og /eller psykisk helse. Denne slutningen trekkes ut fra at de 3 funn (5,17 %) som omhandler kommunikasjon om rusutfordring, etter en nærmere analyse av dataene, viser seg å ha vært i én og samme barnehage. Det vil si at det i de to andre barnehagene, ut fra dokumentasjon, ikke er kommunisert verken om rus eller psykisk helseutfordring hos foreldrene. Dette kan tolkes som at det ikke snakkes om «elefanten» i rommet. En mulig forklaring kan være at foreldre har ønsket at dette ikke snakkes om/tematiseres ut fra en engstelse for hvordan informasjonen mottas av personalet i barnehagen. En studie utført av Gullstett, Kim og Borg (2014), viser til at personer med utfordring innen psykisk helse fremdeles opplever seg stigmatisert og at de må slåss mot fordommer. Dette kan tyde på at det til tross for mer åpenhet om psykisk helse i samfunnet generelt, fremdeles er vanskelig å fronte dette individuelt.

Barnets utvikling har vært i fokus ni (15,52 %) ganger, og det er én gang tematisert bekymring for barnet. Ut fra forskning som tilsier at det kan ta tid før barnet utvikler symptomer på å lide overlast (Kvillo, 2015), kan dette tolkes som at det de fleste ganger har vært aldersadekvat utvikling, til tross for de betydelige risikobelastningene i familien.

Funnene som viser at tverretattlig samarbeid er det kommunisert om elleve (18,96 %) ganger, derav barnevernstjenesten flest ganger; fem (8,62 %). Det samsvarer med funn i Delstudiet 2 som viste at 18 (30,51 %) fra utvalget i denne studien har kontakt med barnevernet, mens tall fra Statistisk Sentralbyrå viser at 1,96% av alle barn mellom 0–2 år på landsbasis hadde tiltak fra barnevernstjenesten i 2012 (Holden, et al., 2017). Dette betyr at det er en forhøyet forekomst av kontakt/tiltak fra barnevernstjenesten når det gjelder brukergruppen i Familieambulatoriet sammenlignet med landsgjennomsnittet, noe som ut fra inntakskriteriene i tilbudet vil være naturlig. Det er samtidig viktig å påpeke at det ikke er noen automatikk i at bruker har behov for hjelpetiltak fra barnevernstjenesten selv om de har

oppfølging fra Familieambulatoriet. Det avhenger av former for og balansen mellom risiko- og beskyttelsesfaktorer i deres tilværelse.

I Familieambulatoriet brukes det tid på å bygge broer tilbake til barnevernstjenesten, da en del av brukerne forteller om vonde opplevelser og erfaringer med denne tjenesten fra egen barndom. Mange uttrykker stor engstelse over å miste omsorgen for sine barn. Familieambulatoriet jobber med å legge til rette for å etablere kontakt mellom bruker og barnevernet ved å motivere for å motta hjelp, og tilby oss å delta sammen med foreldre i møter. Samtidig snakkes det åpent om den varsling- og meldeplikt som Familieambulatoriet er pålagt via lovverket. De fleste ganger lykkes det å ta kontakt med barnevernet sammen med bruker, andre ganger må det sendes bekymringsmelding uten samtykke.

Lov om barnevernstjenester § 1-1 fremhever at barn som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling skal få nødvendig hjelp og omsorg i rett tid. Selv om lovteksten inneholder en *skal*-bestemmelse, oppstår det erfaringsmessig ofte et dilemma i det å finne eller komme til en felles forståelse, om behovet for, og hva som er nødvendig hjelp og omsorg i rett tid. Dette kan gjelde både mellom ulike hjelpeinstanser, og mellom hjelpeinstanser og foreldre.

Noen ganger kan oppfatningen av hvilken informasjon som er viktig å viderebringe til barnehagen, kanskje spesielt når det gjelder utfordringene knyttet til psykisk helse og rus, være ulik. Min erfaring i møte med brukerne av Familieambulatoriet, som ofte selv forteller om egen oppvekst med foreldre med utfordringer, er at de savnet at noen snakket med dem som barn. Savnet var at noen satte ord på situasjonen for dem. De husker at de som barn kjente, og skjønnte, at det var noe som ikke stemte hjemme, men at det ikke ble snakket om. Dette kan forstås som at de ble påført, eller påførte seg selv, et forbud mot å snakke om problemet. Eller de trodde at det var de selv som var skyld i vanskene; at de selv var selve problemet; «hadde jeg bare ikke sølt på golvet eller vært snillere, så hadde sikkert mamma vært frisk ...». Til tross for disse minnene og tankene kan de ha motforestillinger om åpenhet når de selv er blitt foreldre. Dette gjør at det også krever mot av de ansatte i Familieambulatoriet; mot til å ta barnets perspektiv, og mot til å snakke med foreldre om det vanskelige; at foreldrenes egne utfordringer kan påvirke barnets hverdag slik at det kan ha behov for ekstra støtte og oppfølging.

## 6. Avslutning

I avslutningen gjøres det rede for måloppnåelse og noen svakheter ved studiet, tanker om behov for endringer av praksis i Familieambulatoriet presenteres og det pekes på forslag til fremtidige studier på Familieambulatoriet som tilbud.

### 6.1 Måloppnåelse og svakheter i studiet

Jeg gikk inn i dette studiet med et ønske om å belyse om Familieambulatoriets tidlige innsats rettet mot barn som vokser opp i familier med risikofaktorene rusmiddelmisbruk og/eller psykiske vansker/lidelser hos foreldre også bidrar til økt forståelse og kunnskap i barnets barnehage om familiens utfordringer. Dette ut fra teori om at denne åpenheten kan gagne barnet (Brandtzæg et al., 2013; Killén, 2012; Kvello, 2010), og at gjeldende lovverk om barn som pårørende (Helsepersonelloven; Specialisthelsetjenesteloven), handler om å bidra til å gi nødvendig informasjon, etter samtykke fra pasienten, til de personer som utøver omsorg for barnet. Likedan viser forskning at barn som vokser opp med foreldre som har utfordringer med rus og/ eller psykisk helse har en forhøyet risiko for skjevutvikling, og at utfordringer i relasjonen mellom foreldre og barn er en vesentlig faktor for at barnet har en forhøyet sjanse til å utvikle egne vansker (se kap. 2.1, s.8). Det er ut fra dette hensiktsmessig å sette inn hjelpetiltak tidlig både med tanke på effekt, etikk og økonomiske hensyn (Carter, Briggs–Gowan & Davis, 2004; Heckman, 2006; Holthe, 2012; Kvello, 2007; Zeanah & Gleason, 2009).

Hensikten med min forskning var å gi et oversiktsbilde på klinisk praksis av kommunikasjon mellom Familieambulatoriet Levanger og barnehager hvor barn tilknyttet Familieambulatoriet har plass, som et grunnlag for å vurdere behov for endring av praksis. For å belyse dette utarbeidet jeg problemstillingen: «Hvordan er omfanget av, innholdet i og formen på kommunikasjonen mellom Familieambulatoriet Levanger og barnehager der barn av Familieambulatoriets brukere går?»

Målet om å belyse kontakten mellom Familieambulatoriet og barnehager er nådd, med forbehold om at det beskriver en tendens ut fra at funnene er basert på et lite utvalg av Familieambulatoriets brukere. Hovedfunnet er at Familieambulatoriet svært sjelden tar kontakt med barnehager, og i liten grad ut fra gjeldende lovverk og føringer bidrar til at de

som utøver omsorg for barnet, her barnehageansatte, blir gjort kjent med de risikofaktorer som en oppvekst med rus og/eller psykiske vansker hos foreldrene er for barnet.

En svakhet ved studiet er som nevnt at den bygger på et lite utvalg, ( $n = 59/246$ ). Funnene kan ut fra dette ikke generaliseres til å gjelde for Familieambulatoriet Levangers brukere generelt, eller tilbudets kontakt med barnehagene. Det er viktig å poengtere at resultatene fra Familieambulatoriet Levanger heller ikke kan overføres til å beskrive andre Familieambulatoriers praksis på landsbasis.

En annen svakhet er at funnene baserer seg på dokumentasjon i journal, og at dette er et system som er avhengig av hva den ansatte prioriterer å skrive inn. Det kan være slik at detaljer eller hendelser ikke er dokumentert, for eksempel på grunn av forglemmelse, tidspress eller behandlerens fokus.

En tredje og siste svakhet jeg velger å trekke frem, er at innhenting av data ble gjort av tre ulike personer, og at dette til tross for godkjent kappa-verdi vil kunne gi ulik tolkning av skåring av data.

## **6.2 Behov for endring av praksis**

Funnene i undersøkelsen viser at det er lite kommunikasjon mellom Familieambulatoriet Levanger og de barnehager hvor barn av Familieambulatoriets brukere går. Resultatene kan tyde på at det pr. undersøkelsestidspunkt (2011–2014) var tilfeldig om det ble tatt kontakt, og i forhold til hvilke brukere det ble tatt kontakt om, likedan hva det ble kommunisert om. Min opplevelse av hvordan kontakten er i dag tilsier at det til tross for økt bevissthet om behovet, og at vi er skjønt enige om dette, ikke utføres en annen praksis enn studiet viser.

Dette tydeliggjør et stort behov for å utarbeide en prosedyre for endring av klinisk praksis i Familieambulatoriet. For å sikre at statlige føringer etterfølges og forskning på området kommer til syne i det kliniske arbeidet må ledelsen sikre at tverrfaglig samarbeid med barnehager implementeres i Familieambulatoriets tilbud. Kontakten bør som minimumskrav komme opp på det Kvello (2017) rangerer som det laveste nivå av samarbeid; informere barnehagene om at Familieambulatoriet er inne i saken. Det må også legges føringer for hvilke temaer som bør kommuniseres om, ut fra betydningen av at risiko- og resiliensfaktorer i barnets omsorgssystem blir kjent. Dette for at barnehagen skal ha best

mulig forutsetning for å kunne bidra mest mulig hensiktsmessig fra starten av til beste for barnets utvikling. Barnet har ingen tid å miste, og det er derfor viktig at instanser som innehar viktig informasjon om familiens situasjon er seg sitt ansvar bevisst med tanke på å ta kontakt med barnehagene sammen med foreldre.

### **6.3 Forslag til framtidig forskning**

Det er forsket lite på Familieambulatoriet som tilbud, og hvilken effekt tiltaket har med tanke på å bedre oppveksten til barn som pårørende til foreldre med utfordringer innen rus og/eller psykisk helse. Ut fra dette er det viktig at det forskes mer på tilbudet.

Denne undersøkelsen kan gjentas etter at kontakt med barnehager er implementert i Familieambulatoriets tilbud for å se om økt fokus vil gi synlige statistiske resultater i form av økte funn. En annen mulighet er å utføre en kvalitativ studie ved å intervju foreldre i Familieambulatoriet og barnehagepersonalet der kontakt er blitt etablert, for å finne hvilke erfaringer og opplevelser dette gir med tanke på forebygging, tverretattlig og tverrfaglig samarbeid.

Det er også interessant å se på langtidseffekten av Familieambulatoriet ved å undersøke mengde re-henvisninger til BUP i skolealder. Vil økt fokus, åpenhet og tidlig tilrettelegging i forhold til risikofaktorene i barnehagealder føre til minsket behov for utredning/behandling i skolealder, eller kan det også føre til raskere/økte henvisningstall ved at risikofaktorene tidlig er gjort kjent?

Et annet viktig tema som bør forskes på, er om Familieambulatoriet som tilbud bidrar til at *barnet* blir snakket med om foreldrenes utfordring og at barnet får den informasjon som de etter gjeldende lovverk om barn som pårørende har krav på (Helsepersonelloven; Spesialisthelsetjenesteloven). Dette ut fra studier og rapporter som viser at barn i liten grad blir snakket med, eller hørt, om sin situasjon (Barneombudet, 2017; Rimehaug et al., 2006; Skauge, 2010; Stang, 2007; Sølvsberg, 2011; Vis, 2015; Weimand et al., 2017).

### **6.4 Sluttord**

Til sist vil jeg påpeke at en økt forståelse i systemet rundt barnet/familien kan være like viktig som å tro at man kan redusere symptomene i barnet/familien. Økt forståelse kan

gjøre det enklere å være barn ved at viktige personer rundt familien får et ekstra fokus på barnet, noe som i seg selv kan bidra til å bedre barnets hverdag.

Sunn fornuft, i tillegg til statlige føringer, forskning og økonomiske perspektiver støtter at det må handles ut fra risiko, og at det ikke skal ventes på symptomene – da kan det være for sent, og barnet og foreldrene har muligens mistet mange erfaringer av å lykkes i livet sitt. Vi må ta inn over oss betydningen av at dagens foreldre er sine barns barndom!

Jeg ønsker at mitt studie kan føre til en større åpenhet og tverrfaglig/tverretatlig samarbeid om foreldres utfordringer innen rus/ og eller psykisk helse mellom Familieambulatoriet og barnehager. Barnehageansatte trenger informasjon og kunnskap om foreldres utfordringer innen rus og/eller psykisk helse, statlige føringer krever det og forskning støtter behovet. Vi må snakke om det! – til barnets beste. Barnehagens behov for å vite handler om å best og tidligst mulig kunne støtte og ivareta barnets utvikling, ikke stille egen nysgjerrighet ... «*Need to know, not nice to know!* »

Som avslutning velger jeg å låne Helse- og omsorgsminister Bent Høies ord:

### **Vær nå litt voksen!**

Vi sier det til barna våre rett som det er.  
Som oftest når vi vil ha dem til å slutte med noe.  
Slutte å mase. Slutte å søle. Slutte å slåss.  
Noen barn er voksne uten at de blir bedt om det.  
De maser ikke. De søler ikke. De slåss ikke.  
De gjør mye annet. De rydder. De passer småsøsken. De trøster mor eller far.  
Og de trøster seg selv.  
De bruker ikke bare krefter på å gjøre en voksens jobb.  
Mange av dem bruker også krefter på å skjule at noe er galt, for omverdenen.  
De tror at det å be om hjelp er ensbetydende med å svikte mamma eller pappa.  
Derfor sier mange av disse barna aldri ifra om at de sliter.  
Alle voksne har ansvar for å varsle hvis de mistenker at barn lider overlast.  
Naboen som stusser over at jenta i etasjen over går ut i sommerkjole midt på vinteren.  
Læreren som legger merke til at den skoleflinke gutten i 5B har sluttet å gjøre lekser.  
Helsepersonell har et helt spesielt ansvar.  
Når de møter en voksen som er alvorlig syk, plikter de å undersøke om han eller hun har barn, og forsikre seg om at de blir fulgt opp.  
Helsepersonell som møter unge pårørende, må bruke både øyne og ører.  
De må høre det som ikke blir sagt. De må se det som ikke synes.  
Disse barna må slippe å være voksne.  
Derfor må noen andre være det.

(Høie, 2015)



## Litteraturliste

### Bøker og forskningsmessig empiri:

- Ammitzbøll, J. (2017). *Identification of mental health problems in a general population of infants – Feasibility and validity of a new measure for use in the existing community health nurses' child health surveillance*. København: Doktorgradsavhandling ved Universitetet i København.
- Antonowsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Josey-Bass.
- Barry, B.B & Jenkins, R. (2007). *Implementing Mental Health Promotion*. Philadelphia: Elsevier Health Sciences.
- Bjørger, D. & Westerlund, H. (2012). *Bruker spør bruker evaluering : Familieambulatoriet helse Nord-Trøndelag : brukere og samarbeidspartnerens erfaringer*. Trondheim: Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling Midt-Norge.
- Brandtzæg I., Smith, L. & Torsteinson, S. (2011): *Mikroseparatorasjoner. Tilknytning og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Brandtzæg, I., Torsteinson, S. & Øiestad, G. (2013). *Se barnet innenfra : hvordan jobbe med tilknytning i barnehagen*. Oslo: Kommuneforl.
- Brown, J., Lewis, L., Ellis, K., Stewart, M., Freeman, T.R. & Kasperski, M.J. (2011). Conflict on interprofessional primary health care teams can it be resolved? *Journal of Interprofessional Care*, 2011, 25(1), 4–10. doi:10.3109/13561820.2010.497750
- Carter, A.S., Briggs-Gowan, M.J., & Davis, N.O. (w2004). Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: Recent advances and recommendations for practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 109–134.
- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode* (2 utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Elberling, H., Linneberg, A., Olsen, E.M., Houmann, T., Rask, C.U., Goodman, R., & Skovgaard, A.M. (2014). *Infancy predictors of hyperkinetic and pervasive developmental disorders at ages 5–7 years: Results from the Copenhagen Child Cohort CCC2000*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55, 1328–1335.
- Erdal, B. & Glavin, K. (2010): *Tverrfaglig samarbeid i praksis – til beste for barn og unge i Kommune-Norge*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Gotvassli, K.Å., Moe, T. (2014). Endringsledelse i barnevernet. I Ø. Kvello & T. Moe (red.), *Barnevernledelse* (s. 41–58). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Gullslett, M.K., Borg, M., Kim, H.S. (2014). *Service users' experiences of the impact of mental health crisis on social identity and social relations*. Hentet fra <https://psykologisk.no/sp/2014/08/e2/>
- Haugland, B.S.M. (2012). Familiefungering og psykososiale problemer hos barn av alkoholmisbrukende foreldre. I B.S.M. Haugland, B. Ytterhus & K. Dyregrov (red.), *Barn som pårørende* (s. 82–106). Oslo: Abstrakt.
- Haugland, B.S.M. & Nordanger, D.Ø. (2015). Utviklingstraumer som forståelsesramme for tiltak for barn av rusmisbrukere. I S. Gjesdahl (red.), *Familier i motbakke. På vei mot bedre støtte til barn som pårørende* (s. 159–173). Bergen: Fagbokforlaget
- Havnes, T. & Mogstad, M. (2009). Er barnehage bra for barna?. *Økonomiske analyser*, 28(4), 42–48. Hentet fra [https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/oa\\_200904/oa2009-4.pdf](https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/oa_200904/oa2009-4.pdf)
- Heckman, J.J. (2006). Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. *Science (New York, N.Y.)*, 312(5782), 1900.

- Heiervang, E., Stormark, K.M., Lundervold, A.J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M.-B., . . . Gillberg, C. (2007). Psychiatric Disorders in Norwegian 8- to 10-Year-Olds: An Epidemiological Survey of Prevalence, Risk Factors, and Service Use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(4), 438.
- Holden, K.F., Ingul, J.M., Steinsli, K., Wold, J.E. & Rimehaug, T. (2017). *Beskrivelse av brukere av Familieambulatoriet på Innherred, Nord-Trøndelag*. Upublisert manuskript.
- Holte, A. (2012). *Ti prinsipper for forebygging av psykiske lidelser*. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(7), s. 693–695.
- Høie, B. (2015). Vær nå litt voksen! I S. Gjesdahl (red.), *Familier i motbakke. På vei mot bedre støtte til barn som pårørende* (Forord). Bergen: Fagbokforlaget
- Killén, K. (2000). *Barndommen varer i generasjoner: forebygging er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Killén, K. (2007) *Barndommen varer i generasjoner: forebygging er alles ansvar* (2.utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Killén, K. (2012). *Forebyggende arbeid i barnehagen : samspill og tilknytning*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Kristofersen, L.B. (2007). *Tilgjengelighet og samarbeid: mer fleksible hjelpetjenester? Opptrappingsplanen for psykisk helse, BUP og barnevern* (NIBR-rapport 2007:13). Hentet fra <http://www.hioa.no/extension/hioa/design/hioa/images/nibr/files/filer/2007-13.pdf>
- Kvello, Ø. (2007). *Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvello, Ø. (2008). *Oppvekst: om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvello, Ø. (2010). *Barn i risiko: skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko: skadelige omsorgssituasjoner* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvello, Ø. (2017). (under publisering). Hvorfor kloke hoder ikkje jobber flerfaglig eller tverretattlig. I H. Omdal & R. Thygesen (red.), *Profesjonelt samarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Langdridge, D., Tvedt, S.D. & Røen, P. (2006). *Psykologisk forskningsmetode : en innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Trondheim: Tapir.
- Mathiesen, K.S., (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Del 2: Barn og unge*. (Folkehelseinstituttet, Rapport 2009:8). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/moba/pdf/rapport-20098-pdf-.pdf>
- Nesvåg, S. (2017). *Hvordan kan man definere rusmisbruk? Er det store kulturelle forskjeller I hva man oppfatter som misbruk?*. Helsedirektoratet. Hentet fra <http://www.forebygging.no/spm-og-svar/1-KultrurEtinisitet/Hvordan-kan-man-definere-rusmisbruk-Er-det-store-kulturelle-forskjeller-i-hva-man-oppfatter-som-misbruk/>
- Norsk Helseinformatikk AS. (2016). *Rus og psykiatri (ROP-lidelse)*. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/alkohol/rus-og-psykiatri-rop-lidelse/>
- Norsk Psykolog Forening. (2017). *Fakta om psykiske lidelser*. Hentet fra <https://www.psykologforeningen.no/publikum/fakta-om-psykiske-lidelser>.
- Nugent, J.K., Keefer, C.H., Minear, S., Johnson, L. & Blanchard, Y. (2007). *Understanding Newborn Behavior and Early Relationships : The Newborn Behavioral Observations (NBO) System Handbook*. Baltimore, United States: Brookes Publishing Co.
- Nyseter, T. (2017). *Velferd på avveie. Reformer, verdier, veivalg*. Res Publica.

- Ogden, T. (2015). *Sosial kompetanse og problematferd blant barn og unge*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., Marvin, R.S. & Jahr, M.-C. (2015). *Trygghetssirkelen : en tilknytningsbasert intervensjon : om å fremme tilknytningen i tidlige foreldre-barnforhold*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rimehaug, T., Børstad, J.M., Helmersberg, I. & Wold, J.E. (2006). De «usynlige» barna. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 126(11), 1493–1494.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In M. W. Kent & J.E. Rolf (red.), *Primary Prevention of psychopathology*, Vol.3: *Sosial Competence in children* (s. 49-74). Hanover, NH: University of New England Press.
- Rye, H. (2007). *Barn med spesielle behov. Et relasjonsorientert perspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sameroff J. A. & Fiese E. B. (2000). Transactional Regulation. I J.P. Shonkoff & S.J. Meisels (red.), *Handbook of Early Childhood Intervention. The developmental Ecology of Early Intervention*. (s.135–159). Cambridge: Cambridge University Press.
- Schancke, V.A. (2005). *Forebyggende og helsefremmende arbeid, fra forskning til praksis : en kunnskapsoppsummering med råd og anbefalinger*. Skriftserie fra Nordnorsk kompetansesenter-rus, Vol. 1/2005.
- Skauge, B. (2010). *Er det noen som vil høre på meg?: har endringer i barnevernloven, organisering av kommunale tjenester og innføring av nytt fagdataverktøy, der fokus har vært økt brukermedvirkning og deltakelse fra barnet, medført endringer i praksis?: blir barnets stemme mer fremtredende*. Trondheim: Mastergradsavhandling, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Hentet fra <http://ntnu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:402461>
- Skovgaard, A.M. (2010). *Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood – An epidemiological study*. København: Doktorgradsavhandling ved Universitetet i København.
- Skovgaard, A.M., Olsen, E.M., Christiansen, E., Houmann, T., Landorph, S.L., Jorgensen, T. & the CCC 2000 Study Group (2008). Predictors (0-10) months of psychopathology at age 1 ½ years - a general population study in The Copenhagen Child Cohort, CCC 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(5) 553–562. Hentet fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-7610.2007.01860.x/full>
- Stang, E. G. (2007). *Det er barnets sak. Barnets rettstilling i sak om hjelpetiltak etter barnevernloven §4-4*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Svensson, B., Svensson, J. & Tops, D. (1998). *Att komma för sent så tidigt som möjligt : om prevention, ungdomkultur och droger* (Vol. 34). Helsingfors: NAD.
- Sølvberg, H.A. (2011). *Oppvekst med psykiske lidelser hos nære pårørende. Samtalegruppen som frigjørende redskap*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Torvik, F.A. & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser* (Vol. 2011:4). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Ueland, S.O. (2014). Ledelse av barnevern til godt tverrfaglig og tverretattlig samarbeid. I Ø. Kvello & T. Moe (red.), *Barnevernledelse* (s. 88–103). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Vallesverd, V.U. (2014). Joda, vi har unge omsorgsgivere i Norge. I V.U. Vallesverd & I.K. Thorsen (red.), *I for store sko. En tekstsamling om barn i omsorgsroller*. (s.10–18) Stavanger: Hertevig Forlag.
- Vik, S. (2015). Tidlig innsats i skole og barnehage: Forutsetninger for forståelser av tidlig innsats som pedagogisk prinsipp: Phd. Hentet fra [http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/298860/Ph\\_d5%20Vik.pdf](http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/298860/Ph_d5%20Vik.pdf).

- Vis, S.A. (2015). *Factors that determine children's participation in child welfare decision making*. Tromsø: doktorgradsavhandling ved UiT Norges arktiske universitet, Tromsø.
- Weimand, B.M., Billehaug, I., Faugli, A. & Kufås, E. (2017). *Når lyset knapt slipper inn – en studie av Chat samtaler med barn og ungdom som har foreldre med rusmiddelproblemer*. Hentet fra <http://www.barweb.no/wp-content/uploads/2016/05/Na%CC%8Ar-lyset-knapt-slipper-inn-BARsnakk.pdf>
- Wichstrom, L., Berg-Nielsen, T.S., Angold, A., Egger, H.L., Solheim, E. & Sveen, T.H. (2012). Prevalence of Psychiatric Disorders in Preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(6), 695–705. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02514.x
- Ytterhus, B. (2012). *Hva er et "pårørende barn"? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid*. I B.S.M. Haugland, B. Ytterhus & K. Dyregrov (red.), *Barn som pårørende* (s. 18–43). Oslo: Abstrakt.
- Zeanah, P.D., & Gleason, M.M. (2009). *Infant mental health in primary health care. I: C.H. Zeanah (red.), Handbook of infant mental health* (3. utg., s. 549–563). New York: The Guilford Press.

### **Lovverk og offentlige dokumenter:**

- Barne- og familiedepartementet. (2003). *FNs konvensjon om barnets rettigheter : vedtatt av De forente nasjoner 20. november 1989, ratifisert av Norge 8. januar 1991 : revidert oversettelse mars 2003 med tilleggsprotokoller*
- Barnehageloven. (2005). *Lov om barnehager*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-64?q=barnehageloven>.
- Barneombudet. (2017). *Barneombudets supplerende rapport til FNs barnekomitè. Barns rettigheter i Norge – 2017*. Hentet fra [http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2017/10/bosupplerende\\_norsk.pdf](http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2017/10/bosupplerende_norsk.pdf)
- Barnevernloven. (1992). *Lov om barnevernstjenester*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100?q=barnevernloven>.
- Finansdepartementet. (2012–2013). *Statsbudsjettet for budsjettåret 2013*. (Prop 1 S 2012–2013). Oslo: Det kongelige Finansdepartementet.
- Folkehelseinstituttet. (2009). *Psykiske lidelser i Norge : et folkehelseperspektiv Rapport* (Nasjonalt folkehelseinstitutt : online), Vol. 2009:8.
- Folkehelseinstituttet. (2015a). *Fakta om psykiske plager og lidelser hos voksne*. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/psykiske-plager-og-lidelser-hos-vok/>
- Folkehelseinstituttet. (2015b). *Psykisk helse hos voksne*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/psykisk-helse-hos-voksne---folkehel/>
- Folkehelseinstituttet. (2016). *Folkehelse rapporten. Ruslidelser i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/ruslidelser-i-norge---folkehelserap/>
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelse>.
- Forvaltningsloven. (1967). *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10?q=forvaltning>.
- Grunnloven. (1814). *Lov om Kongeriket Norges Grunnlov*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17?q=norges%20grunnlov>.
- Helsedirektoratet. (2010a). *Barn som pårørende*. (IS-5/2010). Oslo Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/414/Barn-som-pareorende-IS-5-2010.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2010b). *Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet*. (IS-1742). Oslo.

- Helsedirektoratet. (2017a). *Pårørendeveileder. Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. (IS- 2587). Oslo.
- Helsedirektoratet. (2017b). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2016*. (IS-2611). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1298/IS-2611-Aktivitetsdata-PHBU-2016.pdf>
- Helse Midt-Norge RHF. (2016). Kunsten å forebygge fra første stund. *Helse, nr 01*, 29-31.
- Helse Nord-Trøndelag. (2017). Hentet fra <https://hnt.no/avdelinger/klinikk-for-kvinne-barn-og-familie/barne-og-ungdomspsykiatrisk-avdeling>
- Helse Nord-Trøndelag Sykehuset Levanger. (2013). Velkommen til Familieambulatoriet - en god start. . I H.N.-T.S. Levanger (red.). Verdal.
- Helse – og omsorgsdepartementet. (2002–2003) *Resept for et sunnere Norge*. (Meld.St.16 2002-2003). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2002-2003-/id196640/>
- Helse – og omsorgsdepartementet. (2008–2009). *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (Meld.St.47 2008–2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse – og omsorgsdepartementet. (2011–2012). *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. alkohol - narkotika - doping*. (Meld.St.30 2011–2012). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse – og omsorgsdepartementet. (2014 –2015). *Folkehelsemeldingen – mestring og muligheter*. (Meld.St.19 2014–2015). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonellova>.
- Kunnskapsdepartentet. (2006). – *og ingen sto igjen : tidlig innsats for livslang læring*. (Meld.St.16 2006). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/a48dfbadb0bb492a8fb91de475b44c41/no/pdfs/stm200620070016000dddpdfs.pdf>.
- Kunnskapsdepartementet. (2012–2013). *Framtidens barnehage*. (Meld.St.24 2012–2013). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-24-20122013/id720200/sec1>
- Kunnskapsdepartementet. (2017). *Rammeplan for barnehage*. Hentet fra [https://www.udir.no/laring-og-trivsel/rammeplan/verdigrunnlag/livsmestring-og-helse/NOU 2009:22. Det du gjør, gjør det helt](https://www.udir.no/laring-og-trivsel/rammeplan/verdigrunnlag/livsmestring-og-helse/NOU%2009%3A22.%20Det%20du%20gj%C3%B8r%20gj%C3%B8r%20det%20helt). Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
- Regjeringen. (2016) *Statsministerens kontor*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/styrker-barns-rettigheter/id2514374/>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.
- Statistikkportalen Utdanningsdirektoratet. (2014). Antall barn - alder. fra <https://statistikkportalen.udir.no/bhg/Pages/BasilAntall-barn-alder.aspx#title3>
- Statistisk sentralbyrå. (2012). Barnehager, 2011, endelige tall. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Statistisk sentralbyrå. (2017). Folkemengde 1.januar, etter region, alder, tid og statistikkvariabel. fra <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectout/ShowTable.asp?FileformatId=2&Queryfile=20176261044195114304024NY3026&PLanguage=0&MainTable=NY3026&potsize=1>
- Straffeloven. (2005). *Lov om straff*. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/\\*#KAPITTEL\\_2-6](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/*#KAPITTEL_2-6).

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Nærmere beskrivelse av Familieambulatoriet

(Skrevet av meg)

Familieambulatoriet Levanger er organisert i Klinikk for kvinne, barn og familie, og tilhører Familieseksjonen innunder Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUP). Teamet er tverrfaglig sammensatt av to jordmødre og en spesialpedagog, som til sammen utgjør to årsverk. For å sikre en helhetlig hjelp og tilrettelegging ut fra brukernes behov samarbeider teamet tett med andre fagmiljøer innad på sykehuset og kommunale hjelpetjenester. Det er opprettet forpliktende samarbeidsavtaler på ledelsesnivå med Klinikk for psykisk helsevern og rus, Barne- og ungdomsposten og med Gynekologisk/fødeavdeling. En slik ledelsesforankring sikrer samarbeidet avdelingene imellom ved å unngå at det blir personavhengig. Avtalene inngår i en fastlagt evalueringsplan.

Familieambulatoriet er et frivillig hjelpetiltak, og henvisningen må komme i løpet av svangerskapet eller innen de åtte første ukene etter fødselen. Det er lavterskel på henvisningsmetode og kort vei inn. Det er satt kvalitetsmål ved at alle henviste skal kontaktes innen 48 timer, noe det lykkes med. De fleste henvisninger kommer fra Gynekologisk/Fødeavdeling og kommunejordmødre. Brukere kan selv ta kontakt, og dette har i økende grad skjedd etter hvert som tilbudet er blitt kjent.

Familieambulatoriet tilbyr veiledning, støttesamtaler, hjemmebesøk og oppfølging både under graviditeten og etter fødsel. Det kan skje i form av støttesamtaler, NBO<sup>6</sup>, COS-P<sup>7</sup>, eller hjemmebesøk. Det er viktig å poengtere at Familieambulatoriet er et tillegg/supplement til oppfølging i kommunen, ikke en erstatning. Målet er å støtte og bygge foreldrefunksjonen, og på den måten bidra til at barnet får en best mulig start i livet. Det arbeides med å stabilisere forholdene, bygge stillas, rundt vordende foreldre slik at det fysiske og psykiske er mest mulig på plass når barnet blir født (Helse Midt-Norge RHF, 2016). Mange av pasientene forteller om egen barndom preget av vanskelige relasjoner, overgrep eller at de selv har måttet ta ansvar for egne foreldre under oppveksten. De har hatt tunge byrder på små skuldre, og for mange har dette resultert i psykiske og somatiske plager.

I Familieambulatoriet er en del av det tverrfaglige samarbeidet at barnet og foreldrene blir invitert til felles konsultasjon, Sjekkpunkt, med sin hovedkontakt i Familieambulatoriet, psykolog fra Sped- og småbarnsteamet i Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUP) og fysioterapeut fra Habiliteringstjenesten for barn og unge (HAB). Dette er banebrytende arbeid ved at BUP og HAB gjennomfører konsultasjonen sammen når barnet er ca. 2mnd/ 6mnd / 1

---

<sup>6</sup> Newborn behavioral observation (NBO) er en fleksibel observasjonsmetode/verktøy tilpasset nyfødte, perioden 0-3 måneder etter fødsel, som benyttes for å fremme relasjonen mellom foreldre og barn ved å gi foreldre økt mestringfølelse og trygghet på at de kan lese og tolke spedbarnets signaler (Nugent, Keefer, Minear, Johnson & Blanchard, 2007)

<sup>7</sup> Circle of Security Parenting (COS-P) (Trygghets sirkelen på norsk) er et manual og DVD-basert foreldrekurs som bygger på moderne tilknytningsteori og forskning. Hensikten er å fremme trygg tilknytning gjennom å styrke foreldrenes mentalisering av barnet (Powell, Cooper, Hoffman, Marvin & Jahr, 2015).

år / 2år og så årlig etter behov fram til skolestart. Hensikten er å tidlig kunne se behovet for hjelpetiltak, samt gi foreldre råd og veiledning som kan styrke dem i foreldrerollen. Dette gjør at korrigerende tiltak kan settes inn før symptomene er tydelige, og at det handles ut ifra risiko, ikke nødvendigvis konkrete symptomer hos barnet. De familier som vurderes å ha behov for behandling/utredning utover det Familieambulatoriet kan tilby henvises videre, i samarbeid med foreldre, internt til BUP Sped/småbarns team for videre oppfølging. Habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU) kobles på der det er behov for deres kompetanse. I etterkant av endt utredning/behandling kan brukeren så overføres tilbake til oppfølging i Familieambulatoriet. Slik gir Familieambulatoriet som tilbud muligheten til en dans med glidende overganger mellom foreldre/barn og ulike hjelpetiltak ut fra en kontinuerlig vurdering av familiens behov.

Etter avtale med foreldrene sendes et notat fra Sjekkpunkt til helsesøster og fastlege, samt barnevernstjenesten hvis de har tiltak inn i familien. Dette gjøres for at hjelpen familien mottar skal være mest mulig samkjørt, og at involverte instanser kan samarbeide til beste for barnet og foreldrene.

Mange av de som søker hjelp hos Familieambulatoriet har med seg bagasje fra egen barndom /oppvekst som vanskeliggjør egen foreldrerolle. De uttrykker at de ønsker å gjøre ting annerledes enn sine foreldre av hensyn til egne barn, men opplever at det nødvendigvis ikke er så lett å få til. Det er vanskelig, og utfordrende, å gi videre noe man ikke selv har erfart. De er i en sårbar fase hvor de enten skal bli, eller nettopp er blitt, foreldre og behovet for hjelpetiltak varierer fra familie til familie.

Sammen med brukerne jobber Familieambulatoriet med å finne ut hva som skal til for at hun/han kan fungere så godt som mulig i sitt liv og i foreldrerollen. I mange tilfeller kreves det hjelpetiltak fra ulike instanser. For at dette skal være mulig kreves det samtykkeerklæring fra foreldrene. Jeg har dessverre erfart gjennom min yrkeskarriere at god hjelp og samarbeid ikke er igangsatt på grunn av at taushetsplikten oppfattes som en urokkelig hindring, uten at man har spurt de det gjelder om muligheten for samtykke. Det er viktig å poengtere at i saker hvor man er alvorlig bekymret for et barn, men mangler/ikke får samtykke fra foreldrene på samarbeid, skal balansen mellom taushetsplikt og varslingsplikt ikke ramme barnet (Barnevernloven; Helsepersonelloven).

Tverrfaglig samarbeid kan være krevende for instansene, og ikke minst for de som forhåpentligvis skal nyte godt av dette. Det er ofte mange instanser involvert, og hovedpersonene kan ha minimale forutsetninger for å håndtere dette. Det er da behov for at noen hjelper dem å holde oversikten, og i mange saker er det nødvendig med ansvarsgruppe enten rundt barnet eller foreldrene.

Familieambulatoriet har ukentlige teammøter med Sped/småbarns teamet i BUP, som består av psykologspesialister, sosionom, klinisk pedagog og psykiater. Dette er med på å sikre et bredt tverrfaglig blikk i arbeidet med barna og deres foreldre. Her kan vi også drøfte om det er behov for videre henvisning til behandling/utredning i Sped/småbarnsteamet eller en familieinnleggelse på Familieenheten i vår seksjon. Samtidig har vi jevnlig veiledning av psykiater fra Voksenpsykiatrien, VOP, dette for å ivareta perspektivet på voksensituasjonen

og deres hjelpebehov. Samlet gir dette oss muligheter til å innhente kompetanse fra både barne- og voksenalderen innenfor rus og psykisk helse.

Erfaringene vi har gjort oss i Familieambulatoriet Sykehuset Levanger er at forutsetningene for å lykkes med denne form for tidlig intervensjon består av flere faktorer. Det er viktig at det er lav terskel inn til tilbudet, både for de som henviser og brukeren selv, likedan at det er kort tid fra henvisning til første kontakt med brukeren. En annen viktig erfaring er at det er en fordel å starte oppfølgingen og relasjonsbyggingen med brukeren så tidlig som mulig i svangerskapet, og at hver bruker får en fast hovedkontakt i Familieambulatoriet. Dette er med på å øke muligheten for å treffe riktig med oppfølging ut fra at risiko- og beskyttelsesfaktorer kartlegges før barnet kommer, og ved at brukeren blir trygg på tilbudet slik at hun er motivert for å ta imot hjelp på vegne av seg selv og barnet. Underveis i svangerskapet tilbyr Familieambulatoriet støttesamtaler som et tilbud i tillegg til den ordinære svangerskapsoppfølgingen som brukeren har hos kommunejordmor eller fastlege. Samtalene kan omhandle planlegging av fødsel, tanker om egen oppvekst og egen blivende foreldrerolle, hvordan kunne forstå, møte og ivareta barnet best mulig og familiens mulige behov for andre hjelpeinstanser. Målet er at oppfølgingen skal være støttende, mestringsfokuserende og fremme tilknytning til barnet både før og etter fødsel. Som en del av oppfølgingen kan Familieambulatoriet tilby ekstra ultralyd med et tilknytningsfremmende perspektiv.

En del gravide har også behov for å se fødestuene flere ganger for å forberede seg mentalt til fødselen. Dette lar seg gjøre ved at Familieambulatoriet har et nært samarbeid til Fødeavdelingen på sykehuset Levanger. Det å ha jordmødre i teamet er med på å normalisere oppfølgingen ved at det også vektlegges at den gravide får være en gravid med vanlige tanker og forventninger, ikke bare bli sett som psykisk syk gravid eller rusgravid.

Mobiltelefonen er et viktig arbeidsredskap, og Familieambulatoriet minner på avtaler ved å sende en SMS i forkant. Vi ser at mange har en livssituasjon som gjør at det kan være utfordrende å huske avtaler, samt at en del av våre brukere foretrekker SMS i stedet for en telefonsamtale. Det blir en balansegang mellom å legge til rette ved å sende SMS, samtidig som vi ikke skal dekke over for manglende foreldrefungering som f.eks. det å holde oversikt over familiens avtaler kan sies å tilhøre.

Familiene som er tilknyttet Familieambulatoriet har en del fellestrekk som ustabile forhold/relasjoner innad i familien og til hjelpeapparatet. Barnevernstjenesten er ofte samarbeidspart enten ved henvisning eller at de blir kontaktet underveis av Familieambulatoriet. Familiene har ofte dårlig økonomi og lite nettverk. Det er samtidig viktig å poengtere at en del familier også er ressurssterke med tanke på å eie hus, være i jobb osv.



## Vedlegg 2: Prosjektbeskrivelse for Hovedprosjekt: Evaluering av Familieambulatoriet i Nord- Trøndelag

(Jeg har ut fra dokumentets størrelse valgt å legge ved beskrivelse av hovedprosjektet, og ikke legge ved for hvert Delstudie.

Forskningsprotokoll for Delstudie 2 ligger som vedlegg nr. 3)

### Prosjektbeskrivelse for Hovedprosjekt: Evaluering av Familieambulatoriet i Nord-Trøndelag

Prosjektledelse:  
Tormod Rimehaug <sup>1) 2)</sup>  
[tormod.rimehaug@ntnu.no](mailto:tormod.rimehaug@ntnu.no)  
Jan Egil Wold <sup>1)</sup>  
[j.e.wold@hnt.no](mailto:j.e.wold@hnt.no)

Prosjektmedarbeidere/Prosjektgruppe:  
Tone Haugan <sup>1)</sup>  
Karianne Holden <sup>1)</sup>

1)  
Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling Nord-Trøndelag.  
(BUP N-T)  
Sykehusene i Levanger og Namsos  
Helse Nord-Trøndelag HF

2)  
Regionalt kunnskapssenter for barn og unge. Psykisk helse og barnevern.  
(RKBU Midt-Norge)  
Det medisinske fakultet  
Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet

17.juni 2014 .....  .....   
Tormod Rimehaug Jan Egil Wold

## OPPSUMMERING AV HOVED-PROSJEKTET

### EVALUERING AV FAMILIEAMBULATORIET I NORD-TRØNDELAG

#### *Seks delstudier av implementering, befolkningseffekter og longitudinelt brukeresultat.*

Hensikten er å evaluere måloppnåelse og helsegevinst av det nyetablerte tiltaket Familieambulatoriet (FA). Dette omfatter både rekrutteringen av familier, brukertilfredshet, bedring i livsførsel, levekår og helse hos foreldrene, samt for barnet redusert risiko og bedre utfall av svangerskap og fødsel, og bedre helsetilstand og utvikling i spebarns- og førskolealder.

Familieambulatoriet (FA) er et lavterskel helsefremmende og forebyggende tiltak hvor gravide (eller småbarnsforeldre) og deres partner/med forelder og barn kan henvises eller henvende seg selv for å få bistand med utgangspunkt i belastning som følge av psykiske problemer og/eller rusmiddelbruk/rusproblemer – nåværende eller tidligere. Rasjonalen er at denne gruppetilhørigheten representerer en sammensatt risiko for både foreldrene og barnet. Hensikten med tiltaket er å støtte foreldrerollen og omsorgsoppgavene for barnet gjennom å tilby langtidsoppfølging av familien og barnet, og formidling til instanser og hjelpetiltak de måtte ha behov for.

Prosjektet er strukturert i flere delstudier, som bruker ulike datamaterialer og kilder, og som krever ulike godkjenninger: Data fra Medisinsk Fødselsregister med sammenligninger nasjonalt, data fra mors journal og data fra barnets journal, samt intervjuer med fedre/partnere. Samtykke fra mødre som er i kontakt med Familieambulatoriet vil dekke behovet for deltakersamtykke for alle delstudiene unntatt Delstudie7 som krever samtykke fra far/partner. Hovedprosjektet og delstudier der dette er påkrevd vil bli lagt fram for REK.

## Innholdsfortegnelse

OPPSUMMERING AV HOVED-PROSJEKTET .....	2
EVALUERING AV FAMILIEAMBULATORIET I NORD-TRØNDELAG .....	2
<b>EVALUERING AV FAMILIEAMBULATORIET I NORD-TRØNDELAG .....</b>	<b>4</b>
1.    PROSJEKTET HENSIKT OG MÅLSETNING.....	4
2.    INNLEDNING OG BAKGRUNN .....	5
A.    BAKGRUNN FOR FAMILIEAMBULATORIET I KØBENHAVN .....	5
B.    NORSK HELSEPOLITISK BAKGRUNN FOR FAMILIEAMBULATORIET .....	5
C.    KUNNSKAP-BAKGRUNN FOR EVALUERING AV FAMILIEAMBULATORIET .....	6
3.    GENERELLE PROBLEMSTILLINGER.....	8
4.    FORSKNINGSETISK VURDERING - NYTTE-/RISIKOFORHOLD FOR DELTAGERE.....	8
5.    INTERESSE-/AVHENGIGHETSFORHOLD .....	9
6.    PROSJEKTORGANISERING – DELSTUDIER.....	10
7.    DELSTUDIE 1: BEFOLKNINGSENDRING I FORLØP SVANGERSKAP OG FØDSEL.....	11
A.    PROSJEKTLEDER DELSTUDIE 1: TORMOD RIMEHAUG.....	11
B.    FORSKNINGSMATERIALE .....	11
C.    AVGRENSNINGER AV PARAMETERE .....	11
D.    PROSJEKTETS HENSIKT / HYPOTESER.....	11
E.    STATISTISK GRUNNLAG - PROSJEKTETS STØRRELSE/OMFANG .....	11
F.    DATAINNSAMLING .....	12
G.    PLAN FOR BEARBEIDING OG STATISTISK ANALYSE.....	12
H.    PRESENTASJON AV RESULTATER .....	12
I.    UØNSKEDE HENDELSER OG HÅNDTERING AV DEM .....	12
J.    INFORMASJON OG SAMTYKKE / SØKNADER OM GODKJENNELSE .....	12
K.    FINANSIERING .....	12
L.    TIDSRAMME PLANLAGT START OG AVSLUTNING.....	12
8.    DELSTUDIE 2: BESKRIVELSE AV BRUKERNE I FAMILIEAMBULATORIET LEVANGER.....	13
A.    PROSJEKTLEDER DELSTUDIE 2: KARIANNE FRAMSTAD HOLDEN.....	13
B.    FORSKNINGSMATERIALE .....	13
C.    AVGRENSNINGER AV PARAMETERE .....	13
D.    HENSIKT / HYPOTESER .....	13
E.    STATISTISK GRUNNLAG - PROSJEKTETS STØRRELSE/OMFANG .....	14
F.    DATAINNSAMLING .....	14
G.    PLAN FOR BEARBEIDING OG STATISTISK ANALYSE.....	14
H.    PRESENTASJON AV RESULTATER .....	14
I.    UØNSKEDE HENDELSER OG HÅNDTERING AV DEM .....	14
J.    INFORMASJON OG SAMTYKKE.....	14
K.    SØKNADER OM GODKJENNELSE .....	15
L.    FINANSIERING .....	15
M.    TIDSRAMME PLANLAGT START OG AVSLUTNING.....	15
9.    DELSTUDIE 3: BESKRIVELSE AV BRUKERNE I FAMILIEAMBULATORIET NAMSOS. ....	16
A.    PROSJEKTLEDER DELSTUDIE 3: UAVKLART .....	16
B.    DATAMATERIALE .....	16
10.   DELSTUDIE 4: BARN 0-6ÅR I BUP 2006-2013 .....	17
A.    PROSJEKTLEDER: UAVKLART .....	17
B.    FORSKNINGSMATERIALE - AVGRENSNINGER AV PARAMETERE .....	17
C.    DELSTUDIENS HENSIKT / HYPOTESER .....	17
D.    STATISTISK GRUNNLAG - PROSJEKTETS STØRRELSE/OMFANG .....	17
E.    DATAINNSAMLING.....	17
F.    PLAN FOR BEARBEIDING OG STATISTISK ANALYSE.....	17
G.    PRESENTASJON AV RESULTATER .....	17
H.    UØNSKEDE HENDELSER OG HÅNDTERING AV DEM .....	17
I.    INFORMASJON OG SAMTYKKE.....	17
J.    SØKNADER OM GODKJENNELSE – INTERNT OG EKSTERNT.....	18
K.    FINANSIERING .....	18
L.    TIDSRAMME PLANLAGT START OG AVSLUTNING.....	18

11.	DELSTUDIE 5: FAMILIEAMBULATORIET NT SINE BRUKERE I MEDISINSK FØDSELSREGISTER .....	19
A.	PROSJEKTLEDER: IKKE AVKLART .....	19
B.	FORSKNINGSMATERIALE .....	19
A.	AVGRENSNINGER AV PARAMETERE .....	19
B.	PROSJEKTETS HENSİKT / HYPOTESER .....	19
C.	STATISTISK GRUNNLAG - PROSJEKTETS STØRRELSE/OMFANG .....	19
D.	DATAINNSAMLING .....	19
E.	PLAN FOR BEARBEIDING OG STATISTISK ANALYSE .....	20
F.	PRESENTASJON AV RESULTATER .....	20
G.	UØNSKEDE HENDELSER OG HÅNDBTERING AV DEM .....	20
H.	INFORMASJON OG SAMTYKKE .....	20
I.	SØKNADER OM GODKJENNELSE – INTERNT OG EKSTERNT .....	20
J.	FINANSIERING .....	20
K.	TIDSRAMME PLANLAGT START OG AVSLUTNING .....	20
12.	DELSTUDIE 6: LONGITUDINELL FORLØP FORELDRE OG BARN I FAMILIEAMBULATORIET NT .....	21
A.	PROSJEKTLEDER: IKKE AVKLART .....	21
B.	FORSKNINGSMATERIALE – .....	21
C.	AVGRENSNINGER AV PARAMETERE .....	21
D.	PROSJEKTETS HENSİKT / HYPOTESER .....	21
E.	STATISTISK GRUNNLAG - BEREGNING AV PROSJEKTETS STØRRELSE/OMFANG .....	22
F.	DATAINNSAMLING .....	22
G.	PLAN FOR BEARBEIDING OG STATISTISK ANALYSE .....	22
H.	PRESENTASJON AV RESULTATER .....	22
I.	UØNSKEDE HENDELSER OG HÅNDBTERING AV DEM .....	22
J.	INFORMASJON OG SAMTYKKE .....	22
K.	SØKNADER OM GODKJENNELSE – INTERNT OG EKSTERNT .....	22
L.	FINANSIERING .....	22
M.	TIDSRAMME PLANLAGT START OG AVSLUTNING .....	22
13.	DELSTUDIE 7: KVALITATIVE INTERVJUER MED FAR/PARTNER .....	23
A.	PROSJEKTLEDER: IKKE AVKLART .....	23
B.	FORSKNINGSMATERIALE – .....	23
C.	AVGRENSNINGER AV PARAMETERE .....	23
D.	PROSJEKTETS HENSİKT / HYPOTESER .....	23
E.	STATISTISK GRUNNLAG - PROSJEKTETS STØRRELSE/OMFANG .....	23
F.	DATAINNSAMLING .....	23
G.	PLAN FOR BEARBEIDING OG STATISTISK ANALYSE .....	23
H.	PRESENTASJON AV RESULTATER .....	23
I.	UØNSKEDE HENDELSER OG HÅNDBTERING AV DEM .....	23
J.	INFORMASJON OG SAMTYKKE .....	23
K.	SØKNADER OM GODKJENNELSE – INTERNT OG EKSTERNT .....	24
L.	FINANSIERING .....	24
M.	TIDSRAMME PLANLAGT START OG AVSLUTNING .....	24
14.	REFERANSELISTE .....	25

## Evaluering av Familieambulatoriet i Nord-Trøndelag

### 1. Prosjektet hensikt og målsetning

Hensikten er å evaluere måloppnåelse og helsegevinst av det nyetablerte tiltaket Familieambulatoriet (FA). Dette omfatter både rekrutteringen av familier, brukertilfredshet, bedring i livsførsel, levekår og helse for foreldrene, samt redusert risiko

og bedre utfall av svangerskap og fødsel, og bedre helsetilstand og utvikling hos barnet i spebarns- og førskolealder.

Prosjektet er strukturert i flere delstudier, som bruker ulike datamaterialer og kilder, og som krever ulike godkjenninger. Denne prosjektbeskrivelsen beskriver den overordnede begrunnelsen samt formål og design for de enkelte delstudiene.

## 2. Innledning og bakgrunn

### a. Bakgrunn for Familieambulatoriet i København

Den danske legen May Olofsson fattet interesse for muligheten for forebygging gjennom å møte alvorlige negative konsekvenser for små barn på grunn av mødrenes rusmiddelbruk og rusproblemer. Hun dokumenterte etter hvert at det er mulig å forebygge medfødte skader, feilutvikling og omsorgssvikt hos barn i familier med psykiske og eller rusmiddelproblemer gjennom tverrfaglig intervensjon under graviditet, fødsel, neonatal og barselperiode og barnets første 6 leveår. Sentralt for den tidlige intervensjonen er å etablere tillitskapende kontakt der den gravide rusmisbrukende kvinne møtes som gravid kvinne og vordende mor og ikke som misbruker (Killén & Olofsson, 2003; Olofsson, 2003, 2005)

I følge Olofsson (Olofsson, 2005) er det først og fremst spørsmål om organisering, strukturering og prioritering av allerede eksisterende ressurser. Modellen er anbefalt implementert i alle amt i Danmark (Sundhedsministeriet, 1999). Hovedfokus er satt på gravide rusmiddelbrukere og gravide med store psykiske belastninger (psykisk syke gravide, unge gravide, kvinner utsatt for vold, psykisk utviklingshemmede mfl.), med en langsiktig oppfølging av barna og familien (0–7 år).

Intervensjonsmodellen under graviditet omfatter blant annet tidlig oppsporing og rådgivning. Det tilbys oppfølging av den gravide gjennom familieambulatoriet med all tverrfaglig ekspertise. Etter fødselen behandles og observeres den nyfødte, støtte av mor - barn samspillet, samt oppfølging av mor. Etter utskrivning følges barnets utvikling ved regelmessige barneundersøkelser hos lege og psykolog - fram til skolestart) – i tett kontakt med lokalt hjelpeapparat.

### b. Norsk helsepolitisk bakgrunn for Familieambulatoriet.

Familieambulatoriet i Helse Nord-Trøndelag HF og Vestre Viken HF ble etablert med prosjektstøtte fra Helse- og omsorgsdepartementet med bakgrunn i Stortingsmelding nr. 30 «Se meg!» (Helse\_og\_omsorgsdepartementet, 2012), hvor Familieambulatoriet ble beskrevet som et av landets forsøk med lavterskeltiltak for målgruppa. Det er senere bestemt at alle helseforetak i Norge skal etablere Familieambulatorie. For øvrig utgjør flere andre helsepolitiske føringer grunnlaget for FA slik som: Lovfesting av barn rettigheter som pårørende til sine foreldre i helsevesenet (Helsedirektoratet, 2010b), samhandlingsreformen og kravet om tjenestesamordning, prinsippene om forebygging og lavterskeltiltak, brukervedvirkning og brukerinvolvering i tjenesteutforming.

FA i Nord-Trøndelag er organisatorisk knyttet til Familieseksjonen i Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUP), som er en avdeling i Barn- og familieklinikken (BFK). Andre avdelinger i BFK er Gynekologi- og fødeavdeling og Barne- og habiliteringsavdeling.

Rekrutterings- og oppfangingsstrategien ligner forløperen i København, men FA bruker hovedsakelig jordmødre/sykepleiere i direktekontakten med mødrene. Høykompetent personell (barnenevrolog, barnepsykolog, nevropsykolog, psykiater etc.) og andre spesialister brukes primært ved å trekkes inn konsultativt og i vurderinger av mødrene og barna. Det brukes generelt noe mindre oppsøkende arbeid, men terskelen for det er lav styrt av tilgjengelighet og brukernes behov.

Den aktive rekrutterings-strategien, vektleggingen en tillitsskapende tilnærming, den tette kontakten fram til 1 års alder + oppfølging til 6 år, undersøkelse av personell med spesialkompetanse på små barn, og formidling til andre aktuelle instanser er også beholdt fra modellen i København (Olofsson, 2005). Det er lagt en standardisert oppfølging med sjekkpunkter på faste alderstrinn med spesifisert metodikk og fokus. Disse kliniske sjekkpunktene er godt egnet som grunnlagsmateriale i longitudinell orientert forskning.

Målgruppen som er utpekt i Nord-Trøndelag er også noe utvidet, ved å inkludere psykiske lidelser og risiko, ikke bare aktuelle/etablerte problemer, og ved å legge større vekt på å inkludere far/partner:

- Barn 0-6 år som har foreldre med psykiske lidelser og eller rusproblemer
- Mødre og fedre som er i risiko for å utvikle rusproblemer alkohol eller illegale rusmidler
- Mødre som mottar psykofarmaka under svangerskapet
- Mødre og fedre som har kjent psykisk lidelse og eller rusrelaterte problemer
- Mødre og fedre som har kontroll med rusmiddelsbruk og som trenger bistand til å opprettholde rusfrihet

### c. Kunnskap-bakgrunn for evaluering av Familieambulatoriet.

I motsetning til myten om at få små barn har psykiske vansker, og at de fleste «vokser av seg» disse av selv viser forskning at like stor andel av spe- og småbarn som større barn har psykiske vansker (Trulsson, 2003; Wichstrom et al., 2012), og at en stor del av dem har kontinuerlige vansker gjennom oppveksten. Sosial- og helsedirektoratet har lagt til grunn at mellom 4 og 7 % av barn mellom 4 og 10 år har en psykisk lidelse som gjør at de trenger behandling men tallene er usikre (Helsedirektoratet, 2007). Samtidig mottok bare 0,7 % av barn mellom 0-5 år i Norge undersøkelse og behandling i psykisk helsevern i 2004 (Pedersen, 2006) og raten var fortsatt lav i 2010 med 1,1% i forhold til 5,1% i skolealder og 7,8% i tenårene (Helsedirektoratet, 2010a).

Folkehelseinstituttet har beregnet at 10,4% av alle barn i Norge lever med en forelder med alvorlig psykisk lidelse, og 2,7% med alvorlig alkoholmisbruk (Torvik & Rognum, 2011). Hvorvidt tallene er representativ for svangerskap eller nyfødtpperiode eller tidlige leveår er ikke kjent, men periodens potensiale for å utløse episoder og forverring i psykiske lidelser gjør at tallene kan være høyere her. Det er ingen sikre tall på forekomst i Norge på barn som utsettes for rusmidler/medikamenter i mors liv. Det er totalt sett estimert at 240-456 barn vil bli skadet av mors alkoholinntak under graviditet pr år (Sosial\_og\_helsedirektoratet, 2007).

Alkoholeksponering i svangerskapet har langsiktige negative konsekvenser på alle utviklingsområder, og nyere oppfølgingsstudier viser også tegn til vesentlige men mer avgrensede effekter for andre rusmidler (Inder, 2011). Rusmisbruk generelt gir økt fare for

prematuritet og abstinens-symptomer etter fødselen, og alkohol gir også økt fare for dysmaturitet (Irner, Teasdale, Nielsen, Vedal, & Olofsson, 2011). Jenter med depresjon i tenårene med senere tilbakefall har økt forekomst av aborter, dødfødsler, brudd med partner, partnervold og seksuelt overførbare sykdommer (Jonsson et al., 2011).

Graviditet er likevel en meget potent fase for endring, fordi motivasjonen for å ikke skade barnet/beskytte barnet ofte er høy (Brubakk, 2010) samtidig som mor er i en høyrisikosituasjon. Barnefødsel og ansvar for barn kan være en sterk drivkraft til å søke behandling (Trulsson, 2003). Mange mødre med rusproblemer og psykiske problemer har likevel en høy terskel for å søke hjelp på grunn av skam og dårlig erfaring og manglende tillit til hjelpeapparatet. (Kristiansen, 2011; Trulsson, 2003; Vikan, 2007). Det er derfor svært viktig at de kommende foreldrene kan oppleve at de møtes med en positiv holdning fra fagfolk og at de får etablert tillitsfulle relasjoner til hjelpere som følger foreldrene og barnets utvikling fram mot skolealder.

Kutt og reduksjon i rusbruk hos mødrene i Familieambulatoriet i København viste å gi direkte positive forbedringer for barna (Irner et al., 2011). En meta-analyse av forebyggende psykososial intervensjon for førskolebarn i risikogrupper viste effekt inn i ungdomsalderen, forutsatt at tiltakene hadde lang varighet, høy intensitet, eller fulgte inn i skolealder. Effektene kunne spores mest i utdanning/læring, sosial tilpasning/kriminalitet, men også i familiefungering og sosio-emosjonell utvikling (Manning, Homel, & Smith, 2010).

Barn som fødes av foreldre med rus- og psykiske problemer befinner seg i et triangel av økt risiko (Hosman, van Doesum, & van Santvoort, 2009): De har økt sannsynlighet for å ha fått overført genetisk sårbarhet/disposisjon for problemer fra sine foreldre (Caspi et al. 2003), de har økt risiko for skade av toksisk påvirkning (Ellis, Berg-Nielsen, Lydersen, & Wichstrøm, 2012; Irner et al., 2011), underernæring og stresshormon-eksponering i svangerskapet, og de har økt risiko for forsømmelse og traumatisering (Buckner, Beardslee, & Bassuk, 2004) både innen familien og i omgivelsene. Disse faktorene gir særlig i interaksjon med hverandre dårligere helse- og utviklingsperspektiver (Farmer, Eley, & McGuffin, 2005; Rutter, 2005).

Samtidig kan ressurs og beskyttelsesfaktorer hos barnet, hos foreldrene og deres nettverk hindre at belastning og skade blir en realitet for barnet, eller redusere omfanget av konsekvensene (Hosman, van Doesum, & van Santvoort, 2009). Studier i denne risikopopulasjonen gir mulighet til å studere innenfor naturlig variasjon betydningen av ressursfaktorer og hvilke av disse som lar seg påvirke av det forebyggende tiltaket. Dette er særlig aktuelt i Delstudie6 – longitudinelt forløp, men kan også være aktuelt Delstudie 2 – utgangspunkt og svangerskapsforløp.

Fedre er ikke alltid inkludert i studier av risiko og forebygging omkring svangerskap, fødsel og småbarnsalder, og kan ofte karakteriseres som å «leve i skyggen av» mødrene med lite fokus og kunnskap om betydningen av deres styrke og sårbarhet (Brubakk, 2010). Fedre kan være viktige både som del av mors kontekst, som del av barnets nettverk, og som supplerende/alternativ tilknytningsperson (Sommer, 1997). Fedres mulighet til å få hjelp enten sammen med mor /barn eller for seg selv er derfor ofte svak, men er lagt spesiell vekt på i Familieambulatoriet NT. Det er et aspekt som er viktig å evaluere, men som krever god planlegging. I planen for hovedprosjektet legges det opp til at mødre som aksepterer å delta i delstudie2 bes oppgi far/partner som er aktuell for

deltagelse, og det rettes en egen henvendelse til dem om å delta. Dette er aktuelt basert på opplysninger i barnets journal og far/partners journal, samt en egen kvalitativ undersøkelse av deres inkludering i og opplevelse av Familieambulatoriet NT.

### 3. Generelle problemstillinger

Tidligere forskning som er referert her gir grunn til å undersøke en rekke potensialer for forebyggende effekt av Familieambulatoriet i Nord-Trøndelag, hvorav denne evalueringen vil undersøke følgende generelle områder:

- Bedret psykisk og somatisk helse samt redusert rusbruk og røyking hos foreldre
- Bedret forløp og utfall av svangerskapet
- Bedret samspill og omsorg foreldre-barn
- Bedret helse og utvikling for barnet fra fødsel til skolealder

En forutsetning for slik nytte er at implementeringen av tiltaket har fungert som forutsatt. Dette er et ofte forsømt aspekt av utprøving og igangsetting av nye tiltak, og evaluering av dem (Fixsen, 2005; Grol, 2013) Denne evalueringen vil derfor også undersøke

- Resultatet av rekrutterings-strategien
- Brukertilfredshet og opplevelse av tillit og positiv holdning
- Far/partner sin opplevelse av Familieambulatoriet
- Sammenheng og kontinuitet i tjenester som foreldre og barn trenger

Disse temaene krever ulike datagrunnlag og design med tilhørende forskjeller i hvor kostnadskrevene og utfordrende de er å besvare. Problemstillinger og design vil bli detaljert i bekrivelsene av delstudiene som følger i fortsettelsen av prosjektbeskrivelsen. Delstudie 1-2 er under deltaljing, mens delstudie 4-6 må anses som skisser. Felles samtykkeinnhenting gjør det nødvendig å se delstudiene i sammenheng.

### 4. Forskningsetisk vurdering - nytte-/risikoforhold for deltagere

Forskningsetisk vurderes evalueringsprosjektet akseptabelt. Det er svært lite belastende ved at det ikke innhentes noe informasjon utover det som samles for kliniske formål.

Informasjon fra virksomhets-statistikk og fra Medisinsk Fødselsregister på aggregert nivå fylker og større deler av fylker) truer ikke anonymitet og kan innhentes uten samtykke eller fritak fra samtykke. REK vil bli søkt om vurdering av dette.

Det vil bli innhentet fra individuelle deltagere til bruk av individuell svært sensitiv informasjon. Både før og etter aidentifisering vil all sensitiv informasjon bli håndtert bare av helsepersonell med taushetsplikt både i forhold til helseforetaket og for noen av disse personene også i forhold til samarbeidende forskningsinstitusjoner.

At undersøkelsen omfatter informasjon om både somatisk helse, psykisk helse, rusbruk/rusproblemer og livsførsel er svært nærgående innebærer og sensitivt for deltagerne. Samtidig må en se dette i forhold til at psykiske problemer og/eller rusproblemer er kriterie/inngangsbillett for Familieambulatoriet og derfor er naturlig og



rimelig å inkludere. Det kan likevel være belastende å øke følelsen av å tilhøre en potensielt stigmatiserende/skambelagt gruppe, selv om Familieambulatoriet legger stor vekt på en positiv støttende holdning og en tillitsrelasjon.

Det vil kunne oppleves som positivt av deltagerne å bidra til almen-nytte samtidig som de mottar et tilbud de selv har samtykket i, og som kan komme til nytte for andre som er belastet samtidig som de er gravide / småbarnsforeldre.

For far/partner kan det oppleves belastende å bli intervjuet om familieførøkelse, foreldrerolle, helse, kontakten med Familieambulatoriet og annen tjenesteytelse. Dersom dette resulterer i reaksjoner som kan innebære behov for helsetjenester, vil den døgnkontinuerlige vaktberedskapen ved BUP avdeling Nord-Trøndelag være en adekvat beredskap for å vurdere og eventuelt formidle dette videre.

## 5. Interesse-/avhengighetsforhold

Det kan være fare for et subjektivt utilbørlig forventningspress for deltagerne om å delta. Innhentning av samtykke/påminnelse bør derfor gjøres av en person de ikke har en tidligere relasjon til.

Ingen i prosjektgruppen har økonomiske interesser i Familieambulatoriet eller i næringsvirksomhet/produkter med tilknytning til det.

Alle i prosjektgruppen har avhengighetsforhold gjennom tilsetting (hovedstilling eller bistilling), lønn og arbeidstakerlojalitet til helseforetaket Helse Nord-Trøndelag HF som er moderorganisasjon og ansvarlig for virksomheten i Familieambulatoriet.

Flere i prosjektgruppen har tilknytning til og interesser i forhold til opprettelsen og driften av Familieambulatoriet NT: Jan Egil Wold; initiativtaker og overordnet faglig ansvarlig for Familieambulatoriet NT, Tone Haugan; prosjektleder for FA NT, Karianne Holden; fagutvikler for sped- og småbarns psykiske helse.

## 6. Prosjektorganisering – delstudier

Prosjektet er strukturert i flere delstudier, som bruker ulike datamaterialer og kilder, og som krever ulike godkjenninger. Denne prosjektbeskrivelsen beskriver den overordnede begrunnelsen samt formål og design for de enkelte delstudiene. Delstudie 1-3 er utarbeidet relativt detaljert, men delstudie 4-5 bare er skissert.

1. Delstudie 1 vil sammenligne nivå og tidstrend i befolkningsdata basert på Medisinsk Fødselsregister i geografiske områder med ulike tiltak etablert i perioden 2006-2013
2. Delstudie 2 vil beskrive foreldre og barn som er rekruttert til FA i Innherreds-området demografisk/sosialmedisinsk og når det gjelder helse og livsførsel i svangerskap og fram til nyfødtalder ut fra journaldata i sykehuset.
3. Delstudie 3 – Samme som delstudie 2, men i Namdals-regionen
4. Delstudie 4 vil analysere utviklingen i henvisninger av barn 0-5år til BUP lokalt og nasjonalt, og sammenholde dette med henvisning fra FA til BUP.
5. Delstudie 5 har til hensikt å analysere individuelle helseparametre basert på Medisinsk Fødselsregister for mor og barn som er brukere av Familieambulatoriet NT sammenlignet med andre gravide i samme område i NT (Innherred og Namdal). Også sammenlignet med gruppedata på gravide i andre områder i landet hentet fra MFR. Videreføring av Delstudie 1.
6. Delstudie 6 følger foreldre og barn i FA NT gjennom hele perioden fram til avslutning eller skolestart mht. mors helse og livsførsel og barnets helse og utvikling. Basert på journaldata.
7. Delstudie 7: Kvalitative intervjuer med fedre/partnere som inkluderes i Familieambulatoriets arbeid – eller ikke. Rekruttering via mødre som deltar i Delstudie 2.

***Delstudie 1 og 2 er pr. 12.juni 2014 realistisk å gjennomføre mht. personell og finansiering. De øvrige studiene er avhengig av en rekke forhold som må avklares.***

***Det er likevel viktig å skissere hele prosjektet og alle delstudiene fordi det bør innhentes samtykke fortløpende fra de aktuelle deltagerne til alle de aktuelle delprosjektene samlet – både av hensyn til deltagerne og fordi mest mulig likhet i utvalg vil ha betydning for datakvalitet/sammenlignbarhet mellom delstudiene og validiteten av hovedprosjektet.***

## Vedlegg 3: Forskningsprotokoll, Delstudiet 2

### Tittel

«Evaluerings av Familieambulatoriet. Beskrivelse av brukere av Familieambulatoriet og deres tjenestebruk.»

### Bakgrunn

Familieambulatoriet (FA) i Levanger startet opp i april 2009.

Familieambulatoriet i Nord- Trøndelag er et lavterskeltilbud i spesialisthelsetjenesten og en tverrfaglig og tverrsektoriell intervensjonsmodell som gir omsorg til høyrisikogravide og småbarnsfamilier med rus- og/eller psykiske vansker.

Det overordnede mål med Familieambulatoriet er at barn kan få en god nok oppvekst selv om de blir født av foreldre som er belastet og sårbar på grunn av psykiske vansker og rusproblemer.

Familieambulatoriet skal realisere dette ved at de gravide og deres partnere får etablert tidlig bred tilknytning til hjelpeapparatet og til ressurser i privat nettverk fra graviditet. Oppfølgingen skal helst starte tidlig i svangerskapet og følge dem gjennom fødsel, samt med oppfølgende undersøkelser av barnet fra fysioterapeut og psykolog i barseltid, ved 2 måneder, 6 måneder, 1 år og 2 års alder, og eventuelt fram til skolestart ved behov.

Et av de viktigste målene i samhandlingsreformen er at det skal lønne seg å forebygge sykdom. I forhold til dette studiet betyr det at det er viktig forskning å beskrive brukerne i FA for å vite om tiltaket når brukere det er ment å hjelpe. Dette da målgruppen anses som å være i høyrisiko for utvikling av psykisk uhelse og FA er opprettet med tanke på å forebygge dette.

Professor i økonomi James J. Heckman understrekte i en artikkel i 2007 de store økonomiske gevinstene for samfunnet ved å investere mer i små barn som vokser opp i et vanskeligstilte miljø. Han uttaler seg slik: «Early interventions that partially remediate the effects of adverse environments can reverse some of the harm of disadvantage and have a high economic return. They benefit not only the children themselves, but also their children, as well as society at large» (2007).

### Faglig bakgrunn

Heckmans tanker er velkjente for norske forskere og klinikere. Det er faglig god etikk å oppdage risikoutsatte personer og intervensjon før de utvikler vansker (Kvelling, 2007). Selv om forekomsten av psykiske lidelser er tilnærmet likt fordelt mellom førskole-, barneskole- og ungdomsskolealder, gjenspeiles ikke dette i henvisning av barn og unge for profesjonell bistand (Angold et al., 1999). Førskolebarn er desidert mest underrepresentert i hjelpeapparatet som eksempel barne- og ungdomspsykiatrisk enhet i helseforetak (BUP) (Kvelling, 2007).

Tidlig intervensjon er av stor betydning og bør understrekes fordi mange av de utviklingsmessige milepæler passerer allerede i løpet av de første fem leveår, slik som hjernens utvikling, nevralt utvikling, tilknytningsstil, emosjonsregulering, selvksept og sosiale ferdigheter (Karr- Morse & Wiley, 1997). Tidlig intervensjon i form av oppdagelser av risikoutsatte barn og tiltak satt inn i førskolealder vil redusere antallet ungdom med alvorlige psykiske vansker (Kvelling, 2007).

Veilederen for poliklinikk i BUP i Norge understreker også betydningen av tidlig intervensjon bla. gjennom lavere behandlingsfrister for førskolebarn og det understrekes at det er den totale belastningen for barnet og familien som bestemmer risikoen for forstyrrelser i barnets utvikling. Dette studiet med fokus på å kartlegge brukere av familieambulatoriet søker å bidra til en slik type oppdagelse av risikoutsatte barn ved å kartlegge og beskrive brukerne av tilbudet.

I vissheten om at det er den *totale* belastningen for barnet og familien som bestemmer risikoen for forstyrrelser i barnets utvikling blir en bred kartlegging av brukerne i familieambulatoriet viktig.

En bred kartlegging understrekes ut fra forskning som viser at man gjennom å kartlegge barns miljø kan identifisere en stor andel av barna med økt risiko for å utvikle et høyt symptomnivå allerede i førskolealder (Dr. A. Holthe, 2010). Skovgaard fant bla. at sosiale faktorer rundt barna var viktigste risikofaktorer vedrørende reguleringsvansker hos førskolebarn og ikke forhold ved barnet.

Ut fra nyere utviklingspsykologi innebærer dette å ha med en transaksjonell forståelse av utvikling, en forståelse av betydningen av kumulativ risiko samt resiliensfaktorens betydning i utviklingen av psykisk (u)helse.

Før jeg presenterer formål og problemstilling i studiet vil jeg kort gjøre rede for disse faglige grunnlagsforståelsene som vil ligge til grunn i studiet.

### **1. Transaksjonsmodellen**

Transaksjonsmodellen dominerer i forskningsfronten i dag (Ø. Kvello: 2008).

Transaksjonsmodellen understreker viktigheten av å se på mennesket som et biopsykososialt vesen.

Modellen fremhever betydningen av å ta i betraktning at utvikling baseres på gjensidige påvirkningsprosesser mellom individ og miljø. Man har i dag forlatt teorier som er ensidige til fordel for de flerdimensjonale. I transaksjonsmodellen (A. Sameroff & B.H. Fise: 2000) forstås barns utvikling som kombinasjoner av arvelige biologiske forhold og samspill mellom individ og miljø.

Man fødes med biologiske forutsetninger og den påvirkning man har fått under svangerskapet. Deretter er det et fintvevd samspill mellom biologiske betingede personkarakteristika og miljø som må analyseres for å forstå menneskers utvikling (Ø. Kvello: 2008).

En sentral dimensjon ved transaksjonsmodellen er at utviklingsprosesser skjer i systemer på fire nivå: mikro-, meso-, ekso- og makronivå. De fire omfatter derved alt fra det som skjer i de miljøer man ferdes til daglig, og der personene har tett kontakt med hverandre, til de overordnede rammer som gjelder for et samfunn (Bronfenbrenner 1992).

Videre understreker modellen viktigheten av å forstå barns utvikling i lys av hvilke risiko- og beskyttelsesfaktorer man eksponeres for, og hvordan disse håndteres.

Transaksjonsmodellen har implikasjoner for tidlig intervensjon og spesielt i forhold til å identifisere mål og strategier med tanke på intervensjoner (Sameroff: 2000). « A sensitivity to the complexities of child development has encouraged the implementation of intervention strategies to include multiple members of the childs family, as well as multiple disciplines concerned with early childhood” (Ibid:2000).

Sameroff (2000) og flere anerkjente forskere med ham (Rutter. M, 1979) understreker viktigheten av å ikke fokusere på isolerte enkeltfaktorer/aspekter ved kartlegging og analyse av psykisk helse, men ha en multifaktoriell tilnærming.

I lys av det overfor nevnte vil en bred og flerfoldig analyse av brukerne i familieambulatoriet være nødvendig for at en beskrivelse av brukerne i familieambulatoriet skal kunne anses som forskningsmessig og klinisk nyttig/relevant.

### **2. Kumulativ risiko**

M. Rutter (1979) var en av de første som fant evidens for effekten av kumulativ risiko. Hans klassiske «Isle of Wight studiet» fant at risikoen for psykisk skjevutvikling økte betraktelig ved tilstedeværelsen av fire risikofaktorer. Dette og flere studier av risikofaktorer viser at det er i mindre grad enkeltstående risikofaktorer som skal vekke bekymring, men kumulativ risiko. Jo flere tydelige og alvorlige risikofaktorer og jo tidligere i barnets liv disse er til stede, desto verre prognose (Appleyard et al. 2005, Jones et al., 2002).

### **3. Resiliens (beskyttelse)**

Risikofaktorer er de påvirkninger som øker risikoen for å utvikle vansker, mens beskyttelsesfaktorer er det som demper de negative konsekvensene av risikofaktorene slik at faren for å utvikle vansker reduseres (Ø. Kvello 2008).

Som nevnt understreker transaksjonsmodell viktigheten av å forstå barns utvikling ikke bare i lys av hvilke risikofaktorer man eksponeres for, men også vektlegge antall og hvilke beskyttelsesfaktorer man eksponeres for.

National Institute of Mental Health har konkludert med at foreldre-barn-samspillet er den viktigste psykososiale risiko- eller beskyttelsesfaktor for barn og unges psykiske helse (Goodman, 1998). Tilknytning er en annen viktig bidragsyter til resiliens. Tilknytningsforskningen siste 50 år viser for eksempel at trygg tilknytning mellom foreldre-barn virker ofte som en buffer mot senere vansker i livet (Cooper, Hoffman & Powell, 2009).

Det er utarbeidet oversikter over de risiko- og beskyttelsesfaktorer som hyppigst knyttes til at barn og unge utvikler vansker. (Ø. Kvello, 2007). (Se under variabler).

Kunnskapen man har om risiko- og beskyttelsesfaktorer anses som nyttig i denne forbindelse som utgangspunkt for å beskrive brukerne av FA. Ved å kartlegge brukerne ut fra oversikten skissert nedenfor vil analysen av brukerne av FA kunne si noe om sannsynligheten for at høyrisikogrupper mtp. utvikling av psykisk uhelse er fanget opp og derav den første grunnforutsetningen for å kunne forebygge og gi god hjelp.

Kunnskapen man har om risiko- og beskyttelsesfaktorer knyttet til hver familie i FA kan være meget nyttig for fagpersoner som jobber med gravide og sped- og småbarn i FA og sped- og småbarnsteamet i BUP mtp. å være særskilt årvåkne for familier i høyrisiko samt for å kunne gi skreddersydd god hjelp til den enkelte familie. Dette da hver familie (gravide og FA-barn) har sin unike sammensetning og feedbackprosess mellom risiko- og resiliensfaktorer.

Første skritt for tidlig intervensjon er at disse risiko- og resiliensfaktorene i og rundt barnet er dokumentert i mor og barnets journal. Innsyn i mors og barnets journal vil kunne avdekke i hvilken grad slike faktorer i og rundt barnet er til stede eller dokumenteres.

### **Formål og problemstilling**

Et viktig premiss for lønnsom forebygging er at tiltak treffer målrettet. Studiet ønsker å undersøke i hvilken grad familieambulatoriet kan sies å drive målrettet. Studiet søker ny kunnskap ved å beskrive og kartlegge brukerne av familieambulatoriet. Spørsmålet er hvorvidt sykehusjournalene til mor og barn inneholder dokumentasjon av sentrale prognostiske og sosialmedisinske forhold mht. risikobelastning.

Studiet tar sikte på å evaluere kvalitet i forhold til to grunnforutsetninger for etablering av Familieambulatoriet:

1) I hvilken grad fanger familieambulatoriet opp sin intenderte målgruppe mht. risikobelastning? Hva er forekomsten, fordeling og samvariasjonen av de aktuelle risiko- og resiliensfaktorene hos den gravide og i og rundt barnet?

2) Inneholder sykehus-journalene ved Sykehuset Levanger for foreldre og barn dokumentasjon av sentral prognostisk og sosialmedisinsk informasjon om brukerne av FA N-T Levanger?

### **Design**

Problemstillingen søkes besvart med deskriptiv kvalitativ/kvantitativ analyse, fordeling og forekomst ved en gjennomgang av journaler til tidligere og nåværende brukere av familieambulatoriet.

### **Utvalg**

Brukere i FA NT Levanger fom. 2009 tom. 2014. Både de som har avslått tilbudet og de som har avsluttet tilbudet av andre grunner (abort, flytting, omsorgsovertagelse etc.). Aktuelle deltagere er alle disse.

Brukere er her både gravide, vordende mødre og deres barn født i tiden mor var bruker i familieambulatoriet. Vi ønsker i dette studiet å innhente informasjon fra barnets journal tom. fylte 2 år.

## Variabler

Det er utarbeidet oversikter over de risiko- og beskyttelsesfaktorer som hyppigst knyttes til at barn og unge utvikler vansker. (Ø. Kvello, 2007). Nedenfor tabell er utsnitt fra en slik oversikt laget av Ø. Kvello basert på Kvellos metaanalyse (2007):

<b>Risikofaktorer knyttet til barnet:</b>	<b>Risikofaktorer knyttet til mor:</b>	<b>Beskyttelsesfaktorer knyttet til barnet:</b>	<b>Beskyttelsesfaktorer knyttet til mor:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Prematuritet</li> <li>* Hjerneorganiske skader</li> <li>* Vanskelig temperamentstil (Spesielt hyperaktivitet, oppmerksomhets- og konsentrasjonsvansker)</li> <li>* Reservert temperamentstil (Eks. sky, aktivt tilbaketrekkende og utrygg)</li> <li>* Generell utviklingsforsinkelse</li> <li>* En utrygg tilknytningsstil</li> <li>* Utsatt for omsorgssvikt, fysiske og/eller seksuelle overgrep</li> <li>* Flere alvorlige somatiske sykdommer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Lang atskillelse fra primær omsorgsgiver i første leveår</li> <li>* Brått dødsfall i familien</li> <li>* Alvorlig somatisk sykdom hos mor</li> <li>* Moderat eller alvorlig grad av psykiske lidelse hos mor</li> <li>* Kronisk alvorlige familiekonflikter</li> <li>* Vold i parforholdet</li> <li>* Arbeidsledig eller sporadisk sysselsatt</li> <li>* Mor som selv har vokst opp med omsorgssvikt og mishandling</li> <li>* Hyppig boskifte</li> <li>* Samlivsbrudd mellom foreldrene</li> <li>* Mor er primæromsorgsgiver og inngår i nytt parforhold</li> <li>* Tilhører en lite ansett rase/etnisitet i samfunnet</li> <li>* Mor som fremstår som rigid i holdninger, verdier og meninger når det gjelder oppfatning av barns utvikling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Førstefødt i familien</li> <li>* En lett temperamentstil</li> <li>* Aldersadekvat sensorisk-motoriske ferdigheter</li> <li>* En trygg tilknytningsstil</li> <li>* Aktiv (ikke passiv eller hyperaktiv)</li> <li>* God oppmerksomhet og konsentrasjon</li> <li>* God emosjonsregulering</li> <li>* Gode kommunikasjonsferdigheter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* God kompetanse hos mor</li> <li>* Mor med trygg tilknytningsstil</li> <li>* Mor med god egostyrke og god emosjonsregulering</li> <li>* Flere omsorgspersoner enn en</li> <li>* Mor som er i arbeid eller i studier</li> <li>* Høyere utdanning hos forelder (mer enn 3 års høyere utdanning)</li> <li>* Mor som er integrert i majoritetskulturen i samfunnet</li> </ul>

Tabellen ovenfor skisserer variablene som ønskes undersøkt i studiet. Se vedlagt spørreskjema til operasjonalisering av forskningsvariabler.

## **Datainnsamling**

Det innhentes samtykke fra mor til å hente informasjon fra hennes og barnets journal.

Ut fra samtykke om innsyn i journal innhentes informasjon utfra strukturerte forhåndsformulerte spørsmål som søkes besvart med foreliggende journalopplysninger (Se vedlagt spørreskjema for operasjonalisering av forskningsvariabler, vedlegg for prosedyre av samtykkeinnhenting samt samtykkeskriv).

Før aidentifisering av data er det kun helsepersonell med taushetsplikt som vil ha tilgang til data.

## **Analyse**

Det statistiske programmet som vil bli benyttet er IBM SPSS Statistics 22.

Analysen vil skje på følgende måte:

1. Utvikling av spørreskjema for operasjonalisering av variablene (se dette vedlagt).
2. Opplæring av prosjektmedarbeidere (miljøterapeuter/helsepersonell med taushetsplikt) om risiko- og resiliensfaktorer samt nyere utviklingspsykologi.
3. Prosjektmedarbeiderne går inn i journal til mor og barnet og innhenter opplysninger om mor og barnet ut fra de forhåndsformulerte spørsmålene (operasjonalisering av variablene). På denne måten overføres informasjon fra mor og barnets journal til datamatriksen i SPSS.

Det vil bli brukt deskriptiv statistisk analyse inkludert samvariasjon, frekvens og fordeling for best mulig beskrivelse av brukerne av familieambulatoriet.

## **Personell, utstyr og ressurser**

Prosjektet vil i hovedsak bli utført av prosjektmedarbeider Karianne Framstad Holden. Prosjektleder og veileder er Phd. og psykologspesialist/Førstemanuensis 2 Jo Magne Ingul ved BUP Levanger. Dr.med. og Avdelingsoverlege Jan Egil Wold ved BUP Helse Nord- Trøndelag og Phd. og førstemanuensis Tormod Rimehaug ved RKBU er biveiledere.

Innhenting av samtykke vil foretas av tidligere prosjektleder av familieambulatoriet som er ansatt ved sykehuset (helsepersonell med taushetsplikt), men som ikke har hatt eller skal ha klinisk kontakt med brukerne av familieambulatoriet.

Det vil bli brukt miljøterapeuter ansatt ved BUP for innhenting av samtykke.

Statistikere ved FOU-avdelingen for analyse av data, statistikk.

Utstyrmessig trengs datamaskiner, kontor, telefon.

## **Økonomi**

Prosjektmedarbeider Karianne F. Holden har mottatt finansiering av tidsbruk på fulltid i 3mnd fra Forsknings- og utviklingsavdelingen ved Helse Nord- Trøndelag.

## **Tidsplan**

	Sommer/ Høst 2015:	Høst 2015:	Vår 2016:	Høst 2016:	Vår 2017
Gjennomføring:	Innhenting av samtykke	Forberedelse av datainnsamling og datainnsamling	Dataanalyse, bearbeiding og skriving.	Skriving	Publisering

## **Publisering**

Publiseres ut fra nasjonal helsetjeneste-vinkling i norsk/nordisk fagtidsskrift og/eller i internasjonalt forskningstidsskrift mht. strategier for seleksjon til tidlig intervensjon.

Tidsrom publisering: I løpet av vår 2017.

## **Etikk**

Basert på et informert samtykke om innsyn i foreliggende journalmateriale vil belastningen på brukerne, mor og barnet, begrenses maksimalt fordi det ikke gjennomføres noen ekstra intervju, spørreskjema, undersøkelse eller innhenting av opplysninger.

Informasjonsinnhenting vil bli gjort utfra strukturerte forhåndsformulerte spørsmål som forsøkes besvart med foreliggende journalopplysninger. For journaler der dette ikke er, men burde vært mulig,

vil dette bli registrert som en kvalitetsevaluering av journalens innhold; dvs. hvorvidt opplysninger som anses klinisk relevant er dokumentert.

I noen grad vil denne innhentingene innebære en vurdering eller tolkning av journalmaterialet som kan innebære et problem i forhold til validitet og reliabilitet. Slik usikkerhet må ivaretas av tolkningsprosedyrer og registrering av usikkerhetsgrad.

Forskningsstudiet vil bli gjennomført i henhold til gjeldende etiske retningslinjer for forskning.



## Vedlegg 4: Vedtak fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK



---

<b>Region:</b>	<b>Saksbehandler:</b>	<b>Telefon:</b>	<b>Vår dato:</b>	<b>Vår referanse:</b>
REK midt	Ramunas Kazakauskas	73597510	27.05.2015	2015/570/REK midt
			<b>Deres dato:</b>	<b>Deres referanse:</b>
			24.03.2015	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Jo Magne Ingul  
BUP Sykehuset Levanger

### **2015/570 Evaluering av Familieambulatoriet. Beskrivelse av brukere av familieambulatoriet og deres tjenestebruk**

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK midt) i møtet 08.05.2015. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

**Forskningsansvarlig:** Helse Nord-Trøndelag HF

**Prosjektleder:** Jo Magne Ingul

#### **Prosjektomtale (original):**

*Viktig premisse for lønnsom forebygging er at tiltak treffer målrettet. Prosjektet ønsker å si noe om i hvilken grad familieambulatoriet kan sies å drive målrettet. Familieambulatoriet (FA) i Nord-Trøndelag er et nyetablert tiltak mot gravide og småbarnsfamilier i risiko for psykisk skjevutvikling. Prosjektet søker ny kunnskap ved å beskrive og kartlegge brukerne av familieambulatoriet. Fokus er hvorvidt sykehusjournalene ved Sykehuset Levanger for mor og barn inneholder dokumentasjon av sentrale forhold mht. risikobelastning. I hvilken grad: \* Er brukerne tiltakets intenderte målgruppe mht. risikobelastning? \* Inneholder sykehusjournalene dokumentasjon om sentrale risiko- og beskyttelsesfaktorer knyttet til psykisk skjevutvikling? Spørsmålene besvares med deskriptiv kvalitativ/kvantitativ analyse, fordeling og forekomst. Ut fra samtykke om innsyn i journal innhentes informasjon utfra strukturerte forhåndsformulerte spørsmål som søkes besvart med foreliggende journalopplysninger.*

---

#### **Vurdering**

Komiteen har vurdert søknad, forskningsprotokoll, målsetting og plan for gjennomføring. Etter komiteens oppfatning tar prosjektet sikte på å undersøke hvorvidt familieambulatoriet drives målrettet. Studien fokuserer på om sykehusjournalene ved Sykehuset Levanger for mor og barn inneholder dokumentasjon om sentrale forhold med hensyn til risikobelastning. Følgende forskningsspørsmål skal besvares: Er brukerne tiltakets intenderte målgruppe med hensyn til risikobelastning? Inneholder sykehusjournalene dokumentasjon om sentrale risiko- og beskyttelsesfaktorer knyttet til psykisk skjevutvikling? Det er i den forbindelse ønskelig å innhente opplysninger fra mors og barns journal.

Komiteen finner at prosjektet har karakter av å være en kvalitetssikringsstudie og kan derfor gjennomføres uten forhåndsgodkjenning av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Vurderingen begrunnes med at det overordnede formålet med prosjektet er å studere hvorvidt Familieambulatoriet fungerer slik det er intendert. Dette skal oppnås ved å undersøke om journalene ved sykehusene dokumenterer informasjon slik de er ment å gjøre, ved gjennomgang av allerede innsamlet data. Studien innebærer med andre ord en evaluering av kvaliteten på dokumentasjon.

Komiteen minner om at kvalitetssikringsstudier skal, før igangsettelse, være godkjent av den lokale ledelsen, samt meldes til personvernombudet ved institusjonen.

Komiteen ber om å få en tilbakemelding dersom det i studien skal fokuseres på andre formål utenom kvalitetssikring av tiltaket Familieambulatoriet og evaluering av kvaliteten på dokumentasjon.

### **Vedtak**

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge har funnet at prosjektet faller utenfor komiteens mandat, jf. helseforskningsloven § 2.

Komiteen var enstemmig i sin beslutning.

### *Klageadgang*

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Sven Erik Gisvold Dr.med.  
Leder, REK midt

Ramunas Kazakauskas  
Førstekonsulent

**Kopi til:** jo.magne.ingul@hnt.no

## Vedlegg 5: Godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harde Hårfages gate 2  
N-5067 Bergen  
Hordaland  
Tel: +47 55 58 21 17  
Fax: +47 55 58 96 90  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org nr: 995 321 884

Jo Magne Ingul  
Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling  
Sykehuset Levanger  
7600 LEVANGER

Vår dato: 10.08.2015

Vår ref: 43766 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.06.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

43766                                      *Evalueringsprosjekt av familieambulatoriet. Beskrivelse av brukere av familieambulatoriet og deres tjenestebruk.*  
Behandlingsansvarlig                      *Helse Nord-Trøndelag IIF, ved institusjonens overste leder*  
Daglig ansvarlig                              *Jo Magne Ingul*

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.


Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondansen med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2025, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Bjorn Henriksen

  
Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77  
Vedlegg: Prosjektvurdering

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 43766

Formålet med prosjektet er å kartlegge/si noe om i hvilken grad Familieambulatoriet (FA) kan sies å drive målrettet.

Utvalget omfatter 350 mødre og deres barn som er eller har vært brukere av FA. Rekruttering og innhenting av samtykke til innhenting av informasjon i mor og barnets journal ved Sykehuset Levanger vil skje skriftlig, jf. epost fra prosjektleder 07.07.2015. Personvernombudet legger til grunn at taushetsplikten ikke er til hinder for førstegangskontakten.

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse.

Personvernombudet finner i utgangspunktet informasjonsskrivet mottatt 07.07.2015 tilfredsstillende, men forutsetter at følgende rettes opp/endes;

- Avsnitt "Hvilke opplysninger vil vi samle inn" - setningen "Opplysningene beskrives slik at de kan telles opp ....." slettes
- Avsnitt "Hva skjer med informasjonen om deg og barnet ditt" - setningen "Informasjonen blir så anonymisert før forskere ved sykehusene og NTNU analyserer hva som er likt og forskjellig mellom deltagerne" endres til "Forskere som skal analysere datamaterialet vil kun ha tilgang til aidentifiserbare opplysninger. Med aidentifiserbare opplysninger forstås at opplysningene vil være uten personidentifiserbare kjennetegn, men det vil være et løpenummer som knytter seg til en navneliste. Denne navnelisten oppbevares adskilt fra datamaterialet ved Sykehuset Levanger. Når prosjektet er avsluttet, 31.12.2025 vil navnelisten bli slettet"
- Avsnitt "Hva skjer med informasjonen om deg og barnet ditt" - setningen "Anonymisering....." slettes
- Avsnitt "Hva skjer med informasjonen om deg og barnet ditt" - setningen "Når opplysninger....." slettes
- det må tydeliggjøres fra hvilke instanser det ønskes hentes opplysninger. det er bl.a. ikke tilstrekkelig at det står "kontakt med andre hjelpeinstanser". Det må presiseres hvilke hjelpeinstanser (navn).
- setningen "Dersom du ønsker å delta eller ...." må navn på prosjektleder psykologspesialist Jo Magne Ingul fremgå først

Tilsvarende endres på side 2 (den versjon som beholdes av respondenten). Revidert informasjonsskriv skal sendes til personvernombudet@nsd.uib.no før utvalget kontaktes.

Opplysninger som innhentes vil bl.a. være opplysninger om svangerskap og fødsel fra journaler ved Sykehuset Levanger, barnets journal ved BUP og barneavdelingen ved Sykehuset Levanger, informasjon om henvendelse til/med Familieambulatoriet.

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 punkt 8 c).

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Helse Nord-Trøndelag HF sine interne rutiner for datasikkerhet.

Forventet prosjektslutt er 31.12.2025. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)

Prosjektet er et samarbeid mellom Helse Nord-Trøndelag HF og NTNU (prosjektleder har en bistilling der) hvor førstnevnte er behandlingsansvarlig institusjon. Personvernombudet anbefaler at denne behandling/ansvarsfordeling formelt er avklart mellom institusjonene og anbefaler at det utarbeides en avtale som blant annet omfatter ansvarsfordeling, ansvarsstruktur, hvem som initierer prosjektet, bruk av data og eventuelt eierskap.

REK midt (2015/579) har funnet at prosjektet faller utenfor helseforskningsloven § 2.

## Vedlegg 6: Brev med forespørsel om skriftlig samtykkeerklæring til deltagelse i forskningsprosjektet

Utarbeidet til Delstudiet 2.

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

#### *"Beskrivelse av utvikling hos brukere av Familieambulatoriet"*

##### **Bakgrunn og formål**

BUP i ved sykehusene i Levanger og Namsos og RKBU Midt-Norge ved universitetet NTNU ønsker sammen å undersøke om målsetningene med det nye tiltaket Familieambulatoriet i Levanger og Namsos gjennom å beskrive kjennetegn og utvikling hos brukere av Familieambulatoriets tjenester; gravide/småbarnsforeldre med psykiske, sosiale eller rus-problemer og deres barn.

##### **Hvis du vil delta i undersøkelsen av Familieambulatoriet: Returner dette arket underskrevet.**

Deltagelse er frivillig og du kan når som helst trekke tilbake samtykket.

Om du deltar får ingen betydning for hva slags hjelp du får fra Familieambulatoriet.

Vi ønsker at du deltar så lenge du har kontakt med Familieambulatoriet.

##### **Hva innebærer det å delta?**

**Deltagelse innebærer at helsepersonell ved Sykehusene i Levanger og Namsos kan hente ut og systematisere informasjon fra din og barnets journaler ved sykehusene og fra fødselsregisteret. Du eller barnet ditt skal ikke svare på noen spørreskjema eller intervju eller gjennomgå noen ekstra undersøkelser for å delta i forskningen.**

##### **Hvilke opplysninger vil vi samle inn.**

Dette er opplysningene vi ønsker å samle inn om alle brukere i Familieambulatoriet som samtykker:

- Opplysninger om svangerskap og fødsel fra Fødselsregisteret
- Opplysninger fra din journal ved sykehuset om familiesammensetning, din rolle som mor/far, egne og nettverkets ressurser, bolig/sysselsetting, historie og hjelpeinstanser i forhold til somatisk og psykisk helse og rusmiddelbruk, henvisningen til Familieambulatoriet og svar på spørsmål om brukertilfredshet.
- Opplysninger fra barnets journal ved sykehuset om barnets helsetilstand og utvikling

Opplysningene beskrives slik at de egner seg for å telles opp og at du ikke kan gjenkjennes i dataene. Du har rett til innsyn i alt som samles inn om deg og ditt barn.

##### **Hva skjer med informasjonen om deg og barnet ditt?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og kan ikke utleveres til noen.

Opplysningene samles inn og systematiseres av helsepersonell. Informasjonen blir så anonymisert før forskere ved sykehusene og NTNU analyserer hva som er likt og forskjellig mellom deltagerne.

Anonymisering betyr at navneliste/ koblingsnøkkel lagres adskilt fra alle andre opplysninger. Når opplysningene er ferdig samlet inn i 2025 slettes navneliste/koblingsnøkkel (avidentifisering). Du har rett til å få vite hvem som deltar i innsamling og analyse av opplysningene.

**Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Tone Haugan eller Jan Egil Wold ved Sykehuset Levanger (75098204), eller Tormod Rimehaug ved NTNU (91681397).** Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

-----  
**Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta**

----- (Navn på deltaker, dato)

## Vedlegg 7: Informasjonskategorier brukt til utarbeidelse av variabler

Risikofaktorer hos mor	Risikofaktor i barnet	Risikofaktorer i familien	Barnehage
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alder***</li> <li>- Amning**</li> <li>- Startvanske amning**</li> <li>- Varighet amning**</li> <li>- Psykiske vansker *</li> <li>- Rus under svangerskap *</li> <li>- Rusvansker før/nå*</li> <li>- Sivilstatus*</li> <li>- Yrkesstatus*</li> <li>- Utdanning*</li> <li>- Utrygghet i morsrollen</li> <li>- Beskrivelse av ikke god foreldrekompetanse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prematuritet*</li> <li>- Alvorlig somatisk syk*</li> <li>- Hjerneskode*</li> <li>- Barnets fungering på samtlige basalkompetanseområder (kognitiv/språklig/atferd, emosjonelt, sosialt og motorikk) *</li> <li>- Irritabilitet*</li> <li>- Humør*</li> <li>- Aktivitetsnivå*</li> <li>- Utrygg tilknytning*</li> <li>- Sosial tilbaketrekning*</li> <li>- Fravær fra barnehage*</li> <li>- Tilpasning i barnehage*</li> <li>- Utsatt for fysisk omsorgssvikt*</li> <li>- Utsatt for psykisk omsorgssvikt*</li> <li>- Utsatt for seksuelle overgrep*</li> <li>- Adoptert*</li> <li>- Brudd i barns nære relasjoner*</li> <li>- Plassering i beredskapshjem*</li> <li>- Plassering i fosterhjem*</li> <li>- Plassering i plassert i institusjon*</li> <li>- Første eller andre generasjon immigranter i Norge*</li> <li>- Lang atskillelse fra omsorgsgiver*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Samspill foresatt barn beskrives ikke som trygt***</li> <li>- Samspillet mellom mor og barn blir ikke beskrevet som godt****</li> <li>- Beskrives det utrygg tilknytning? *****</li> <li>- Omsorgsgivere beskriver barnet i negative ordlag*****</li> <li>- En eller flere av primære omsorgspersonene har selv vokst opp med omsorgssvikt, mishandling, seksuelle overgrep, utnyttelse eller familievold. *</li> <li>- Foreldre somatisk syke*</li> <li>- Konflikt*</li> <li>- Nåtidig/ tidligere voldsutøvelse i familien*</li> <li>- Kriminalitet*</li> <li>- Sosialt isolert*</li> <li>- Manglende oppholdstillatelse*</li> <li>- Samlivsbrudd*</li> <li>- Flyttinger*</li> <li>- Barnet har hatt/ har steforeldre*</li> <li>- Uavklart oppholdsstatus eller fått avslag på opphold i Norge*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Går barnet i barnehage</li> <li>- Kontakt mellom Familieambulateriet og barnehage (fra/til, til/fra)</li> <li>- Form på kontakt mellom Familieambulateriet og barnehage (møte, telefon, brev)</li> </ul>

Det er beskrevet færre risikofaktorer her enn omtalt senere i artikkelen. Dette fordi enkelte variabler omhandler 2 variabler for samme risikoforhold. Informasjonskategorien «familie» ble senere delt i to. \* Kvello (2015b) \*\* Eberhard-Gran (2011). \*\*\* Shiner, Masten, & Tellegen (2002), \*\*\*\* Rutter(1995), \*\*\*\*\* Berg- Nielsen (2008). \*\*\*\*\* Benoit, Parker, & Zeanah, (1997).

## Vedlegg 8: Tolkingsveileder, Delstudiet 2

### Tolkingsveilederens hensikt

Tolkingsveilederen skal bidra til at koderne i størst mulig grad koder data fra journalene likt (reliabilitet).

### Hvem skal det hentes informasjon fra?

- Brukere i Familieambulatoriet ved Levanger Sykehus, NT fra og med 2009 til og med 2014 som har samtykket. (Totalt: 59 stykker).
- Informasjon skal innhentes fra barnets journal til og med barnet fyller 2 år.

### Hvor finnes journalen?

- Informasjon skal innhentes fra følgende journalsystem:
  - Mors Tverrfaglig journal Psykiatri (H50)
  - Mors føde/jordmor journal (H6)
  - Barnets føde/jordmor journal
  - Barnets BUP-journal
- Tekst som skal kodes er tekst skrevet av familieambulatorietansatte og BUP-ansatte knyttet til deres arbeid i Familieambulatoriet, men også tekst ansatte i Familieambulatoriet rutinemessig har tilgang til.

### Hvordan innhente informasjonen?

Informasjonen hentes inn ved at 3 kodere fordeler de 59 brukerne som har samtykket likt mellom seg. Dvs. (20+20+19) journaler på hver enkelt.

Journalene på hver bruker skal leses gjennom og koderen skal deretter legge inn informasjonen fra journalene inn i datamatriksen (SPSS-fila).

Kodere bør ha tilgang til 2 PCer hver slik at den ene pc-skjermen viser journalen mens den andre pc-skjermen viser datamatriksen.

**NB!** Det er kun ved variabler der det spesifikt står i tolkningsveilederen at visse ord må stå oppgitt i journal for å kunne kode at det stilles slike krav. Hvis det ikke står noe om dette i tolkningsveilederen er det ikke krav til at selve ordet må stå i journal. Eks. ordet «Prematuritet».

### Hjelp til tolkning

Enkelte variabler kan skape tvil hos koderen i forhold til hvorledes kode. Benytt da følgende retningslinjer for koding:

Variabel:	Tolkning:
3 Prematuritet	Prematuritet= Svangerskapsalder mindre enn 37 uker Meget prematur: Svangerskapsalder mindre enn 32 uker Ekstrem prematur: Svangerskapsalder mindre enn 28 uker (Kilde: Nasjonale faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn, sosial- og Helsedirektoratet, 2007)
4 Abstinenssymptom	Ordet abstinenssymptom skal være dokumentert/skrevet i journal for å kunne kode «Ja» for dette.
8 Alvorlig somatisk sykdom	Barnet er eller har hatt alvorlig somatisk sykdom som har innebåret minst en av følgende: a) at barnet har vært innlagt flere ganger og/eller for en lengre periode i sykehus



	<p>b) at det over en lengre periode har vært fare for barnets liv, eller at sykdommen har eller kunne ha gitt alvorlige komplikasjoner, eller</p> <p>c) at det har ledet til betydelige restriksjoner for hva barnet har kunnet delta på av aktiviteter og typer av arenaer. (Spesifiser arenaene i kommentarfeltet når du koder)</p> <p>Ref. Ø. Kvello:2015</p>
9 og 10 Basal fungering	<p>Med aldersadekvat «Basalfungering» menes her at barnet beskrives av helsepersonell som normal og aldersadekvat i forhold til dets:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Sosioemosjonelle utvikling</li> <li>* Sensorisk utvikling</li> <li>* Kognitiv utvikling</li> <li>* Språklig utvikling</li> <li>* Motorisk utvikling (mindre vansker på motorikk kan tolereres, Kvello)</li> </ul>
20 Høyt fravær Barnehage	<p>Dette skal kodes om det står eksplisitt beskrevet i journal at barnet har hatt høyt fravær fra barnehage. (Rapporteres om det enten fra foreldre eller andre).</p>
21 Fysisk omsorgssvikt  22 Psykisk omsorgssvikt	<p>Det må stå i journal at foreldre eller andre bekrefter at det er blitt utøvd omsorgssvikt overfor barnet.</p> <p>Det skal i journal være dokumentert at foreldre eller de som har omsorgen for barnet påfører det fysisk eller psykisk skade eller forsømmer det så alvorlig at barnets fysiske og/eller psykiske helse og utvikling er i fare (Jmf. Killèn sin def. På «Omsorgssvikt» 1994).</p> <p><b>NB!</b> Dette må stå dokumentert minst 3 ganger i journalene vi går gjennom på brukeren for å kunne kode «Ja» på dette.</p> <p>Det finnes ingen universell definisjon av omsorgssvikt. Norges offentlige utredninger (NOU 1982:26) "Barnemishandling og omsorgssvikt" definerer omsorgssvikt som "det å forsømme og dekke et barns behov i en slik grad at det utsettes for fysisk eller psykologisk skade eller fare".</p>
31 Lang atskillelse	<p>Lang atskillelse defineres til å være mer enn en uke i barnets første leveår, deretter av minst to ukers varighet i barnets andre leveår, så over en måned fram til femårsalderen.</p> <p><b>NB!</b> Det krysses ikke av for både dette og variabel 24 (adopsjon), 25 (Beredskapshjem), 27 (Brudd i relasjoner med personer barnet sto nær, for eksempel tap av omsorgspersoner eller søsken i dødsfall, kontaktbrudd e. samlivsbrudd, konflikter osv.) eller 50 hvis det omhandler samme forhold.</p>
51 Samlivsbrudd	<p>Hvis samlivsbruddet ledet til kontaktbrudd mellom foreldre og barnet, er det riktigere å KUN krysse av for 27</p> <p>Brudd i relasjon og IKKE både 27 og 50.</p>
32 Utrygg tilknytning	<p><b>NB!</b> Det krysses kun av for utrygg tilknytning når diagnosen «Reaktiv tilknytningsforstyrrelse» er stilt, eller det er benyttet klassifiseringsinstrumenter slik som Circle of Security, Care Index osv.) (Kvello: 2015)</p>
35 Tilpasning i barnehage	<p>Med å tilpasse seg godt menes her at barnet beskrives å innordne seg rutiner, godtar grensesetting, er sosialt inkludert (Kvello: 2015).</p> <p>Det må for å kode dette stå dokumentert i journal beskrivelser på at barnet trives i barnehagen (eks. vil i barnehagen med mer.).</p>
48 Nav	<p>Det må spesifikt stå i journal at mor har hatt kontakt med NAV.</p>
49 Sosialt isolert	<p>Det skal stå dokumentert at bruker selv sier hun opplever at familien er sosialt isolert.</p>
52	<p>«Siste året» gjelder fra siste journalnotat og 1 år bak i tid.</p>

55 Kontakt barnehagen	Skriv opp årstall /mnd. for når det ble tatt kontakt med barnehagen i tillegg til hvor gammelt barnet var ved førstegangskontakt i kommentararket.
63 Omsorgsutøvelse	God omsorgsutøvelse betyr at mor ivaretar barnets grunnleggende behov for stimulering, oppfølging og beskyttelse. For å kode «Ja» på «god omsorgsutøvelse» må det stå dokumentert i journal at omsorgsgiver er sensitiv overfor barnets behov. Varm, ivaretagende og reagerer adekvat på barnets signaler.
68 Beskrivelse mor2 Foreldrekompetanse	For at det skal kunne kodes «Ja» for god foreldrekompetanse må det stå dokumentert i journal at mor klarer å se og møte barnets behov, mor beskrives som varm, ivaretagende, sensitiv og responsiv overfor barnet.
64 Sosial støtte	Det må stå dokumentert i journal at mor opplever barnet har jevnlig kontakt med andre voksne som hun opplever som sosial støtte for å kode «ja» på dette.
66 Beskrivelse Tilknytning	Det må stå beskrevet «god tilknytning» i journal for å kunne kode dette.
69 Godt samspill	Beskrives det observasjon av gjensidig godt samspill i journal? Her kreves det at det står beskrevet «godt samspill» i journal for å kode «Ja» for godt samspill mellom mor-barnet.
53 Steforeldre	For å regnes som steforelder må mor og vedkommende være samboende. Kjæreste regnes ikke som steforelder.
76 Telefonkonsultasjoner	Gjelder antall registrerte telefonkontakter i journal. Også SMS.
60 Barnevernet fylkesnemnd	Dette gjelder i forhold til det spesifikke FA-barnet.

### «Missing» / Hvis det ikke er rapportert på en variabel

Hvis det ikke er rapportert på en variabel lar du variabelen være blank (ikke fyll inn noe ved «missing»). NB! Om det det spørres om ikke står noe om i journal er det «missing» (lar variabelen stå blank). Men om for eksempel det står at ASQ-se er utfylt og at det står at skåringen ikke viser noen bekymringer knyttet til for eksempel aktivitetsnivå blir det viktig å skåre at barnet ikke har unormalt aktivitetsnivå fremfor «missing».

NB! Variabel 99 betyr at det er for dårlig journalkvalitet på det punktet det spørres om. Det betyr at det det spørres om ikke blir besvart av journalen. (Har vært aktivitet som burde ha inneholdt informasjon om det det spørres om).

### Hvis tolkningshjelp ikke fungerer/ Hva gjøres ved tvil?

Hvis tolkningsveilederen ikke hjelper i forhold til kategorisering/koding av variablene skal koderen ta kontakt med supervisor Jo Magne Ingul for avklaring.

### Hvordan bruke kommentararket?

Hver koder må ha et kommentar ark ved siden av seg når de koder (se eks. under).  
Bruk en tvilsskala fra 0-10 ved tvil der 10 = stor grad av tvil. Fra og med 5 på denne tvilsskalaen skal koder skrive hvorfor vedkommende velger å kode som hun gjør i kommentarfeltet samt hvor i journal/hvilken journal denne informasjonen står beskrevet i.

Navn	Kommentar
Prematuritet	
Abstinenssymptom	
Amming	
Varighet amming	
Somatisk syk	
Barnets fungering helsepersonell	
Barnets fungering foresatte	
Utvikling forsinket	
Irritabilitet	
Temperament	
Aktivitetsnivåhelsepersonell	

I dette kommentararket skal det for hver variabel føres opp følgende:

- Hvor (Hvilket journalsystem) det er funnet hvilken informasjon.
- Grad av tvil ved koding (Skala fra 0 = Ingen tvil mens 10 = stor tvil).
- Generelle kommentarer
- Tilleggsinformasjon

Eks. Det skal dokumenteres om det fremgår at det finnes annen dokumentasjon (journal) på brukeren i sykehussystemet, men som ikke FA-ansatte går inn i.

### Generelt

Det er viktig at journaler som er av så dårlig kvalitet at det er vanskelig å kode droppes. Dette må da dokumenteres. Det beregnes ca. 6 dagers varighet på hver koder.

Etter fullført koding gjennomgås disse av supervisor og leder av hovedforskningen for hver enkelt koder.

NB! Det er viktig at koderne bruker tolkningsveilederen og kommentararket aktivt. Skriv ut et kommentarark på hver bruker som kodes.

OBS! Variabel «Sjekkpunkt» står det at sjekkpunkt startet fra 01.01.12. Dette er feil. Det startet nov/des. 2011.