

PREprint av artikkel i Tidsskrift for norsk psykisk helsearbeid 2018(4)

Familieambulatoriet;

-en vellykket modell for identifisering av sped- og småbarn i risiko?

Karianne Framstad Holden¹⁾, Jo Magne Ingul¹⁾, Kjersti Steinsli, Jan Egil Wold og Tormod Rimehaug¹⁾
BUP, Helse Nord-trøndelag ¹⁾ og RKBU Midt-Norge, IPH, NTNU

BAKGRUNN

«Familieambulatoriet» ble i 2012, etter 3 års drift ved tre pilotenheter, bestemt opprettet i hele Norge av Helsedirektoratet. Dette skjedde uten at det var gjort annen evaluering enn en studie av brukertilfredshet (Bjørngen & Westerlund,2012), og det ble heller ikke lagt tydelige føringer for hvordan familiambulatoriemodellen skal utformes; – dette ble overlatt til lokal planlegging.

Denne artikkelen beskriver og vurderer rekrutteringen til en av de tre pilotenhetene, og kan forhåpentligvis fungere som grunnlagsinformasjon i de mange lokale planleggingsprosessene som nå foregår, og i det psykiske helsearbeidet med små barn i risiko både kommunalt og i helseforetakene.

En trygg og utviklings-støttende barndom er en av de viktigste investeringene en nasjon kan gjøre, ifølge nobelprisvinner i økonomi James J. Heckman (2000). Flere studier viser at barn kan vise tegn på psykisk skjevutvikling allerede i førskolealder (Angold & Egger, 2006; Skovgaard et al., 2007) og forskere har vist at jo flere tydelige og alvorlige risikofaktorer og jo tidligere i livet barnet utsettes for dem, jo verre vil barnets prognose være (Appleyard, Egeland, van Dulmen, & Stroufe, 2005).

I utviklingsperioden fra null til seks år er mange risiko- og beskyttelsesfaktorer for barnets psykiske helse knyttet til miljøfaktorer og forhold i omsorgssystemet. Videre er det kjent at hos småbarn med vedvarende psykiske vansker ligger kontinuiteten i størst grad i et vedvarende dårlig miljø, og ikke i egenskaper ved barnet (Martinsen, 2010; Skovgaard, 2008). Forskning viser at det er særskilt viktig å kartlegge «kardinalrisikofaktorer»; foreldre-barn-samspillet (Rutter, 1995a; Skovgaard, et al., 2007) og utrygg tilknytning, særlig av typen desorganisert (Berg-Nielsen, 2008). Ved vurdering av små barns psykiske helse og prognose viser disse to seg som nøkkelfaktorer for psykopatologi hos sped- og småbarn. Det legges vekt på at det er viktig å kartlegge *alle* risikofaktorer i og rundt barna fordi det synes å være en kumulativ effekt av å være eksponert for fire eller flere risikofaktorer (Rutter, 1979).

Med dette som bakgrunn synes det essensielt ved forebygging og tidlig intervensjonsarbeid ovenfor små barn at hjelpeapparatet har et spesielt våkent blikk for risiko- og beskyttelsesfaktorer i barnets miljø. Forebyggende intervensjoner kan ha som virkning å redusere antallet eller styrken av risikofaktorene, eller å øke og styrke beskyttende faktorer.

En av helsevesenets strategier for å realisere forebyggingspotensialet beskrevet ovenfor har vært å etablere FA, først som pilot senere som permanent virksomhet i hele landet. På grunn av manglende evaluering av piloten, med unntak av en brukerevaluering (Bjørgen & Westerlund, 2012), synes det ekstra viktig å forske på og evaluere dette tiltaket bedre. I denne studien presenteres resultater fra en kartlegging av hvilke risikofaktorer som er kjent blant brukerne av FA, og hvorvidt disse har blitt dokumentert i brukernes journal.

Familieambulatoriemodellen

Familieambulatoriet (FA) ved Sykehuset Levanger er en tverrsektoriell intervensjonsmodell som har som mål at gravide som sliter med rus og/eller psykiske vansker og deres etter hvert fødte sped- og småbarn skal få mulighet til ekstraordinær støtte for å forebygge kumulative risikoeffekter samt forstyrrelser i samspillet. Det overordnede målet er at barn kan få en god nok oppvekst selv om de blir født av foreldre som er sårbare på grunn av psykiske vansker og/eller rusproblem.

Familieambulatoriet er et lavterskeltilbud hvor veien inn er lett for gravide som trenger ekstra oppfølging i svangerskapet, og etter hvert det nyfødte barnet helt frem til barnets skolestart, hvis det er behov for det. Alle kan henvise, og første kontakt skjer oftest via telefon til ansatte i Familieambulatoriet. FA kartlegger risiko- og beskyttelsesfaktorer, vurderer symptomer og utvikling hos barnet, og formidler kontakt til tjenester familien har bruk for.

Familieambulatoriet ble opprinnelig utviklet ved Thomas Jefferson University Hospital i Philadelphia i USA av den amerikanske barnelegen Loretta Finnegan (Finnegan & Kandall, 1992) og i Danmark ved Hvidovre Hospital og Rigshospitalet i i 1989 av overlege May Olafsson. Helse Nord- Trøndelag var det første foretaket ved siden av Vestre Viken i Norge som var pilotsted og som tok i bruk Familieambulatoriemodellen.

Formål og problemstilling

Forutsetningen for at Familieambulatoriets virksomhet skal være et målrettet forebyggings- og intervensjonstiltak er at tjenesten kommer i kontakt med og identifiserer gravide, sped- og

småbarn og deres familier med en betydelig risiko, og at FA identifiserer forhold som er viktige med tanke på mulig psykisk skjevutvikling hos små barn.

Problemstillingen har derfor vært å undersøke hvorvidt FA identifiserer små barn i risiko for psykisk skjevutvikling med hensyn til kardinal- og kumulativ risiko, og i hvilken grad disse risikofaktorene er dokumentert i journal? Vi ønsket også å undersøke om brukere av FA er tydelig forskjellig fra gjennomsnittsfødende i Norge.

METODE

Utvalg

Utvalget var brukere i FA i perioden 2009-2014 som både hadde mottatt eller avslått tilbudet om kontakt med FA, samt de som hadde avsluttet FA-tilbudet av andre grunner (abort, flyttinger, omsorgsovertagelse etc.). Brukere var både gravide, nybakte mødre og deres barn født i tiden mor var bruker i FA. I alt ble 246 mødre invitert via brev til deltagelse i studien. 80 av disse lyktes det ikke å få kontakt med hverken pr. post eller telefon. Det er grunn til å anta at henvendelsen har nådd fram til 166 mulige deltagere. Av disse samtykket 59 (35%) til deltagelse. 42,4 % av mødre i utvalget var under 25 år gamle, mens 25,4% var over 30 år gamle. Av mødrene var det 45,8% som ikke var yrkesaktive. Disse tallene støttes av tidligere undersøkelse gjort av FA-brukere (Bjørgeren & Westerlund, 2012) der de fleste i utvalget viste seg å stå utenfor arbeidslivet. 21,7% (n=10) hadde ikke fullført videregående skole. 70% (n=35) av mødrene var samboende eller gift. 45,7% (n=21) av utvalget var brukere av FA i perioden fom. 2013 tom. 2014. 36,9% (n=17) var brukere i perioden 2011-2013. De øvrige var brukere fom. oppstarten av FA i 2009 tom. 2010.

Barna i utvalget var fra nyfødte tom. 2 år gamle ved undersøkelses-tidspunktet. Kun (4,3%(n=2) var barn som var første eller andre generasjon immigrant til Norge.

Datainnsamling

Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Brev ble sendt ut med informasjon om studien sammen med samtykkeerklæring og frankert svarkonvolutt. Hvis skriftlig samtykke ikke var mottatt etter 2-3 uker ble det sendt en SMS til mor med beskjed om at vi ville ringe henne. Etter dette ble mor oppringt etter prosedyre godkjent av NSD. Det ble i telefonsamtalen forklart om studien, og at det for henne ikke ville bli noen forskjell i kontakten med familieambulatoriet uansett deltagelse eller ikke. Det ble understreket at

deltagelsen var frivillig. Det ble innhentet samtykke fra mor til innsyn i journal for både mor og barn ved alle aktuelle avdelinger ved Sykehuset Levanger.

Fem journaler ble gjennomgått og skåret ut fra nedenfor nevnte sjekklister (Kvello, 2015a) av førsteforfatteren. Det ble så laget en skåringsveileder som ble gjennomgått av de 3 koderne slik at skåringsveilederen ble tydeliggjort.

Tre personer med helsefaglig bakgrunn kodet variabler ut fra gjennom-lesning av journalene. Det ble gjennomført en reliabilitetstest mellom de tre koderne ved at 6 journaler ble kodet av alle tre og Kappa for samsvar i kodingene ble beregnet til 0,796 på de 52 variablene.

Mål/ variabler

Kvello sin sjekklister for potensielle virksomme risiko- og beskyttelsesfaktorer med tanke på psykisk skjevutvikling (Kvello, 2015a) ble operasjonalisert som variabler for datainnsamlingen. De mest virksomme risiko- og beskyttelsesfaktorene i Kvello sin sjekklister er godt fundert i litteratur og forskning (Kvello, 2015a), men modellen som sådan er ikke validert.

I tillegg ble demografiske og helse- og omsorgsrelaterte variabler kodet: Mors alder, amming, mors rusbruk under svangerskapet, samspill og tilknytning med barnet, samt omsorgspersoners beskrivelser av barnet.

Det ble kodet «Ja» om risikofaktoren var til stede, «Nei» om risikofaktoren ikke var til stede og 99 for missing. Sistnevnte viste at man ut fra journal skulle ha forventet at variablene skulle ha vært dokumentert, men ikke var det. I tillegg ble det kodet blankt for informasjon det ble spurt om, men som det ikke var mulig å kode/manglet.

Tabell 1: Informasjonskategorier brukt til vurdering av risikofaktorer

Risikofaktorer hos mor	Risikofaktor i barnet	Risikofaktorer i familien
- Alder***	- Prematuritet*	- Samspill foresatt barn beskrives ikke som trygt***
- Amming**	- Alvorlig somatisk sykt*	- Samspillet mellom mor og barn blir ikke beskrevet som godt****
- Startvanske amming**	- Hjerneskade*	- Beskrives det utrygg tilknytning?*****
- Varighet amming**	- Barnets fungering på samtlige basalkompetanseområder (kognitiv/språklig/atferd, emosjonelt, sosialt og motorikk) *	- Omsorgsgivere beskriver barnet i negative ordelag*****
- Psykiske vansker *	- Irritabilitet*	- En eller flere av primære omsorgspersonene har selv vokst opp med omsorgsvikt, mishandling, seksuelle overgrep, utnyttelse eller familievold.*
- Rus under svangerskap *	- Humør*	- Foreldre somatisk syke*
- Rusvansker før/nå*	- Aktivitetsnivå*	- Konflikt*
- Sivilstatus*	- Utrygg tilknytning*	- Nåtidig/ tidligere voldsutøvelse i familien*
- Yrkesstatus*	- Sosial tilbaketrekning*	- Kriminalitet*
- Utdanning*	- Fravær fra barnehage*	- Sosialt isolert*
- Utrygghet i morsrollen	- Tilpasning i barnehage*	- Manglende oppholdstillatelse*
- Beskrivelse av ikke god foreldrekompetanse	- Utsatt for fysisk omsorgsvikt*	- Samlivsbrudd*
	- Utsatt for psykisk omsorgsvikt*	- Flyttinger*
	- Utsatt for seksuelle overgrep*	- Barnet har hatt/ har steforeldre*
	- Adoptert*	- Uavklart oppholdsstatus eller fått avslag på opphold i Norge*
	- Brudd i barns nære relasjoner*	
	- Plassering i beredskapshjem*	
	- Plassering i fosterhjem*	
	- Plassering i plassert i institusjon*	
	- Første eller andre generasjon immigrant i Norge*	
	- Lang atskillelse fra omsorgsgiver*	

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), **** Rutter1995b), ***** Berg- Nielsen (2008). ***** Benoit, , Parker, & Zeanah, (1997).

Dataanalyse

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. Signifikansnivå ble satt til $p = .05$ hvis ikke annet er nevnt. Noen av resultatene ble sammenlignet med tall fra store offentlig tilgjengelige registre/statistikker. Alle prosenter er av totalantallet som har deltatt- uten å ta hensyn til manglende opplysninger, men omfanget av manglende opplysninger er for sentrale variable rapportert for sin egen del for å peke på en viktig feilkilde i forekomst-estimatene.

FUNN

I forhold til studiens første problemstilling;- hvorvidt FA når brukere de er ment å skulle nå samt i hvilken grad tiltaket bidrar til å identifisere små barn i risiko for psykisk skjevutvikling med hensyn til kumulativ risiko finner vi at det er registrert i gjennomsnitt 7,08 (SD= 4,24) risikofaktorer (se tabell 2) i de undersøkte familiene. Det ble funnet 4 eller flere risikofaktorer hos 42 familier; 80,8% av de vi hadde noen registrerte risikofaktorer på, noe som utgjør 71,2% av totalutvalget (se figur 1). Vi fant bare 10 barn i utvalget der det var registrert tre eller færre risikofaktorer, og det var ingen hvor det var eksplisitt dokumentert at de var helt uten risiko.

Tabell 2: Risikobelastning i barnets liv.

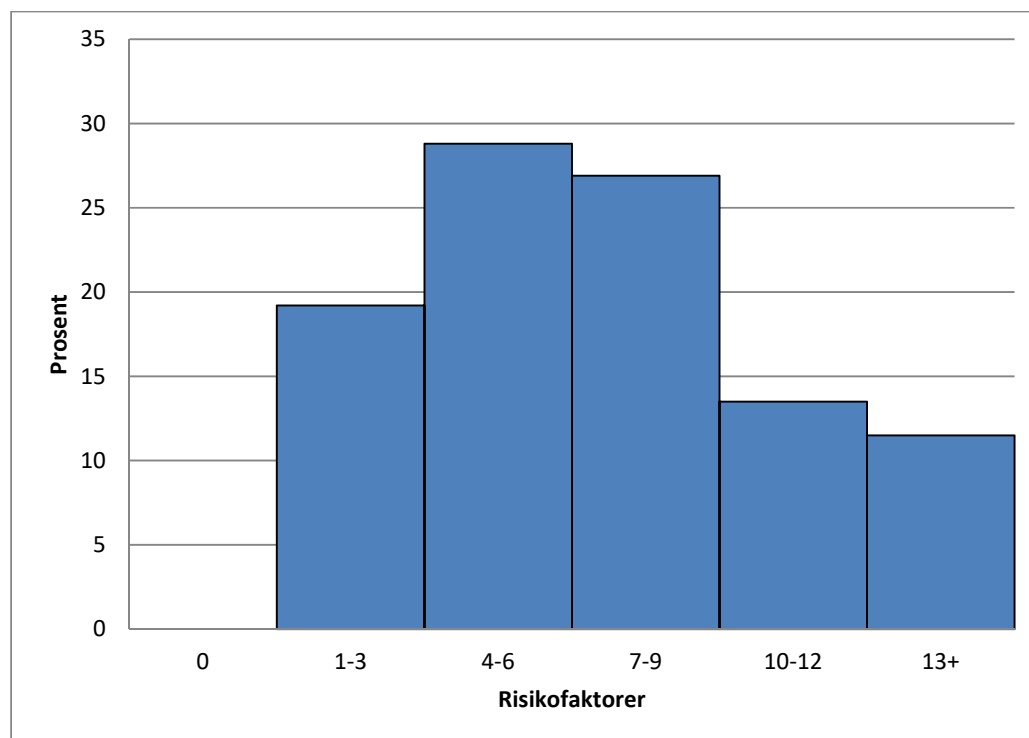
N= 59	Totalt antall risikofaktorer i barnets liv	Risikofaktorer knyttet til barnet	Risikofaktorer knyttet til mor	Risikofaktorer knyttet til omsorgsperson-barn	Risikofaktorer knyttet til familien
Gjennomsnitt	7,08	0,97	3,19	0,78	1,25
Standard avvik	4,24	1,33	2,24	1,45	1,52
Minimum	1	0	0	0	0
Maksimum	20	6	10	6	5
% med 1 eller fler risikofaktorer	100	50,8	86,4	28,2	54,2

Med hensyn til den relative fordelingen mellom de ulike risikofaktorene viser figur 2 og tabell 2 at det i halvparten av sakene ble identifisert en kombinasjon mellom risikofaktorer ved barnet og i foreldre/samspill, mens det i andre halvpart var kun risiko knyttet til mor, begge foreldre eller samspillet med barnet.

Vedrørende vår problemstilling knyttet til hvorvidt FA når tiltakets intenderte brukere og identifiserer sped- og småbarn i forhold til kardinalrisikofaktorene;- samspill og tilknytning, beskrives 23,7% (n=14) å ha risiko knyttet til samspillet med barnet og (27,1%) (n=16) beskrives å ha risiko knyttet til en beskrevet utrygg tilknytning. Tabell 2 viser at det gjennomsnittlig ble funnet 0,78 (SD= 1,45) risikofaktorer knyttet til samspill og tilknytning mellom omsorgsperson-barn.

I forhold til vurderingen av mors faktiske foreldrekompetanse vurderes den som god for 44,1%(n=26) av de 59 brukerne, og er vurdert som en risiko hos 13,6% (n=8) av brukerne. Mor beskrives av helsepersonell som trygg i morsrollen for 39% av brukerne, og 8 av 10 av brukerne beskriver barna sine positivt. En eller begge foreldre rapporterer å ha opplevd omsorgssvikt i egen oppvekst i 22% (n=13) av familiene.

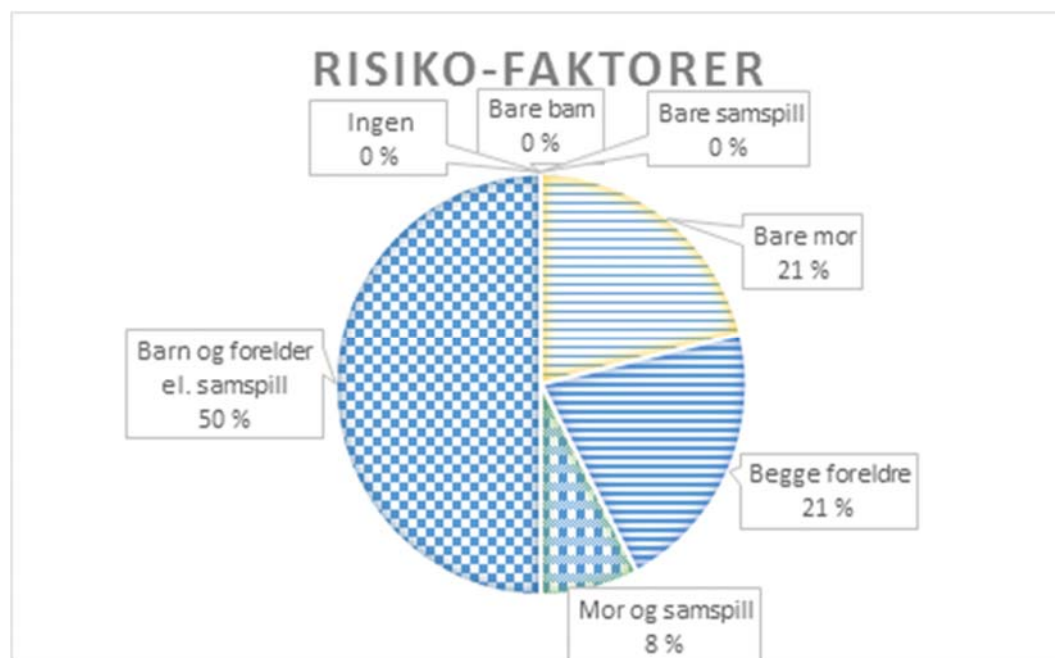
Figur 1: Forekomst av risikofaktorer i utvalget



Når det gjelder i hvilken grad risikofaktorer er dokumentert i journal fant vi at det manglet informasjon hos 13, 6 % (n=7) i så stor grad at risikonivå ikke kunne fastsettes. I en av fem journaler finner vi ikke opplysninger om mor-barn-samspillet, omsorgskvalitet eller amming. Opplysninger om samspill manglet i 21 journaler (35,6 %), og vurderinger av samspillet manglet i 14 (23, 7%) av journalene. Det manglet opplysninger om tilknytning og foreldrekompetanse i 20 (33,9 %) av de 59 journalene. Informasjon omkring forelderen hadde opplevd omsorgssvikt i egen oppvekst viste seg å ikke være omtalt i 24 (40,7%) av journalene. Det mangler videre informasjon om kriminalitet (23,7 %), vold (23,7 %), mors egne oppvekstforhold (27,1 %) samt mors bruk av rusmidler før svangerskapet og under svangerskapet i henholdsvis 50,8% og 42,4% av journalene.

Når det gjelder siste problemstilling der vi ønsket å undersøke hvorvidt brukere av FA er tydelig forskjellig fra gjennomsnittsfødende i Norge fant vi tydelige forskjeller i forekomst mellom utvalget og befolkningen generelt.

Figur 2. Den relative fordeling mellom risikofaktorene



Gjennomsnittsalderen til mødrene i FA var 26,6 år som er signifikant yngre enn gjennomsnittsalderen for fødende i samme periode i Norge som ifølge statistisk sentralbyrå var på 28,8 ($t(1486) = 3,27, p < ,01$). Av brukere som var i et parforhold ved fødselen holdt 7 av 10 par fortsatt sammen ved undersøkelsestidspunktet, slik at trettifem av mødrene var enten gift ($n = 12, 20,3\%$) eller samboende ($n = 23, 39\%$), totalt 59,3%, men den tilsvarende befolknings-forekomsten i Norge var 93,8% (2014) og 93,4% (2013) iflg. Medisinsk Fødselsregister (MFR) (2013,2014). Resultatene viste at mødrene i utvalget i høy grad slet med psykiske vansker og/eller lidelser. Av de 59 mødrene oppgav 40 (67,8%) at de slet psykisk, som er betydelig høyere enn de 8-10% som Folkehelseinstituttet (FHI, 2009:8) oppgir for befolkningen.

Videre fant vi at brukere i FA ammet barna sine sjeldnere enn gjennomsnittsmødre i Norge i samme periode. Dette gjelder særlig etter at barnet er fylt 3 måneder. De fleste mødrene i utvalget ($n = 31, 52,5\%$) startet amming, men 14 ($n = 23,7$) av disse hadde startvansker og bare 3,4% ($n = 2$) mødre ammet fortsatt barnet 6 måneder etter fødsel. Opplysningene om amming mangler i (25,4 %) ($n = 15$) av journalene. Tallene er derfor noe usikre, men tydelig forskjellige fra Mor-Barn-undersøkelsen i Norge (MBA) (Haggkvist, 2006) som viser at 99 %

starter med amming i Norge, mens 81 % ammet fortatt ved seks måneder. Forskjellen ved 6 måneder er statistisk signifikant ($\chi^2(2, 19271)= 3022,59, p < .05$). De fleste barna har hatt normal fødsel uten komplikasjoner, men det var dobbel forekomst av prematurfødte barn i FA-utvalget (13,6%) sammenlignet befolkningsforekomsten i samme periode og fylke; 6,9% iflg. MFR ($\chi^2(2, n= 1533)= 17,14 p < .01$).

Våre funn viser at 30,5% (n=18)barn i utvalget hadde kontakt med barnevernet, mens 11,9%(n=7) av barna er plassert i fosterhjem eller i institusjon. I Norge oppgir Statistisk Sentralbyrå at 1,96% av alle barn (0-2 år) fikk barnevernstiltak i løpet av 2012 (Statistisk sentralbyrå, 2012).

DISKUSJON

Resultatene viser at 8 av 10 barn i Familieambulatoriet har betydelig kumulativ risiko, og ingen familier er helt uten registrert risiko. Risiko knyttet til kardinalfaktorene, tilknytning og samspill, lå på under 30% av utvalget og med et gjennomsnitt på 0,78 risikofaktorer knyttet til samspill og tilknytning mellom omsorgsperson-barn. Samlet sett ser Familieambulatoriet ut til å komme i kontakt med samt identifiserer svært relevante brukere, og det synes ikke å være noen over-inklusjon i rekrutteringen. Resultatene viste at brukere i FA på viktige områder er signifikant forskjellige fra gjennomsnittsfødende i Norge. Studien viser at for et mindretall av brukerne er familiens risiko ufullstendig dokumentert.

De fleste risikofaktorene som er registrert i FA-familiene er påvist i barnets miljø og ikke knyttet til barna selv. Vårt utvalg er sterkt selektert nettopp på grunnlag av risikofaktorer hos de voksne, så utfra tidligere forskning (Bla. Appleyard, Egeland, van Dulmen, Sroufe,2005; Kvello, 2015a; Weinberg & Tronick, 1998) kunne en ha forventet at en større andel av barna kunne ha utviklet egne problemer. Samtidig ser vi at studiens resultater samsvarer med andre studier som understreker at miljøfaktorer, mer enn egenskaper ved barnet, best predikerer vansker i løpet av førskolealder (Skovgaard, 2008; Zeanah, Boris, & Scheeringa, 1997). Videre at symptomer hos små barn, isolert sett, er et dårlig egnet prognostisk signal (Kvello, 2015b). Det betyr derimot ikke at bare miljøfaktorer har betydning på lengre sikt, men at det er disse som er lettest å dokumentere i begynnelsen av livet. Ut fra kunnskapen om interaksjon mellom individ og miljø i problemutvikling, vil en reduksjon av miljørisikoen uansett kunne ha vesentlig betydning for graden av problemutvikling (Martinsen, 2010).

En mulig medvirkende forklaring til at studien viste at få barn hadde utviklet egne problemer kan være at det er vanskelig å skille mellom symptomuttrykk som er innenfor normalutviklingen og de som skal vekke bekymring hos sped- og småbarn.

FA-utvalget har dokumentert en gjennomsnittlig belastning på 7 risikofaktorer, videre har 80 % en høy kumulativ risiko som indikerer fare for framtidig psykisk og sosial skjevutvikling. Dette tyder på at FA identifiserer familier og små barn som er i faresonen for psykisk skjevutvikling. Dette blir bekreftet ytterligere ved at kardinalrisiko er til stede og knyttet til samspill for 23,7 % eller i form av utrygg tilknytning for 27,1 %. Kardinalrisikofaktoren «Utrygg desorganisert tilknytning» syntes å være lavere enn forventet da forekomsten på dette er på 70- 80 % i risikogrupper. (van Ijzendoorn, Shuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999). Samtidig er 27,1 % en høyere andel enn et normalutvalg (15 %) og indikerer at FA når målgruppen sin. Noe av årsaken til det relativt lave tallet på tilknytningsproblemer kan henge sammen med at mange av barna i utvalget var under 1 år og at det er vanskelig å vurdere og dokumentere tilknytningsmønsteret tydelig før 1-årsalderen. Dette betyr ikke nødvendigvis at gryende tilknytningsproblemer ikke har forekommet i utvalget, men det er vanskelig å vurdere tilknytningskvalitet før barnet er mobilt og det krever spisskompetanse på å differensiere mellom trygt og utrygt tilknytningsmønster samt på å skille mellom organisert og disorganisert tilknytningsmønster i denne aldersgruppen.

Når det gjelder kardinalrisikofaktoren «foreldre-barn-samspill» synes den sjelden (35,6%) dokumentert i journal og dette kan reflektere manglende fokus og/ eller metode-kompetanse. Forekomsten av samspillsproblemer kan derfor være høyere enn vi har kunnet dokumentere.

Det at de fleste mødrene opplevde seg som trygge i morsrollen reflekterer en tro på muligheten for mestring av foreldrerollen som regnes som en viktig forutsetning hos brukere for å ha nytte av forebyggende tiltak (Ogden, 2015). Videre det at så mange som 44,1 % ble beskrevet som å ha god foreldrekompetanse av helsepersonell på tross av de vanskene som familiene har og har hatt, er tegn på at personalet har den optimistiske holdningen som er viktig for motivasjon og samarbeid i forebygging (Whittaker, 2012). At 8 av 10 beskriver barna sine positivt kan fungere som en beskyttelsesfaktor og motivasjon for forebygging (Benoit, Parker, & Zeanah, 1997).

Den høye forekomsten (30, 5 % av mødrene) som har kontakt med barnevernet indikerer at mange instanser er bekymret. Det betyr at det ligger godt til rette for tilbud om hjelpetiltak fra barnevernet, og at en negativ utvikling som nødvendiggjør omsorgstiltak kan bli fanget opp

tidlig. Dette er et viktig funn som antyder et behov for prosedyrer for å fange opp i tide når potensialet for forebygging er brukt opp. Den høye registrerte forekomsten av risikofaktorer blant de som har tatt i mot FA- tilbudet tyder på at det er realistisk å etablere et slikt tillitsforhold til en stor del av den aktuelle gruppen. Dette er trolig en viktig side av den vellykkede implementeringen av FA ved Sykehuset Levanger.

Når vi finner flest risikoindikatorer hos mødrene og færre hos barna eller familien for øvrig indikerer dette at FA lykkes med å identifisere og komme i kontakt med familier som representerer en høy miljø-risiko, med relativt lite etablerte problemer blant barna. Dette anses som den riktige gruppen for å drive målrettet oppfølging med tanke på forebygging og tidlig intervensjon. Det er grunn til å anta at skjevutvikling blant FA-barna ikke har kommet langt. Vanskene i så lav alder fremstår ofte diffuse og vage og kan være krevende å oppdage og krever spesialkunnskap og spesifikke undersøkelser. Undersøkelsen støtter dette ved at det i snitt ble funnet under 1 risikofaktor hos hvert barn. Tidligere forskning på screening av vedvarende psykopatologi hos førskolebarn kan sies å understøtte en slik forståelse (Sveen, Berg-Nielsen, Lydersen & Wichstrøm, 2016). Her indikerte resultatene at screening basert på barns symptomer kan fange opp barn med kroniske problemer, men at barn med problemer som enda ikke har debutert, eller som ikke er kroniske, trolig best fanges opp ved hjelp av risikofaktorer rundt barna. Dette er i tråd med fagfolks anbefaling om at sped- og småbarn bør henvises på grunnlag av risiko og ikke symptom i seg selv (Berg-Nielsen, 19.11.12). Dette impliserer viktigheten av at psykiske helsearbeidere som jobber med målgruppen må kartlegge og dokumentere risikofaktorer systematisk i barnets miljø.

Det at brukere av FA er tydelig forskjellig fra gjennomsnittsfødende i Norge ble synliggjort gjennom tydelige forskjeller i forekomst mellom utvalget og befolkningen generelt. Dette indikerer at FA når målgruppen.

Studien avdekte sviktende systematikk i dokumentasjon av risikoforhold omkring barnet. En slik underrapportering av risikofaktorer vil være bekymringsfullt med tanke på at en av FA's hovedoppgave er å identifisere små barn i risiko samt sortere hvilke familier som trenger litt, moderat eller mye oppfølging under graviditeten eller etter fødsel. I tillegg kan man ved sviktende dokumentasjon av enkeltrisikofaktorer undervurdere den kumulative risikoen som er til stede hos det enkelte barn.

Den sviktende systematikken i dokumentasjonen knyttet til rus og foreldrenes oppvekstforhold kan både skyldes vegring hos brukerne i forhold til disse temaene, men også systematikk og ferdigheter hos personalet i FA og andre sykehusavdelinger.

Det er en svakhet ved undersøkelsen at oppslutningen er 34,9 % av de opprinnelig aktuelle, men av de 166 som vi vet at invitasjonen faktisk nådde fram til, har 59 samtykket til deltagelse. Utvalget vi har rekruttert til undersøkelsen kan ha en mer stabil livsførsel, færre relasjonsbrudd, konflikter og flyttinger enn de som ikke har svart, ettersom de fortsatt har samme adresse og telefonnummer. Dette kan bety at studien underestimerer forekomsten av risiko blant brukere av FA. Men selv om vårt utvalg muligens er bedre fungerende enn de som ikke har deltatt, understøttes likevel konklusjonen om at FA rekrutterer relevante brukere.

En annen svakhet ved undersøkelsens design er at den ikke har kunnet inkludere brukernes inntekt. Langvarige økonomiske bekymringer er assosiert med psykiske lidelser (Mykeltun, Knudsen & Mathisen, 2009), samtidig synes det å være de relative sosiale forskjellene heller enn det absolutte økonomiske nivået som er av betydning for helsen (Wilkinson, 2006). Sosioøkonomiske status er likevel representert gjennom utdanning og yrke. Slik vi ser det er manglende informasjon om inntekt ikke avgjørende for undersøkelsens validitet og konklusjon.

KONKLUSJON

Studien viser at Familieambulatoriet i Levanger langt på vei kan sies å være en vellykket modell for identifisering av sped- og småbarn i risiko. FA har lyktes med å nå og identifisere gravide og små barn i risiko som har behov for ekstraordinær støtte gjennom å kartlegge viktige risikofaktorer i barnets liv allerede før barnet er fylt 2 år. Studien peker på behov for økt kvalitets-sikring av at risikofaktorer undersøkes og dokumenteres systematisk for å muliggjøre vellykket implementering av Familieambulatoriene i Norge. Dette gjelder særlig opplysninger om rus, foreldrenes egne oppvekstbetingelser, og dessuten vurdering av kardinalfaktorene;- samspillskvalitet og tilknytning. Disse to siste kan kreve mer systematisk kompetanseheving og kvalitets-sikring av vurderingsprosessene. Systematisk kartlegging er viktig for å klarlegge den enkelte families mønster av beskyttelse og risiko, slik at det kan brukes som grunnlag for å skreddersy forebyggende tiltak.

Særskilte trekk ved modellen og strategiene i Levanger som har vært viktig for suksessen med FA ved Sykehuset Levanger kan vår studie ikke svare på. Imidlertid viser studien at FA-

brukere på flere områder er signifikant forskjellig fra gjennomsnittsfødende i Norge. Videre viser studien av FA ved Sykehuset Levanger at implementeringen av Familieambulatorier i Norge kan være et viktig første skritt for tidlig identifisering av sped- og småbarn i risiko for psykisk skjevutvikling både med hensyn til kardinal- og kumulativ risiko. Studien viser imidlertid at en systematisk kartlegging og dokumentasjon av barnets omsorgsmiljø er en viktig forutsetning for vellykket implementering av Familieambulatoriene i Norge.

LITTERATURLISTE

- Angold, A. & Egger, HL. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 313-337.
- Appleyard, K, Egeland, B, van Dulmen, MH, & Sroufe, LA. (2005). When more is not better: the role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* Mar; 46 (3): 235-45.
- Benoit, D., Parker, KC & Zeanah, C H. (1997). Mothers' representations of their infants assessed prenatally: stability and association with infants' attachment classifications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Mar; 38 (3): 307-313.
- Berg- Nielsen. T.S. (2008). Barns biologisk baserte tilknytningsbehov. I Ø. Kvello (red.) *Oppvekst. Om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø* (s. 191-202). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Berg- Nielsen, T.S. (2012): *Foredrag om Risikofaktorer i de første leveårene for senere psykiske vansker*, 21.11.12, Trondheim, St. Olavs Hospital.
- Bjørgen, D. & Westerlund, H. (2012). KBT – Midt- Norge. *Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling. Bruker spør bruker Evaluering. Familieambulatoriet Helse Nord- trøndelag. Brukere og samarbeidspartnerenes erfaringer*. Hentet fra <http://kbtmidt.no/2017/07/05/bruker-spor-bruker-evaluering-familieambulatoriet-helse-nord-trondelag-brukerne-og-samarbeidspartneres-erfaringer>.
- Finnegan, L.P., & Kandall, S.R. (1992). Maternal and neonatal effects of Alcohol and Drugs. I: Lewison JH, Ruiz, P, Millman, RB. (red.) *Substance abuse: A Comprehensive Textbook*, (s. 805- 839). Baltimore, Maryland: Williams and Wilkins, 628.
- Häggkvist, A.P. (2006). *Ammeforekomst og faktorer som påvirker amming I Den norske mor*

- og barn undersøkelsen. Et utvalg på 19240 mødre i tidsperioden 2001 – 2004. Masteroppgave i helsefagvitenskap, Seksjon for helsefag, Insitutt for helsefag og sykepleievitenskap, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo.
- Heckman, J. (2000). Policies to foster human capital. *Research in Economics*, 54(1), 3-56, Doi:10.1006/reec.1999.0225.
- Kvello, Ø. (2015a) *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag,
- Kvello, Ø. (2015b) *Barn i risiko*, Dagsseminar for BUP og barnevernstjenesten. Steinkjer.
- Martinsen, M. (2010). Tidlig predikasjon av tilpasningsproblemer og skjevutvikling i V. Moe, K.Slinning og M. Bergum Hansen (red.) *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 574-594). Oslo. Gyldendal Akademiske.
- Medisinsk Fødselsregister (2013,2014) Mors sivilstatus F4b. Hentet fra <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Mykletun, A., Knudsen, A.K., & Mathiesen, K.S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Rapport 2009: 8. Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Nydalen, Norge. Hentet fra www.fhi.no
- Ogden, T., Kjøbli, H., Nærde, A., Olseth, A., & Frønes, I.(2015). *Utredning om målgrupper, inklusjonskriterier og forskningsdesign for utprøving av Nurse-family Partnership i Norge* Rapport, des. 2015. Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis. Atferdssenteret
- Rutter, M. (1979). *Protective factors in children's responses to stress and disadvantage*. In *Primary Prevention of Psychopathology*, Vol. 3: Social Competence in Children, 49-74. M.W. Kent and J.E.Rolf, eds. University Press of New England, Hanover, N.H.: University of New England Press.
- Rutter, M. (1995a). Clinical implications of attachment concepts: Retrospect and prospect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 549-71.
- Rutter, M. (1995b). Maternal deprivation. I M. H. Bornstein (Ed.) *Handbook of Parenting: Vol. 4. Applied and practical parenting*. Part 1: Applied issues in parenting, 3-31. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sveen, H. T., Berg Nielsen, T.S., Lydersen, S., Wichstrøm L. (2016). Screening for persistent psychopathology in 4 year-old children. *Pediatrics* 138,4,.
- Skovgaard, A.M., Houmann, T., Christiansen, E., Landorph, S., Jorgensen, CCC 2000 Study Team, , Olsen, E.M.,Heering, K., Kaas-Nielsen, S., Samberg, V., and Lichtenberg. (2007). The prevalence of mental health problems in children 1 1/2 years of age – the

- Copenhagen Child Cohort 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48(1): 62-70.
- Skovgaard, A.M., Olsen, E.M., Christiansen, E., Houmann, T., Landorph, S.L., Jørgensen, T. and the CCC 2000 Study Group (2008). Predictors (0-10 months) of psychopathology at age 1,5 years- a general population study in The Copenhagen Child Cohort CC 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49:5, pp 553-562.
- Statistisk Sentralbyrå (2012). Barn 0-22 år med barnevernstiltak i løpet av året, per 31.12. og nye barn, etter omsorgs-/hjelpetiltak, kjønn og alder (F). Hentet fra <https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/saveselections.asp>
- Van Ijzendoorn, M. H, Schuengel, C. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225–249.
- Weinberg, M.K., & Tronick, Z. E. (1998). Emotional characteristics of infants associated with maternal depression and anxiety. *Pediatrics*, 102, e1298-e1304.
- Wilkinson, R. (1996) *Unhealthy Societies The Affliction of Inequality*. New York.London and New York: Routledge.119.
- Whittaker K. A., Cowley S., (2012) “An effective programme is not Enough: A Review of factors Associated with poor Attendance and Engagement with Parenting Support programmes”. *CHILDREN & SOCIETY VOLUME 26*, (2012) pp. 138–149, DOI:10.1111/j.1099-0860.2010.00333.x
- Zeanah, C. H., Boris, N. & Scheeringa, M. (1997). Psychopathology in infancy. *Journal of Child Psychology, Psychiatry and Applied Disciplines*, 38, 81–99.