

Prosjektrapport

NK LMS 2/2010

Læring og mestring for barn med foreldre
som har psykisk sykdom eller rusproblemer

SMIL
styrket mestring i livet

Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring

Oslo universitetssykehus HF, Aker - april 2010

Siw Bratli
Prosjektleder

FORORD

Prosjekt SMIL – styrket mestring i livet - har rundet sitt andre og avsluttende utviklingsår. Med det er en erfaringsrik og inspirerende prosjektperiode over. Læring og mestring for barn og unge med foreldre som har psykisk sykdom eller rusproblemer har vært prosjektets overordnede fokus. Utviklingsarbeidet har bestått i å utforme gruppetilbud for målgruppen, gjennom et utstrakt samarbeid mellom Lærings- og mestringssentre (LMS), ulike instanser i spesialist- og kommunehelsetjenesten, samt brukermiljøer.

SMIL - prosjektet har vært huset av Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring (NK LMS, heretter kompetansesenteret) ved Oslo universitetssykehus; initiert på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Prosjektets utviklingsarbeid - tilhørende feltet psykiatri og rus - gjenspeiler ett av kompetansesenterets strategiske og langsiktige satsningsområder. Med SMIL, har kompetansesenteret gjennomført et utviklingsprosjekt av nasjonal interesse, i nært samarbeid med praksisfelt og brukerrepresentanter.

Denne sluttrapporten har til hensikt å redegjøre for prosjektperiodens arbeid og resultater. Rapporten belyser sentrale prosjekterfaringer og, avslutningsvis, vurderinger omkring tiltak for videreføring av prosjektet. Dokumentet bygger på det utviklingsarbeidet som er utført lokalt ved prosjektets to pilotgrupper i henholdsvis Mo i Rana og Oslo. Respektive rapporter fra pilotansvarlige legges ved for utfyllende informasjon.

En varm takk til alle dere som har bidratt til at SMIL er vel gjennomført! En spesiell takk til barn og foreldre for verdifull og modig deltakelse i gruppesamlingene; og til fagpersoner og brukerrepresentanter for avgjørende engasjement og innsats i pilotprosjektene. Uten deres bidrag ville prosjektet strandet. For tid, mot, kunnskap og kompetanse, tusen takk!

Takkes skal også viktige støttespillere i referansegruppa, og gode kolleger ved Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring!

Som prosjektleder har jeg stor glede av å se tilbake på et meningsfullt, lærerikt og på alle måter givende prosjektsamarbeid.

Oslo universitetssykehus HF, april 2010.

Siw Bratli
Prosjektleder

Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring er tildelt midler fra Helse- og omsorgsdepartementet til utvikling av forebyggende tiltak for barn med psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre, med mål om å etablere tiltak ved lokale lærings- og mestringssentre. Mellom 200 000 og 300 000 barn i Norge antas å leve i familier med psykisk sykdom eller rusmisbruk, og mange av barna får ikke den oppfølging og støtte de har behov for. Ikke sjelden blir psykisk sykdom eller rusmisbruk hos foreldre barnas byrder og senere også barnas sykdom. Denne problemstillingen danner utgangspunktet for myndighetenes satsning på å identifisere og følge opp barn og unge som pårørende.

Prosjektet SMIL - styrket mestring i livet - er definert som et to-årig utviklingsprosjekt (periode 2008 – 2009) og har følgende mandat: *Utvikling av læringstilbud for barn av psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre.*

Prosjektets overordnede mål er å bidra til økt støtte til barn med foreldre som har psykisk sykdom eller rusproblemer. Hensikten er primært å styrke barnas forståelse og opplevelse av mestring i egen hverdag, og derigjennom forebygge eller redusere problemutvikling hos barna. En styrket foreldre-barn relasjon ved større grad av åpenhet, innsikt og forståelse er samtidig en målsetting. Videre har prosjektet til hensikt å bidra til økt kompetanse og kompetanseflyt innen dette fagfeltet.

Prosjektets sentrale målsetting har vært å utvikle en felles plattform i form av et grunnkonsept for etablering av lokale læringstilbud for barn med psykisk syke eller rusmiddelavhengige foreldre. Denne målsettingen er nådd. Gjennom SMIL - prosjektet er læringstilbudet "Mindre alene sammen!" utviklet, prøvd ut og evaluert. Konkret utforming og gjennomføring av tilbud har funnet sted i lokale pilotprosjekter i henholdsvis Oslo og Mo i Rana.

"Mindre alene sammen!", også kalt SMIL – gruppe, er et forebyggende og helsefremmende tiltak. Særegent ved tilbudet, er en utstrakt grad av samarbeid på tvers av kommune- og spesialisthelsetjeneste, mellom relevante fag- og brukermiljøer i både planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltaket. Brukermedvirkning i alle ledd er en av grunnpilarene i arbeidet, parallelt med en familieorientert tilnærming hvor barn, foreldre og nærstående følges opp og er deltakende i tilbudet.

Gjennom utviklingsprosjektet og gruppetilbudet "Mindre alene sammen!" er det etablert et møtested for barn og familier som er i liknende situasjon. Her har barn og foreldre blitt tatt på alvor i møtet med gruppeledere og brukerrepresentanter med relevant fagkunnskap og erfaringskompetanse. Tilbudet har lagt til rette for erfaringsutveksling, formidling av informasjon og kunnskap om psykisk sykdom og rusproblemer, samt tilpasset aktivitet og lek med fokus på gode mestringsopplevelser for barna. Foreldrene har på sin side fått anledning til å delta på foreldretreff og familiesamlinger.

Evalueringresultatene i prosjektet viser at det er grunnlag for å hevde at deltakelse i henholdsvis SMIL - læringstilbud og prosjekt har hatt positiv betydning for den enkelte. Tilbakemeldingene fra både barn, foreldre, fag- og brukerinvolverte bekrefter dette.

Prosjektet har identifisert en rekke behov, utfordringer og muligheter hva gjelder implementering av læringstilbud for målgruppen. Dette gir en god pekepinn for videre retning. I forlengelse av SMIL-prosjektet og de erfaringer som foreligger ønsker Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring å opprettholde sitt fokus på forebyggende og helsefremmende psykisk helsearbeid for barn, unge og deres familier. Et viktig og solid utviklingsarbeid er gjort, og en sentral målsetting framover er å ivareta og videreutvikle det fundamentet som er lagt.

Å legge til rette for en framtidig gevinstrealisering av prosjektets resultater er for øvrig et ansvar som tilfaller oppdragsgiver, her Helse- og omsorgsdepartementet. Erfaringene i prosjektet har bekreftet SMIL som et relevant og framtidig hensiktsmessig tiltak for barn med foreldre som har psykisk sykdom eller rusproblemer. Samtidig bekreftes et betydelig behov for fortsatt oppfølging og et utvidet støttetilbud til barn, unge og deres familier i sin helhet. Kompetansesenterets anbefaling til departementet vil være å prioritere en økt oppbygging av et differensiert og familieorientert tilbud, hvor både barne- /ungdoms- og foreldreperspektiv ivaretas.

INNLEDNING	6
BAKGRUNN	7
Barn med foreldre som har psykisk sykdom eller rusproblemer	7
Barnas situasjon	7
Barnas behov	8
Forebyggende og mestringsfremmende faktorer	9
SMIL – PROSJEKTETS MANDAT, MÅLGRUPPE OG MÅLSETTINGER	10
Mandat og målgruppe	10
Målsettinger	10
ORGANISERING AV PROSJEKTET	11
Prosjektets referansegruppe	11
Prosjektpiloter	12
Pilot Mo i Rana	12
Pilot Oslo	12
Prosjektets ideologiske forankring ved Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring	13
Begrepsparet læring og mestring	14
AKTIVITET I PROSJEKTPERIODEN 2008 – 2009	15
Kartlegging, nettverksetablering og planarbeid	15
Etablering av piloter	15
Informasjons- og rekrutteringsarbeid lokalt	15
Pilotgjennomføring, evaluering og bearbeiding av erfaringer	16
Annet	17

RESULTATER	18
Grunnkonsept - læringstilbud for barn med foreldre som har psykisk sykdom eller rusproblemer	18
Sentrale elementer for etablering av SMIL-læringstilbud i LMS-regi	19
Bredde i prosjektsamarbeidet	20
Evalueringsresultater	20
Barnas stemmer	21
Foreldrestemmer	22
Fagpersoner og brukerrepresentanter	22
OPPSUMMERENDE KOMMENTAR OG TANKER OM VIDEREFØRING	24
Anbefalte prioriteringer	24
Veien videre	25
LITTERATURLISTE	26
VEDLEGG	29
Vedlegg 1 Pilotprosjekt Oslo	
Vedlegg 2 Pilotprosjekt Mo i Rana	
Vedlegg 3 Erfaringssamling	
Vedlegg 4 Informasjonsbrev til foreldre vedr. samtaleintervju med barna	
Vedlegg 5 Invitasjon til barna / samtaleintervju	
Vedlegg 6 Intervjuguide / samtaler med barna	
Vedlegg 7 Evalueringsskjema / foreldre	
Vedlegg 8 Evalueringsskjema / fagpersoner og brukerrepresentanter	

Mellom 200 000 og 300 000 barn og unge i Norge har foreldre som sliter med psykisk sykdom eller rusproblemer. Belastningene påvirker hele familien, og barna er spesielt utsatt. Mange av disse barna får imidlertid ikke den oppfølging og støtte de har behov for, og risikoen for at barna selv utvikler psykososiale problemer er betydelig til stede.¹

Denne problemstillingen danner utgangspunktet for myndighetenes satsning på å identifisere og følge opp barn og unge som pårørende.² Regjeringens erkjennelse av at barn med foreldre som har psykisk sykdom eller rusproblemer er en forsømt gruppe, har initiert en rekke forebyggende og helsefremmende tiltak som skal komme barna direkte til gode. SMIL er ett slikt tiltak. Prosjektet har bidratt til det nasjonale arbeidet for at barn som har foreldre med psykisk sykdom eller rusproblemer skal få styrket oppfølging og støtte.

Det særegne ved SMIL er en utstrakt grad av samarbeid på tvers av relevante fag- og brukermiljøer i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltaket. Tiltaket involverer i så måte både kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenesten. Brukermedvirkning i alle ledd er en av grunnpilarene i arbeidet, parallelt med en familieorientert tilnærming hvor barn, foreldre eller nærstående følges opp og er deltakende i tilbudet.

I forlengelse av regjeringens målsetning er psykisk helse og rus løftet fram og definert som et nasjonalt samarbeidsområde og strategisk tiltak for regionale helseforetak.³ Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved Oslo universitetssykehus HF ble i desember 2007 gitt i oppdrag å utvikle læringstilbud for barn med psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre.⁴ Prosjekt SMIL - styrket mestring i livet startet opp i januar 2008, definert som et toårig utviklingsprosjekt. Det ble innvilget et tilskudd på totalt 1 500 000 kroner i utviklingsperioden. Prosjektets hovedmål har vært å etablere en felles plattform for læringstilbud som et bidrag til lærings- og mestringssentrene (LMS) og helseforetakene får styrket sin innsats overfor barn som pårørende og deres familier i tilknytning til psykiatri og rus. Ved å følge opp og støtte barna og familien i sin helhet, kan vi forebygge eller redusere problemutvikling på et senere tidspunkt.

¹ Aamodt & Aamodt 2005, Solbakken & Lauritsen 2006, Beardslee et. Al 1993, Killén 1988, Skjerfving 1996, Vfb 2006, Glistrup 2004, m.fl.

² Jf St.prp.nr.1 (2006-2007) og Soria Moria-erklæringen.

³ I oppdragsdokument 2007 er å lese at "...barn som har foreldre med psykisk sykdom eller rusmiddelavhengighet (...) skal få oppfølging og tilpasset opplæring" (Oppdragsdok.2007).

⁴ Jf Lov om spesialisthelsetjenesten (Rundskriv 1-59/2000) og Lov om pasientrettigheter (Rundskriv 1-60/2000), hvor oppgis at en av sykehusets 4 hovedoppgaver er opplæring av pasienter og deres pårørende.

BARN MED FORELDRE SOM HAR PSYKISK SYKDOM ELLER RUSPROBLEMER

Flere rapporter, kunnskapsoppsummeringer og øvrig faglitteratur beskriver en mangelfull oppfølging av barn og unge som pårørende, med økt risiko for problemutvikling hos barna som følge.⁵ Ivaretagelse av barn som pårørende er først nå nylig regulert i helselovgivningen, ved at barn rettmessig defineres som pårørende med egne rettigheter, for eksempel i form av informasjon.

Rapporten "Tiltak for barn med psykisk syke foreldre" (Aamodt & Aamodt 2005) bygger på en landsomfattende undersøkelse og erfaringsutvekslinger fra praksisfeltet, med fokus på barn som pårørende. Forfatterne understreker et stort behov for å styrke tilbudene for barna, og beskriver et misforhold mellom den kunnskap vi har om betydningen av foreldrenes psykiske sykdom og den hjelpen familien og barna tilbys. Til tross for innsikt og gode intensjoner, vitner rutiner og praksis ofte om en individorientert tilnærming framfor en familie- og nettverksorientering (ibid.)

På liknende vis synliggjør Sirusrapporten "Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer" (Solbakken & Lauritsen 2006) et behov for økt oppmerksomhet og ivaretagelse av barn med rusmisbrukende foreldre. Det hevdes blant annet at: "Det mest slående med dagens tilbud er hvor tilfeldig og lite helhetlig det er bygget opp. Hva slags tilbud barnet og familien har tilgang til avhenger av hvor i landet de bor."

Rapportene bekrefter imidlertid samtidig at det er betydelig kompetanse og flere velfungerende tiltak å finne; enkeltpersoner, frivillige organisasjoner og ulike fagmiljøer gjør en stor innsats for risikoutsatte barn. Like fullt konkluderer forfatterne med et urovekkende bilde av udekte behov, og er samstemte i at barn i familier med rusmisbruk og psykisk sykdom i betydelig større grad må oppdages, utredes og følges opp. De poengterer viktigheten av informasjon og kunnskapsformidling, samt samarbeid med foreldrene. Videre, fremhever rapportene nødvendigheten av et mer systematisk arbeid enn det som hittil er utført. Det vises gjennomgående til varierende, uforutsigbart tilbud og utbredt ildsjelsarbeid. Hovedutfordringen er derfor å sikre oppmerksomhet på barna, et likeverdig tilbud, og kontinuitet og samordning i oppfølgingen.

BARNAS SITUASJON

En samlet kunnskapsbase viser at psykisk sykdom eller rusmisbruk hos foreldre ikke sjelden blir barnas byrder og senere også barnas sykdom.⁶ Det er imidlertid viktig å understreke at prosessene som påvirker barns liv er sammensatte; en rekke faktorer samvirker på godt og vondt. Til tross for kompleksitet og variasjoner, viser forskning at barn med foreldre som har psykisk lidelse eller rusmiddelproblem har økt forekomst av emosjonelle vansker, søvn- og adferdsproblemer og kognitive utviklingsforstyrrelser. Nedsatt selvfølelse, redusert tiltro til egne ressurser og sosial

⁵ Aamodt & Aamodt 2005, Solbakken og Lauritsen 2006, Vfb 2006, Almvik & Ytterhus 2004, Glistrup 2004, Killén 2003, 2007, Sundfær 1999, 2004, Hansen 1990, Rimehaug 2006, m.fl.

⁶ Sundfær 1999, Hansen 1990, Beardslee et. al.1998a., Killen 2000, Glistrup 2004, m.fl.

unnvikelse er ofte kjennetegn ved gruppen.⁷ Her skal understrekes at målgruppen i fokus, på mange måter utgjør en heterogen gruppe. Belastningene i familiene vil komme til uttrykk i ulik form, intensitet og varighet, og barna vil ha ulik grad av sårbarhet og mestringssevne i forhold til påkjenningene de utsettes for.⁸ Det er imidlertid en rekke fellesnevnerer som likevel gjør det hensiktsmessig med en gruppetilnærming slik SMIL-prosjektet har tatt utgangspunkt i.

Ofte medfører rusmisbruk eller psykisk sykdom et sammenbrudd i familiens kommunikasjon og de daglige rutiner. Det er ikke uvanlig at barna inntar en rolle hvor de tar voksent ansvar og bruker mye av sin tid og sine krefter på å være i "alarmberedskap", eller på praktiske gjøremål i hjemmet.⁹ Mange utvikler også en supersensitivitet med hensyn til foreldrenes adferd til enhver tid. Stadige tanker om hva de selv kan og bør gjøre bedre for å forhindre problemer er utbredt; likeledes opplevelse av skyld og skam for at ting er som de er. Konsekvensen er for mange av barna at de distanserer seg fra fellesskap med andre barn og opplever at de er ensomme.

Følelser av skyld og skam forbundet med psykisk sykdom og rusmisbruk må ses i sammenheng med kulturelle tabu som fortsatt preger dette området i vårt samfunn. Temaet snakkes sjeldent åpent om, verken innad i familien eller utad, og barna fanger tidlig opp tabuet. Leira (2003) beskriver særs godt hvordan det tabubelagte inngår i en kollektiv ubevissthet, og derved bidrar til å usynlig- og ugyldiggjøre det "forbudte", hvilket igjen i mange tilfeller blir den sentrale kilden til problemutvikling (ibid.) Grunnleggende kulturelle forestillinger omkring relasjonen foreldre-barn, knyttet til kjærlighet, omsorg og ansvar, rører samtidig ved kjernen til mye av det smertefulle og tabubelagte. Ikke sjelden hjelper barn og voksne hverandre med å skjule "skammen". Barnas lojalitet og kjærlighet til foreldrene er ubetinget, og de vil derfor ofte benekte at de har det vanskelig. Lojalitetskonflikten barna kan oppleve i denne sammenheng er omtalt og dokumentert av flere.¹⁰ Et familieperspektiv og en systemisk tilnærming er viktig for å kunne fange opp og ivareta tilsvarende relasjonelle dimensjoner.

BARNAS BEHOV

Det er grundig dokumentert at såkalte høyrisikobarn har behov for hjelp til å forstå og bearbeide belastningene de lever med. Barn og unge som har foreldre med rusproblemer eller psykisk sykdom har behov for å få bekreftet sin virkelighetsoppfatning, og samtidig hjelp til å sette ord på det som foregår.¹¹ En viktig forutsetning er at hjelperen er i stand til å se og forstå livssituasjonen barnet befinner seg i, til å anerkjenne barnets motiver, kompetanse og innsats. Barn i belastende familiesituasjoner har videre behov for å få hjelp til å finne adekvate mestringsstrategier som gjør at de bedre kan håndtere vanskelighetene. Verdt å understreke er for øvrig barnas samtidige behov for

⁷ Killén & Olofsson 2003, Hansen 1990, Sundfær 1999, m.fl.

⁸ For øvrig er det veldokumentert at belastninger tilknyttet rusmisbruk og psykisk sykdom samvarierer med flere faktorer som generelt gir grunn til tettere oppfølging og støtte (Lauritsen & Solbakken 2006).

⁹ Aldrige & Becker 1993, 2003.

¹⁰ Sundfær 2004, Leira 2003, Glistrup 2004, m.fl.

¹¹ Glistrup 2004, Killén 2003.

at deres relasjon til foreldrene anerkjennes og ivaretas. Foreldre på sin side må støttes i håndteringen av det de opplever som vanskelig ved situasjonen og egen foreldrerolle. Mange foreldre bekymrer seg for barna og trenger hjelp til å gi barna muligheter til å hankses med følelsene de har overfor foreldrenes problemer.¹² Tilpasset støtte og veiledning til foreldrene blir således et viktig aspekt i det forebyggende arbeidet for barn og unge.

FOREBYGGENDE OG MESTRINGSFREMMEDE FAKTORER

Til tross for vanskelige oppvekstvilkår og belastende familieforhold, viser en rekke eksempler at flere barn likevel klarer seg godt. Det er m.a.o. ikke slik at alle barn med psykisk syke eller rusmiddelavhengige foreldre selv utvikler problemer og sykdom. De barna det går godt med på tross av erfaringer med situasjoner som innebærer en relativt høy risiko for å utvikle problemer eller avvik, omtales gjerne som resiliente.¹³ Begrepet resilience kommer opprinnelig fra fysikken med referanse til et objekts evne til å vende tilbake til utgangspunktet etter å ha vært strukket eller bøyd. Begrepet er senere tatt i bruk innen utviklingspsykologien og utgjør i dag et eget forskningsområde. Resiliens omhandler her normal fungering under unormale forhold, og rommer både individuelle prosesser i barnet og prosesser i miljøet barnet lever i. Kunnskap om resiliens og innsikt i reaksjoner hos risikobarn med en tilfredsstillende utvikling tilfører viktige bidrag til utvikling av gode forebyggende tiltak.

Hvilke faktorer som fremmer barns resiliens har vært et sentralt spørsmål i denne sammenheng. Fra forskning vet vi i dag at det finnes en rekke beskyttende faktorer som kan forhindre eller redusere problemutvikling hos barna i såkalte risikofamilier¹⁴. Det er også bred enighet om hvilke faktorer som fremmer god psykososial utvikling. I tillegg til betydningen av personlige egenskaper, peker fagmiljøene på grad av åpenhet mellom foreldre og barn, barnets kunnskap og forståelse av sin situasjon, samt tilgjengelig nettverk og sosial kompetanse.

Forebyggende intervensjoner vil dermed kunne ha god effekt. Gruppefellesskap med samtale og samvær med andre barn som er i tilsvarende situasjon har vist seg å være til god hjelp for mange. Samvær og samspill med andre barn som er i liknende situasjon gir barna anledning til å dele erfaringer og følelser, gi og få råd, redusere følelse av ensomhet, isolasjon, skyld og skam. Det å høre andre fortelle om ting som en selv kjenner igjen, kan hjelpe hvert enkelt barn i prosessen med å forstå sine egne følelser¹⁵. Killén (2007) hevder at vi i dag vet at barn som klarer seg best under belastende forhold er barn som har en trygg tilknytning utenfor hjemmet. Dette gjelder barn som får hjelp til å bearbeide vonde opplevelser, samt ivareta relasjonen til foreldrene. Det gjelder barn som får hjelp til best mulig å mestre sin situasjon, og som opplever kontinuitet og sammenheng i livet. Denne kunnskapen er viktig å bygge videre på, og den har vært et nødvendig og verdifullt utgangspunkt for arbeidet med utvikling av tilbud i S M I L-prosjektet.

¹² Glistrup 2004, Killén 2003, 2007, Sundfær 1999, 2004, Halså 2008.

¹³ Rutter 1990, Waaktaar 2007, Helmen Borge 2007.

¹⁴ Helmen Borge 2007, Killén 2003, Waaktaar & Christie 2000, 2007.

¹⁵ Glistrup 2004, Waaktaar & Christie 2000, Halså & Aubert 2009.

MANDAT OG MÅLGRUPPE

I oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet er mandatet beskrevet som følger: Utvikling av læringstilbud for barn med psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre.

Prosjektets målgruppe har primært og overordnet vist til barn og unge i alderen 0 – 18 år med psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre.¹⁶ Barna er i utgangspunktet definert som pårørende, uten nødvendigvis å ha synlige tegn på stress eller andre symptomer. Sekundært har målgruppen innbefattet barnas foreldre eller nærstående, samt relevante fag- og brukermiljøer tilknyttet lærings- og mestringssentrene.

MÅLSETTINGER

Prosjektets overordnede hensikt er å bidra til økt støtte til barn med psykisk syke eller rusmiddelavhengige foreldre. Ønsket effekt med prosjektet er å styrke barnas forståelse og opplevelse av mestring i egen hverdag, og på denne måten forebygge eller redusere psykiske helseproblemer hos barna. Det er et ønske å gi barna økt mulighet til å leve et mest mulig fullverdig liv, preget av sosial deltakelse og opplevelse av selvstendighet og egenverd. En styrket foreldre/barn-relasjon med større grad av gjensidig åpenhet og forståelse er samtidig en målsetting. En sentral hensikt er å bistå foreldrene i å innta barnas perspektiv. Videre har prosjektet til hensikt å fremme kompetanse og å bidra til økt kunnskaps- og erfaringsflyt mellom samarbeidende parter på fag- og brukersiden.

Prosjektets sentrale resultatmål er å utvikle en felles plattform i form av et grunnkonsept for lokale lærings- og mestringstilbud for barn som har psykisk syke eller rusmiddelavhengige foreldre. Her inngår etablering av tilgjengelige møteplasser for samvær og samspill hvor erfaringer kan deles og relasjoner utvikles. Målet er å legge til rette for opplevelse av mestring og formidling av tilpasset kunnskap og informasjon for barn og foreldre. Til grunn for arbeidet ligger etablering av nettverk og strukturer som fremmer forpliktende og systematisk samarbeid på tvers av ulike nivåer og instanser på både fag- og brukerfelt. Videre inngår mål om evaluering og videreformidling av erfaringer og innsikt til aktuelle miljøer, samt mål om å stimulere til videreføring av hensiktsmessige tilbud.

¹⁶ Avgrensningen er i tråd med spesialisthelsetjenestens førende aldersdefinisjon på barn. Verdt å påpeke er imidlertid behov for tilbud også etter fylte 18 år; unge voksne faller urovekkende ofte mellom to stoler. Begrepet rusmiddelavhengig, slik det er anvendt i mandatet, gjengir undertegnede med ambivalens. Begrepet blir upresist når barna i målgruppen omfatter barn med foreldre som har et rusproblem, og ikke nødvendigvis en avhengighet. Begrepet bør samtidig brukes med varsomhet mht. stigmatisering. I rapporten vil begrepet rusproblem eller rusmisbruk erstatte rusmiddelavhengig.

ORGANISERING AV PROSJEKTET

S M I L prosjektet har vært sentralt organisert ved Oslo Universitetssykehus, Aker; og huset av Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring. Leder ved kompetansesenteret, Anne Margrete Fletre, har stått som prosjektets eier og økonomisk ansvarlig. Faglig ansvarlig og leder for gjennomføringen av prosjektet har vært Siw Bratli. Prosjektansvarlig har rapportert til leder ved kompetansesenteret, som videre har rapportert til helseforetakets administrasjon.

Ved prosjektstart ble en referansegruppe etablert for prosjektarbeidet. Gruppen har bestått av personer med ulik kompetanse og organisatorisk tilhørighet. Til sammen har medlemmene dekket prosjektets nedslagsfelt godt mht. bruker- og fagkompetanse både innen rustematikk og psykisk helse. Gruppens sentrale funksjon har vært som rådgivende forum for prosjektleder.

PROSJEKTETS REFERANSEGRUPPE:

Adrian Tollefsen	Representant for Mental Helse Ungdom
Stina Mongstad	Representant for Juvente
Gro Kristiansen / Karin Källsmyr	Representant for Voksne for Barn
Eva Svendsen	Representant for Mental Helse Kompetanse
Mia Myllymäki	Representant for Arbeidernes Edruskapsforbund
Ellen Kallander	Representant for Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri
Jon Storaas	Representant for Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon
Per Sandvik	Representant for Landsforbundet mot stoffmisbruk
Ellen Østberg	Representant for Vinderen DPS
Arnhild Kíhl	Representant for BUP Nydalen
Anne Usterud-Svendsen	Representant for Oslo Kommune, Ullern bydel
Terje Knutheim	Representant for Borgestadklinikken
Siv Skovli	Representant for LMS barn Ullevål
Kari Lund	Representant for LMS Sykehuset Asker og Bærum HF
Kari Vik Stuhaug	Representant for LMS Barne- og fam. Progr. Psykiatri, Helse Fonna
Siw Bratli	Leder for prosjektet ved NK LMS

PROSJEKTPILOTER

To lokale pilotgrupper er etablert i henholdsvis Oslo og Mo i Rana. Den lokale organiseringen har variert, avhengig av kontekstuelle forhold og stabile ressurser med hensyn til pilotgjennomføringen. Felles for gruppene har vært arbeid på tvers av etat og nivå, og likeverdig samarbeid med brukerrepresentanter. Det har i begge tilfeller blitt rapportert til sentral prosjektleder, men den formelle styringsstrukturen for gruppene har vært plassert på respektive regionale og lokale helseforetaksnivåer (henholdsvis RHF og HF).

PILOT MO I RANA

Pilotgruppen i Mo i Rana har bestått av:

- Helgelandssykehuset representert ved Lærings- og mestringssenteret, voksenpsykiatrisk og barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk.
- Rana Kommune representert ved Familiesenteret, Barnevernet og Psykiatrikontoret.
- Mental Helse Rana.
- Erfarne pårørende.

Pilotansvarlig var leder Tove Lill Røreng Falstad ved lærings- og mestringssenteret i Helgelandssykehuset Mo i Rana. LMS Mo i Rana og Rana kommune var ansvarlige for gjennomføringen av det lokale gruppetilbudet.

PILOT OSLO

Pilotgruppen i Oslo har bestått av:

- Diakonhjemmet sykehus representert ved DPS Vinderen.
- Oslo universitetssykehus representert ved Lærings- og mestringssenteret barn Ullevål, og Nydalen barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk.
- Oslo kommune representert ved Ullern bydel.
- Brukerorganisasjoner representert ved Landsforeningen for pårørende innen psykiatri, Ungdom mot Narkotika, Landsforbundet mot stoffmisbruk, Mental Helse Ungdom.

Pilotansvarlig var Ellen Østberg ved DPS Vinderen, Diakonhjemmet sykehus. DPS Vinderen og Ullern bydel har stått ansvarlige for gjennomføringen av det lokale gruppetilbudet.

S M I L-prosjektet har hatt sin forankring i de kjerneideer og den arbeidsmåte som ligger til grunn for lærings- og mestringssentre rundt om i landet. Grunnpilaren i LMS-virksomheten er erkjennelsen av at læring og mestring er av avgjørende betydning for pasienter og pårørende ved langvarig sykdom, uavhengig av eventuell medisinsk behandling. Hovedtanken er at gode læringstilbud må bygge på et likeverdig samarbeid mellom erfarne brukere, dvs. pasienter og pårørende, og fag- og helsepersonell. Fag- og brukerkompetanse sidestilles ved at planlegging, gjennomføring og evaluering av tilbud utføres i samarbeid. Brukerperspektivet og brukermedvirkning fremheves som en forutsetning for godt helsearbeid, hvilket i denne sammenheng innebærer oppmerksomhet spesielt rettet mot barna - mot deres opplevelser og perspektiv. I tillegg har foreldre og familien i sin helhet stått sentralt. Sist, men ikke minst, har erfarne brukere blitt trukket veksel på i den totale prosessen.

Historisk sett er LMS-virksomhet hovedsaklig orientert mot somatisk sykdom. Imidlertid er det ved enkelte lokale LMS gitt særskilt prioritet til psykisk helsearbeid, og her finnes viktig kompetanse og erfaring som S M I L -prosjektet har bygget videre på. Ved Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring utgjør imidlertid psykisk helse, rus og barn som pårørende et nytt, strategisk satsningsområde. Prosjektet har i så måte markert et utvidet fokus ved senterets arbeid.

Per i dag er 63 Lærings- og mestringssentre etablert rundt om i landet, med følgende fire hovedoppgaver:

- Å være en tilgjengelig møteplass og samarbeidsarena
- Å drive kurs og læringstilbud i/for grupper
- Å sørge for helsepedagogisk utvikling
- Å være et informasjonsenter

Lærings- og mestringssenteret som møteplass tilbyr en arena for likeverdig dialog og samspill mellom pasienter, pårørende og fagpersoner. Senteret åpner opp for erfaringsutveksling og opplevelsesfellesskap, som kan bidra til utvikling og mestring både følelsesmessig og sosialt. I mellommenneskelige møter hvor tillit, respekt og gjensidig anerkjennelse finner sted ligger mulighetene for nye erkjennelser og utvikling.¹⁷

¹⁷ Aamodt 2001.

Begrepsparet læring og mestring står sentralt i all virksomhet tilknyttet kompetansesenteret. Perspektivet på læring bygger her på nyere læringsteori hvor læring betraktes som en konstruksjonsprosess hos den som lærer, mer enn en overtakelse av andres ferdige konstruksjoner. Når vi lærer konstruerer og rekonstruerer vi kunnskap i oss selv, stimulert av noe som skjer rundt oss. De kunnskapsstrukturene vi etablerer er våre egne, og de er nært tilknyttet våre handlinger, erfaringer og opplevelser. En læringsprosess innebærer i så måte en endring, hvor følelser, kognisjon og handlig inngår – innenfor en sosial og kulturell kontekst.¹⁸

Mestring forstås her som et adaptivt utkomme av læringsprosesser, og viser til evne og opplevelse knyttet til håndtering av indre og ytre utfordringer, samt opplevelse av sammenheng og en viss kontroll over eget liv. Mestring betraktes som en kontinuerlig prosess, og omhandler både praktiske ferdigheter, kunnskap og forståelse av følelser og sammenhenger.¹⁹ Hva gjelder barn og mestring i belastende livssituasjoner, er det her hensiktsmessig å skille mellom adaptive og maladaptive strategier. Under stress utvikles individuelle mestringsstrategier av ulik karakter - adferdsmessig, kognitivt og emosjonelt; en bevisstgjøring av disse er viktig, i sammenheng med læringsprosesser hvor nye og adaptive strategier står i fokus. Parallelt er det viktig å anerkjenne gode intensjoner liggende bak de maladaptive strategiene.²⁰

¹⁸ Dysthe 2001, Vifladt & Hopen 2004.

¹⁹ Antonovsky 1996.

²⁰ Vifladt & Hopen 2004, Christie 2008.

KARTLEGGING, NETTVERKSETABLERING OG PLANARBEID

Kartlegging og opparbeidelse av oversikt over fagfeltene psykisk helse og rus var fokus for første del av prosjektperioden. Et nasjonalt overblikk over relevante fag- og brukermiljøer ble vektlagt, samt tiltak rettet mot barn og unge med psykisk syke og/eller rusmisbrukende foreldre.

Nettverksarbeid ble videre høyt prioritert i form av kontakt med aktuelle personer og miljøer som brukerorganisasjoner, barne-, ungdoms- og voksenpsykiatrien, bydeler og kommune, kompetansesentra, og lokale LMS. I forlengelse av dette, ble også referansegruppen for prosjektet etablert. Sist, men ikke minst, gikk tid og ressurser med til plan- og utviklingsarbeid – med prosjektbeskrivelse og milepælplan som resultat.

Hva gjelder informasjonsarbeid, er prosjektet presentert på NK LMS' nettsted www.mestring.no, samt på kompetansesenterets videokonferanse for landets LMS. Kontinuerlig informasjonsvirksomhet har pågått gjennom etablerte nettverk og ved å gjennomføre presentasjoner om tilbudet på konferanser, seminarer og i ulike møtefora. Brosjyrer er utviklet, rettet både mot fagmiljø og brukere, og lagt tilgjengelig på www.mestring.no.

ETABLERING AV PILOTER

Siste halvdel av 2008 handlet i hovedsak om forberedende pilotarbeid og deretter organisering og oppfølging av dette. Fokus var her på å trinnvis sette prosjektplanen ut i praksis. Konseptet var utprøving av gruppetilbud i liten skala ved etablering av to piloter. Samtaler ble initiert og piloter lokalisert i henholdsvis Oslo og Mo i Rana, hvorpå innledende møter startet opp i aug. 08.

Arbeidsgrupper ble etablert, og i samarbeid med prosjektleder definerte gruppene tilgjengelige ressurser og aktuelle samarbeidsnettverk. Pilotgruppene utformet deretter gruppetilbudet i mer konkrete termer – med utgangspunkt i lokale behov, rammer og ressurser, men i tråd med sentrale føringer fra kompetansesenteret og utarbeidede grunnkriterier for læringstilbud (se s. 19 for beskrivelse av grunnkriterier).

INFORMASJONS- OG REKRUTTERINGSARBEID LOKALT

Fra pilotgruppene ble det meldt om utstrakt og krevende møtevirksomhet. Hovedaktiviteten høsten 2008 var strukturering, planlegging og beskrivelse av prosjektet, konkretisering av læringstilbudets form og innhold, og omfattende informasjons- og rekrutteringsarbeid. I forbindelse med sistnevnte rapporterte pilotansvarlige og gruppeledere om telefonkontakt og motivasjonssamtaler med familier, før forsamtaler ble avholdt. I tillegg ble det rapportert om betydelig bruk av individuell tid fra de gruppeansvarlige til forberedelse og bearbeiding av materiale fra henvisninger og forsamtaler.

I 2009 startet pilotene selve gjennomføringen av gruppetilbudene, med samlinger for barn og for foreldre. Gruppesamlingene strakk seg fra januar/februar og fram til mai/juni. Rapporter fra de respektive pilotansvarlige legges her ved for mer utfyllende informasjon (Se vedlegg). Parallelt med gjennomføringen ble evalueringsarbeid initiert sentralt, med en erfarings- og prosessorientert tilnærming. Det har blitt utformet ulike evalueringsverktøy i prosjektet – tilpasset et todelt fokus på henholdsvis gruppetilbud og pilotsamarbeid. I tråd med verktøyene er forskjellige metoder tatt i bruk for innhenting av data; kvalitative halvstrukturerte intervjuer, fokusgruppeintervjuer, og spørreskjemaer. Prosjektleder har stått som hovedansvarlig for gjennomføring av datainnsamlingen både i Oslo og Mo i Rana. Evalueringsforløpet i de to pilotgruppene har imidlertid variert på bakgrunn av lokale forhold og tilpasninger. Blant annet, er det i Oslopiloten prøvd ut en bearbeidet versjon av KOR-skjemaer hentet fra Klient- og resultatstyrt praksis²¹. Tilnærmingen er tatt i bruk som et metodisk verktøy i barnegruppen for å styrke barnas medvirkning. Felles for datainnsamlingen er at den har vært grundig forberedt. Deltakelse har vært på frivillig basis, og innsamlet materiale er anonymisert. Samtaleintervjuer er utført med utgangspunkt i en intervjuguide, med rom for fleksibilitet både situasjonelt og relasjonelt.²²

I evalueringsøyemed, etablerte prosjektleder en sentral evalueringsgruppe, bestående av et lite utvalg fra prosjektets referansegruppe. Hensikten var her å diskutere og utarbeide et grunnlag for evalueringen av prosjektet. Gruppen kom sammen etter behov og la fram sine resultater for referansegruppen for gjennomsyn. Som ledd i evalueringen, ble en erfaringsamling for de involverte i prosjektarbeidet avholdt høsten 2009. Samlingen rundet samtidig av prosjektsamarbeidet.

Den siste fasen i prosjektet har innbefattet oppsummering og bearbeiding av erfaringene som er gjort i prosjektet. Justeringer av tilbudet er videre utført i henhold til evalueringsresultater. Deretter har oppmerksomheten blitt rettet mot ferdigstilling av sluttrapport. Avslutningsvis er vurderinger gjort omkring videreføring av prosjektet, i lys av resultatene som foreligger. Det har vært fokus på å initiere og følge opp dialoger omkring etablering av SMIL der hvor det er interesse, samt på å informere om prosjektet for å øke kjennskap til og kunnskap om tiltaket.

Prosjektaktiviteter	2008												2009											
	1 kv			2 kv			3 kv			4 kv			1 kv			2 kv			3 kv			4 kv		
Aktivitet	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des
Forstudie / kartlegging																								
Etablering av prosjektnettverk																								
Etablering av referansegruppe																								
Prosjektbeskrivelse SMIL																								
Pilot kartlegging / etablering																								
Infomateriell / Rekruttering.																								
Pilotgjennomføring																								
Info.arbeid/formidling																								
Oppsummering / bearbeiding																								

Fig 1. Oversikt prosjektaktiviteter

²¹ Duncan, B.L., Miller, S.D. & Sparks, J. 2004

²² Se vedlegg vedrørende ulike intervjudokumenter.

Utover sentrale prosjektaktiviteter, har undertegnede i prosjektperioden prioritert å delta i følgende relevante fora:

- Referansegruppe for det nasjonale kompetansenettverket Barns Beste.
- Prosjektgruppe for gjennomføring av konferansen "Vi er også pårørende", i regi av Akershus universitetssykehus.
- Nettverk "Barn og unge av psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre", i regi av Oslo kommune, Helse- og velferdsetaten (HEV).

RESULTATER

Prosjektets overordnede mål har vært å bidra til økt støtte til barn med foreldre som har psykisk sykdom eller rusproblemer. Ønsket hensikt har primært vært å styrke barnas forståelse og opplevelse av mestring i egen hverdag, og derigjennom forebygge psykisk uhelse hos barna. En styrket foreldre-barn relasjon ved større grad av gjensidig åpenhet, innsikt og forståelse har også vært en målsetting. I tillegg har prosjektet ønsket å bidra til økt kompetanse og kompetanseflyt blant fagpersoner innen feltet. Disse målene omhandler effekt i et mer langsiktig perspektiv. Resultater knyttet til effektmålene ligger utenfor dette prosjektets rammer. SMIL, som et utviklingsprosjekt, tar høyde for rapportering på konkret måloppnåelse med utgangspunkt i resultatmål som er beskrevet i planverket. I så henseende, er kompetansesenterets og den samlede prosjektgruppens hovedinntrykk positivt. Den sentrale målsettingen i prosjektet er nådd i form av utviklet lærings- og mestringstilbud for målgruppen - konkretisert, prøvd ut og evaluert gjennom pilotprosjektene.

GRUNNKONSEPT - LÆRINGSTILBUD FOR BARN MED FORELDRE SOM HAR PSYKISK SYKDOM ELLER RUSPROBLEMER

Gruppetiltak for barn og unge som har foreldre med rusproblemer eller psykisk sykdom er godt dokumentert som en hensiktsmessig tilnærming. Samtale og aktivitetstilbud er prøvd ut og er i gang flere steder i landet. En viktig faktor i prosjektet har vært å bygge videre på erfaringer og kunnskap som allerede foreligger.²³ SMIL - gruppetilbud "Mindre alene sammen!" bygger til dels på elementer hentet fra tidligere og eksisterende arbeid, til dels på elementer utviklet gjennom prosessarbeidet i prosjektgruppene.

Gjennom utviklingsprosjektet og gruppetilbudet "Mindre alene sammen!" er det etablert et møtested for barn og familier som er i liknende situasjon. Her har barn og foreldre også møtt gruppeledere og brukerrepresentanter med relevant fagkunnskap og erfaringskompetanse. SMIL - gruppen er et sted hvor barna har blitt sett, hørt og tatt på alvor. Det har vært lagt til rette for utveksling av erfaringer, formidling av informasjon og kunnskap omkring psykisk sykdom og rusproblemer, samt hvordan dette kan påvirke alle i familien og hverdagslivet. Foreldrene har på sin side fått anledning til å delta på foreldretreff og familiesamlinger. Her har gruppeledere tilrettelagt for veiledning og støtte gjennom å tilby informasjon, fagkunnskap og erfaringskompetanse, med vekt på barneperspektivet. Styrket forståelse, innsikt, felles språk og opplevelser har stått i sentrum. Videre har gruppelederne informert om barnas samlinger og de ulike temaene og aktivitetene i barnegruppen. Konsultasjon og veiledning utover treffene har også vært tilgjengelig for foreldrene. SMIL - gruppetilbud er strukturert, men har samtidig rom for fleksibilitet og lokale tilpasninger. En kombinasjon av aktivitet og samtale – dels organisert og temarettet, dels fri - kjennetegner tilbudet. Det samme gjelder involveringen av erfarne brukere som deler sine historier med barna og er tilgjengelige for dem i gruppesamlingene.

Metodevalgene har fokus på risiko- og beskyttelsesfaktorer som kan påvirke barn i familier hvor psykisk sykdom eller rusproblemer spiller en rolle. Den bakenforliggende tanken er at flere faktorer

²³ Her kan nevnes tilbud som: "Du er ikke den eneste", Asker og Bærum; barnegrupper i regi av LPP Bergen; mestringsgrupper i regi av VfB og BAPP-nettverket i Nord-Trøndelag; grupper i regi av Barn og unge.no; samt BUP Follo, Nydalen og bydel Gamle Oslo.

samvirker for å gi et positivt utbytte for det enkelte barn og familien i sin helhet. Eksempler på tema for gruppesamlingene er: Å bli kjent med hverandre; å gjenkjenne, vise og sette ord på følelser; kunnskap om psykisk sykdom og rusproblemer; eget nettverk; m.m.²⁴

SENTRALE ELEMENTER FOR ETABLERING AV SMIL-LÆRINGSTILBUD I LMS-REGI

Hvilke felles kriterier som skal ligge til grunn ved etablering av gruppetilbud i regi av lokale LMS og deres samarbeidsparter har utgjort en sentral problemstilling i utformingen av prosjektet. I tråd med LMS' kjerneideer og aktuelle føringer for spesialist- og kommunehelsetjenesten ved helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge, har prosjektet landet på et sett av felles grunnelementer for læringstilbudets form og innhold:

- Kunnskaps- og erfaringsbasert gruppetilbud for barn og unge i alder 8-13 år.
- Lavterskel tilbud med psykopedagogisk tilnærming, 10–16 gruppesamlinger á minimum 2 timer. 5-8 barn per gruppe.
- Fokus på læring og opplevelse av styrket mestring gjennom aktivitet, lek og samtale – tilpasset alder og gruppe.
- LMS' arbeidsmåte: Sidestilling av erfarings- og fagkompetanse i planarbeid, gjennomføring og evaluering.
- Foreldresamarbeid i form av foreldresamtaler, felles foreldretreff og familiesamlinger.
- Samarbeid på tvers av nivåer og etater; 1. og 2. linjetjenester er involvert.
- Kompetansekrav til gruppeledere: bearbeidet brukererfaring, barnefaglig kompetanse i tilknytning til rusfelt og psykiatri, og kompetanse innen gruppeledelse og familiesamtaler.
- Minimum to gruppeledere og én brukermedvirker ved gruppesamlinger.
- Oppfølging med veiledning for gruppeledere.

Grunnelementene har sin forankring i, og gjenspeiler nøkkelperspektivene i prosjektet. Et systemperspektiv ligger sentralt til grunn - med et integrert familiefokus, men hvor barneperspektivet er gitt en særskilt prioritering. Barneperspektivet innebærer her å støtte foreldrene til å innta barnas perspektiv, samt til å snakke med barna om hva skjer i familien og hjelpe dem til å forstå. Perspektivet legger til rette for at barna får sortert og satt ord på tanker og følelser, med hovedfokus på egne ressurser, muligheter og håp. Den psykoedukative tilnærmingen i gruppetilbudet er i tråd med LMS' arbeidsmåte. Her står det enkelte barns, og den enkelte families, opplevelser sentralt – hva som er viktig for dem og hvordan de kan mestre sin hverdag bedre. Brukerperspektivet utgjør, som tidligere nevnt, en betydelig dimensjon ved tenkningsgrunnlaget. Brukermedvirkning både på system- og individnivå er nært koblet til en orientering mot mestring, helsefremmende og forebyggende perspektiv. Det handler om involvering, samspill og kvalitetssikring – i tilknytning til personlige læringsprosesser, samt til prosesser på systemnivå.

²⁴ For mer utfyllende informasjon, se vedlagte rapporter fra pilotgruppene.

BREDDE I PROSJEKTSAMARBEIDET

Utviklingsprosjektet SMIL har i all hovedsak vært basert på et omfattende samarbeid, lokalt og sentralt. Gjennom prosjektutviklingen har de involverte fagpersonene og brukerrepresentantene bygget broer og etablert samarbeidsrelasjoner på tvers av etater, 1. og 2. linjetjenester, fag- og erfaringskunnskap, rus- og psykiatrifelt. Brobyggingen har bidratt positivt til å styrke samhandlingsstrukturer og kompetanseutveksling – i tråd med de signaler regjeringen har gitt i tilknytning til den aktuelle samhandlingsreformen. Formelle og forpliktende samarbeidsavtaler er imidlertid fortsatt et mål å strekke seg mot; viktig i denne omgang er prosessene som er påbegynt i form av det samarbeidet som er gjennomført.

Rekruttering til gruppetilbud utgjør en sentral oppgave hvor bredde i samarbeidet er av stor betydning. Jo flere instanser som identifiserer, fanger opp og etablerer kontakt, jo bedre og raskere rekrutteringsforløp. Oppfølging og dialog på tvers av etater og sektorer omkring det enkelte barn og familien bidrar til å styrke kvaliteten på tilbudet. Denne dialogen er viktig å opprettholde gjennom hele prosessen, inkludert i slutfasen når gruppetilbudet rundes av. I SMIL - prosjektet har aktuelle samarbeidsaktører i rekrutteringsarbeidet bestått av barnevernet, familiesenter, helsetjenesten for barn og unge i kommunene, samt barne- ungdoms- og voksenpsykiatriske poliklinikker. Dette belyser hvordan både primær- og spesialisthelsetjenesten er involvert, og samtidig både voksen- og barneorienterte tjenester.

EVALUERINGSRESULTATER

Evalueringsarbeidet som er gjennomført i prosjektet har hatt til hensikt å få fram de subjektive erfaringene samtlige involverte sitter igjen med etter sin deltakelse. En viktig forutsetning for å utvikle et godt og tilpasset tilbud er innsikt og forståelse for den enkeltes opplevelser, erfaringer og oppfatninger. Den kvalitative tilnærmingen har hatt til hensikt å belyse tendenser i materialet, som grunnlag for eventuelle utbedringer og tiltak for videreføring. Utover dette har evalueringsforløpene en egen verdi i kraft av selv-reflektive prosesser som igangsettes i den enkelte.

I evalueringsarbeidet har barnas opplevelser og synspunkter stått i hovedfokus, og i tillegg foreldrenes tilbakemeldinger. Hva pilotsamarbeidet angår, har beskrivelser og synspunkter fra deltakende fagpersoner og brukerrepresentanter stått sentralt. Deltagelse har vært frivillig, og informantene har kun svart etter egne ønsker, med mulighet for å trekke seg underveis. Anonymisering og samtykkeerklæring fra foreldre i tilknytning til barneintervjuene har vært en forutsetning for datainnsamlingen.

Resultatene i evalueringen gir et samlet inntrykk av tilfredse barn og foreldre, som opplever at det å delta i SMIL- gruppe har betydd noe verdifullt. Felles for både barn og foreldre er uttrykk for ønsker om fortsettelse, hvilket tyder på at tilbudet svarer på aktuelle behov og er relevant. Hva involverte fagpersoner og brukermedvirkere angår, viser tilbakemeldingene at deres deltagelse har medført styrket kompetanse, samarbeid og at tiltaket oppfattes som positivt. I teksten under gjengis noe av essensen i det materialet som er samlet inn.

Det framgår tydelig av barnas stemmer at de likte gruppesamlingene svært godt. Barna som ble intervjuet mente det var viktig eller nyttig å være med, og det store flertallet ønsket at de kunne fortsette å møtes. På spørsmål om tanker om å delta i gruppa før oppstart var det flere som fortalte at de hadde vært spente, usikre og syntes det var litt skummelt. Når gruppa først var i gang forandret imidlertid følelsene og tankene seg. Samtlige barn uttalte at de syntes det var fint å bli kjent med de andre. Flere snakket også om vennskap som hadde utviklet seg. Følgende sitater er klare vitnesbyrd om den erfarte betydningen av å delta og det å treffe andre i liknende situasjon:

”Det finnes ikke ord for det!” (Jente 9 år)

”Skjønte at det ikke bare var meg.” (Gutt 11 år)

”Fint å dele – alle hadde samme ord” (Jente 12 år)

”Jeg er sikrere på ting hjemme” (Gutt 12 år)

”Vennskap det aller beste” (Jente 13 år)

Barna fortalte at de hadde fått vite mer, særlig om psykisk sykdom og rusproblemer. Enkelte trakk fram at det ikke var deres skyld at foreldrene hadde problemer, andre at ikke de selv kom til å bli psykisk syk eller få rusproblemer slik som foreldrene. I samtale om aktivitetene var det ingen tvil om at besøk i klatreveggen var det aller beste. Stoltheten over å ha mestret lyste av barna når de fortalte om prestasjonene i klatreveggen.

På spørsmål om hvordan de synes det var å ha en ung voksen bruker tilstede i gruppa var det en høy grad av enighet blant barna om at dette hadde vært fint.

”Fint at hun fortalte ting om familien sin” (Jente 10 år)

”Bra, kult – fint å se at det kan gå bra!” (Gutt 12 år)

Hva gjelder gode råd til gruppelederne, mente barna at det gjerne kunne vært mer aktivitet og litt mindre snakk. Flere var også opptatt av at de voksne ikke skulle bestemme alt på forhånd, men spørre barna om hva de selv har mest lyst til å gjøre når det var aktiviteter. De eldste trakk også fram at de voksne måtte huske å ta hensyn til hvor gamle barna var, og hvordan de var. I tillegg ble det trukket fram viktigheten av ”å spørre hvordan barna har det inni seg, ikke bare hvordan de har det”.

FORELDRESTEMMER

Det helhetlige inntrykket fra foreldrenes tilbakemeldinger viser en høy grad av tilfredshet og tro på tilbudet, de aller fleste mente gruppa har gitt et positivt utbytte – i første omgang for barnas del – men også for egen. Gjennomgående ga foreldrene uttrykk for at de kunne ønsket seg mer – flere treff, lenger varighet, og mer foreldrestøtte. I beskrivelsene kommer det fram at det er spesielt viktig og bra for barna å møte andre som er i liknende situasjon. Flere foreldre har tanker om at dette kan gi barnet redskaper for å takle sin situasjon bedre. De vektlegger at barna, og de selv, har fått større forståelse og innsikt; og videre at barna har lært å sette ord på tanker og følelser. Fellesskap og åpenhet er ord som går igjen.

”Jeg ønsket at hun skulle ha noen å prate med” (Mor til jente, 11 år)

”Fellesskapet er det viktigste for min sønn!” (Far til gutt, 12 år)

”Nå forstår jeg bedre hvordan hun har det” (Mor til jente, 10 år)

Hva brukermedvirkning angår, hevder flere foreldre at de tror det har vært fint for barna at en ung voksen bruker deltok i gruppesamlingene. Der hvor erfaren bruker har deltatt på foreldretreff trekkes også dette fram som nyttig og fint.

Når det gjelder informasjon om og organisering av tilbudet er tilbakemeldingene i hovedsak positive. Enkelte ønsket imidlertid at det kunne ha vært noe mer informasjon underveis om hva barna gjorde i gruppa, samt at familie- og foreldretreff ble holdt på et noe senere tidspunkt på dagen.

FAGPERSONER OG BRUKERREPRESENTANTER

Kompetanse, samarbeid og gjennomføring av tilbud var sentrale temaer for evalueringen av pilotgruppene. Et klart flertall av de involverte fagpersonene og brukerrepresentantene opplever et solid flertall at deres kompetanse var nyttig i prosjektarbeidet, samt at egen kompetanse har blitt styrket. Her viser flere til kompetanseheving knyttet til fagfeltet og til prosjektsamarbeidet på tvers av fag, etater, bruker og fagfolk. Majoriteten tenker også at dette er noe som kan gi uttelling i form av kompetansespredning også innen eget nettverk. Samtidig mener flere at det er behov for ytterligere kompetanse på området.

Hva samarbeid angår, svarer et solid flertall positivt på egen opplevelse av dette – med fokus på at det har vært lærerikt, spennende og givende. Bredden i samarbeidet omtales som svært positivt og lærerikt, men samtidig som noe av det som er mest utfordrende. Utfordringer som trekkes fram omhandler tilstrekkelig avklaring og tydelighet omkring forventninger, roller og rammer. Hva gjelder samarbeid mellom fagpersoner og brukerrepresentanter, trekkes det i tillegg fram noe uforutsigbarhet i deltakelsen. Etablering av felles forståelse av begrepet brukermedvirkning poengteres også. Utover dette framhever gruppene erfaringer med svært positivt og fruktbart brukersamarbeid.

Ressursbruk har, i følge tilbakemeldingene, vært høyere enn forventet – spesielt med hensyn til forarbeid, ivaretagelse av barn og foreldre underveis, og etterarbeid. Utviklingsarbeid anses som ressurskrevende, blant annet mht. å enes om felles mål og begrepsoppfatninger, struktur og ansvarsfordeling. Samtidig mener flere at de kunne brukt mer tid og ressurser. Prosentvis oppgir

gruppelederne en stillingsbrøk på 20 prosent - tidvis mer. På spørsmål om muligheter for videreføring, er tilbakemeldingene i hovedsak positive, men flere understreker utfordringer knyttet til ressurser og prioritering. Bedre rammebetingelser for brukermedvirkning vektlegges, og tydeliggjøring av disse. Samtlige mener videre at det er behov for flere tilbud til målgruppen – det understrekes her at store og ulike behov fordrer ulike tilbud.

Hva gjelder måloppnåelse, uttrykker flertallet av pilotinvolverte at målsettingene er nådd i tilfredsstillende grad, med hensyn til selve gruppetilbudet og til pilotetableringen.

Kort oppsummert, finner vi ingen store overraskelser i materialet som er samlet inn. Snarere bekrefter tilbakemeldingene den kunnskapen og kompetansen som allerede foreligger. Evalueringen kan konkludere med at prosjektet langt på vei har svart på de behov som barna og foreldrene opplever. Resultatene vitner samtidig om at det gjennom SMIL er tilrettelagt en arena hvor samtlige involverte – både barn, foreldre, fagpersoner og brukerrepresentanter har fått styrket egen kompetanse, være seg personlig eller faglig. Selve formen for samspill og prosessforløp synes å medføre en gjensidig gevinst.

ANBEFALTE PRIORITERINGER

Styrket koordinering og samordning innen tjenesteapparatet står høyt på agendaen i tilknytning til barn og unge som pårørende. En sentral forutsetning for et vellykket og godt integrert tilbud er en tydelig organisering og solid forankring i ledelse – herunder også mellomledernivå. Eierskap knyttet til innsatsen må stimuleres i alle ledd gjennom involvering, informasjon og gjensidig kommunikasjonsflyt. Et systematisk og kvalitetsmessig godt arbeid for pårørende hvor barne- og familieperspektivet ivaretas forutsetter vilje og engasjement på samtlige nivåer. Organisatorisk forankring bidrar til å sikre stabilitet og forutsigbarhet i tilbudet, noe som igjen fremmer rekrutteringen til tilbudet. Flere aktuelle faginstanser etterlyser stabilitet for å henvise barn og familier til gruppetilbud.

Tid utgjør en sentral faktor i denne sammenheng. Tilstrekkelig med tid til både utvikling og implementering er avgjørende. Dette fordi barn og unge i såkalte risikosoner er en sårbar gruppe, og tilnærmingen fordrer ekstra varsomhet, kompetanse og kvalitet. Rekruttering av barn og foreldre innebærer prosesser hvor tillit skal etableres, og tid er en forutsetning for tillit. I tillegg krever etablering og opprettholdelse av tverrgående nettverkssamarbeid sitt. Å få avsatt øremerket tid til oppgavene som skal gjøres, er nødvendig for dem som skal utføre jobben.

Sist, men ikke minst, spiller lokale LMS-ressurser – i form av tilgjengelig personell og driftsmidler - en avgjørende rolle for etablering av tilbud ved de ulike helseforetakene. Det er viktig og nødvendig å avklare hvilke ressurser som finnes lokalt. Dette gjelder også bidrag fra brukerrepresentanter og deres organisasjoner. Et stabilt og konstruktivt samarbeid mellom fagfolk og brukermedvirkere fordrer tydelige roller og rammer som har en gjensidig aksept.

Det anbefales på det sterkeste at øremerkede midler kanaliseres fra regionale HF til de respektive LMS. En styrket innsats for barn og unge på dette området forutsetter økte ressurser. SINTEF helse har tidligere pekt på at LMS-virksomhet i en rekke tilfeller ikke er fulgt opp med tilstrekkelige midler i helseforetakene.²⁵ I samsvar med dette belyser både Hvinden (2004) og Sandvin Olsson (2009) i sine rapporter hvordan drift og utvikling av læringstilbud er avhengig av lokale rammebetingelser. I den sammenheng er en dreining fra prosjektorganisering av tilbud, til integrering i ordinære helsetjenesteforløp særs viktig. Det samme gjør seg gjeldende for SMIL. Gruppetilbud som SMIL-prosjektets "Mindre alene sammen" krever beskjedne ressurser sammenlignet med individuelle helsetiltak og eventuelt framtidige kostnader knyttet til problemutvikling.

Det finnes ikke én oppskrift for å lykkes med et forebyggende og helsefremmende tiltak, tilsvarende SMIL. Det er på bakgrunn av erfaringene gjort i prosjektet og kjennskap til andres erfaringer innen feltet, at vi kan vise til nevnte faktorer som sentrale i så henseende.

²⁵ Steihaug og Hatling 2006, Steihaug, Hatling og Bringager 2008.

I forlengelse av SMIL-prosjektet og de erfaringer som foreligger ønsker kompetansesenteret å opprettholde sin satsning på forebyggende og helsefremmende psykisk helsearbeid for barn, unge og deres familier. Et viktig og solid stykke utviklingsarbeid er gjort. Det betyr ikke at vi har kommet i mål. På mange måter er det nå arbeidet starter. Kompetansesenteret ønsker å stimulere til videreføring av SMIL med fokus på implementering, hvor det tas utgangspunkt i den infrastrukturen som LMS-nettverket representerer.

Kompetansesenteret vil i første omgang utforme et ressurshefte for gjennomføringen av gruppetilbudet "Mindre alene sammen!". Hensikten med heftet vil være å formidle et grunnkonsept for gjennomføring av tilbud, fulgt av tips til alternative fremgangsmåter, praktiske råd og faglige forankringer/retningslinjer. I tillegg har kompetansesenteret besluttet å tildele implementeringsmidler for å støtte lokale initiativtagere i 2010. Implementeringsmidlene er basert på nye tilskudd fra Helse- og omsorgsdepartementet, samt restbeløp fra tildelte midler i prosjektets utviklingsfase.

Dialog omkring etablering av tilbud er allerede initiert ved enkelte lokale LMS og deres samarbeidspartnere. Målet er her å integrere tilbudet i pasient- og pårørende forløp og derigjennom sikre en mer forutsigbar og varig virksomhet. Læringstilbud som en tydelig og integrert del av pasient- og pårørendeforløp utgjør et sentralt suksesskriterium, hvis ansvar i all hovedsak hviler på lokale og regionale helseforetak.

Å legge til rette for en framtidig gevinstrealisering av prosjektets resultater er for øvrig et ansvar som tilfaller oppdragsgiver, her Helse- og omsorgsdepartementet. Erfaringene i prosjektet har bekreftet at SMIL er et relevant og framtidig hensiktsmessig tiltak for barn med foreldre som har psykisk sykdom eller rusproblemer. Samtidig bekreftes et betydelig behov for fortsatt oppfølging og en utvidet støtte til barn, unge og deres familier i sin helhet. Kompetansesenterets anbefaling vil være å prioritere økt oppbygging av et differensiert og familieorientert tilbud, hvor både barne- /ungdoms- og foreldreperspektivet ivaretas.

Videre anmodes en fortsatt satsning på kompetanseheving både blant fagpersoner og brukerrepresentanter – med hensyn til fagfeltet og til samhandlingskompetanse. Konstruktive samarbeidsrelasjoner er etablert lokalt og sentralt i prosjektperioden, og en viktig målsetting framover bør være å ivareta og videreutvikle det fundamentet som er lagt.

LITTERATURLISTE

- Aldrige, J. & Becker, S. (1993). *Children who care: Inside the world of young carers*. Loughborough: Yonug Carers Research Group.
- Aldrige, J. & Becker, S. (2003). *Children caring for parents with mental illness: Perspectives of young carers, parents and professionals*. Bristol: The Policy Press.
- Almvik, A. & Ytterhus, B. (2004). *Ualminnelig alminnelighet – barn og unges hverdagsliv når mor har psykiske vansker. (Rapport 50/04)* Trondheim: NTNU, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap.
- Antonovsky, A. (1996). "The Salutogenic Model as a Theory to Guide Health Promotion." *Health Promotion International*, 11:11-18.
- Beardslee, W.R., Versage, E., Gladstone, T. (1998a). Children of Affectively Ill Parents: A Review of the Past 10 Years, in *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1998. 37 (11):1134-1141.
- Borge, A.I.H. (2003). *Resiliens. Risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Borge, A.I.H. (red.) (2007). *Resiliens i praksis. Teori og empiri i et norsk perspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christie, H. (2008). *Mestring som mulighet*. www.r-bup.no
- Duncan, B.L., Miller, S.D. & Sparks, J. (2004a). *The heroic client: a revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Dysthe, O. (2001). red. *Dialog, samspel og læring*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Glistrup, K. (2004). *Det barn ikke vet...har de vondt av. Familiesamtaler med psykisk syke foreldre og deres barn*. Oslo: Pedagogisk Forum.
- Killén, K. (2007) *Barndommen varer i senere alder*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Halsa, A. (2008). "Mamma med nerver". En studie av moderskap og barneomsorg i velferdsstaten, når mor har psykisk helseplager (Dr. polit.avhandling). Trondheim: NTNU: Institutt for sosiologi og statsvitenskap.
- Halsa, A. og Aubert, A. (2009). *Forebyggende arbeid når mor eller far har psykiske helse problemer. En evaluering av det forebyggende arbeidet for barn med psykisk syke foreldre i Akser og Bærum. Forskningsrapport nr.139/2009. Høgskolen i Lillehammer*.
- Hansen, F.A. (1990). *Rusmisbruk i et familieperspektiv. Hvilke utviklingskonsekvenser kan dette få for barn?* Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 27, 737-746.
- Hvinden, K. (2004). *Prosjektrapport. Informasjon og mestring for familier som har barn med funksjonshemming*. Oslo: Oslo universitetssykehus, HF.
- Killén, K. og Olofsson, M. (2003). *Det sårbare barnet. Barn foreldre og rusmiddelproblemer*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Kufås, Lund, R Myrvoll, Lie & Utvik (2002). "Du er ikke den eneste" Gruppetilbud med psykopedagogisk tilnærming til barn og unge som har foreldre med psykisk lidelse. Rapport fra Redd Barna Norge og Blakstad Sykehus, Asker.

Leira, H. (1990). Fra tabuisert trauma til anerkjennelse og erkjennelse. Del 1. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 27, 16-22.

NK LMS Strategisk plan, Utviklingsperspektiv 2009 – 2013.

Rimehaug, T. (2006). De "usynlige" barna. Tidsskrift for den norske legeföreningen, 126:1493-4.

Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. I: Risk and Protective Factors in the development of Psychopathology. Cambridge: Cambridge University Press.

Sandvin-Olsson, A.B. (2009). Prosjektrapport. Familieprosjektet. Informasjon og mestring til familier med barn som har nedsatt funksjonsevne og/eller kronisk sykdom. Oslo: Oslo universitetssykehus HF.

Skjerfving, A. (1996). Barn til psykiskt störda föräldrar: Sårbarhet, risiker skyddande faktorer. En kunnskapssammanställning (Rapport 11). Stockholm: Beckomberga sjukhus.

Solbakken, B.H. & Lauritzen, G. (1/2006). Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS).

Sosial- og helsedepartementet (1997). St.meld. nr 25. Åpenhet og helhet. Om psykisk helse og tjenestetilbudene (1996-97).

Sosial- og helsedepartementet (2003). Strategiplan for barn og unges psykiske helse.

Sosial og helsedirektoratet (2006). IS-5/2006 Rundskriv. Oppfølging av barn til psykisk syke og / eller rusavhengige foreldre.

Steihaug, S. og Hatling, T. (2006). Evaluering av Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring. SINTEF Helse, Oslo og Trondheim.

Steihaug, S. Hatling, T. og Bringager, N. (2008). Evaluering av Familieprosjektet (Rapport SINTEF Helse, Mai 2008)

Sundfær, Aa. (1999). Foreldrefunksjonen forstyrres av rusmisbruket. I: Ung og lovende. Rusmiddeldirektoratet / barne- og familieetaten, Oslo.

Sundfær, Aa. (2004). Artikkel i Aftenposten 06.08.04 "Rusproblemer I familien skjules – barna lider".

Svensden, A. (2004). Forebyggende arbeid med barn av foreldre med psykisk sykdom og rusproblemer – En evaluering av BAPP-programmet. Trondheim: Barnevernets utviklingscenter Midt-Norge, Arbeidsrapport nr. 16.

Vifladd, E.H. & Hopen L. (2004). Helsepedagogikk – samhandling om læring og Mestring. Nasjonalt kompetanse for læring og mestring ved kronisk sykdom. Oslo.

Waaktar, T. & Christie, H.J. (2000). Styrk sterke sider. Håndbok i resilience grupper for barn med psykososiale belastninger. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Waaktar, T., Torgersen, S. & Christie, H.J. (2007). Resiliens og intervensjon. I: Resiliens i praksis. Teori og empiri i et norsk perspektiv. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Aamodt, L. & Aamodt, I. (2005). Tiltak for barn av psykisk syke. Oslo: Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Region Øst og Sør.

Nettreferanser:

www.vfb.no

www.odin.no

www.r-bup.no

www.regjeringen.no

www.mestring.no

SLUTTRAPPORT

DELPROSJEKT OSLO

Læring og mestring for barn med foreldre som har psykisk lidelse eller rusproblemer



Diakonhjemmet sykehus
Distriktpsikiatrisk senter Vinderen

Ellen Østberg

Delprosjektleder

Oktober 2009

Det vises til hovedprosjektrapport som skal utarbeides ved Nasjonalt Kompetansesenter for Læring og Mestring, NK LMS.

Kort introduksjon:

Psykisk helse er i forlengelse av regjeringens målsetning løftet frem og definert som et nasjonalt samarbeidsområde og strategisk tiltak for de regionale helseforetakene.²⁶ Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring (NK LMS) ved Aker universitetssykehus HF gis i oppdragsdokument til regionale helseforetak for 2007 / 2008 i oppdrag å utvikle læringstilbud for barn med psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre, samt herunder å stimulere og støtte lærings- og mestringssentrene ved helseforetakene i utvikling og gjennomføring av læringstilbud.²⁷ Prosjektet S M I L - Styrket Mestring i Livet – er et toårig utviklingsprosjekt, med det formål å bidra til at de ulike LMS og helseforetak får styrket sin innsats ovenfor barn som pårørende mht psykisk helse. Prosjektets formål og hovedintensjon samsvarer med overordnede mål for helse- og barnepolitiske spørsmål.

Barns grunnleggende utviklingsår tilbringes for de fleste i familien. Når mor eller far har en psykisk lidelse eller et rusproblem påvirkes hele familien – og spesielt barna. Risikoen for at disse barna utvikler tilsvarende problemer er betydelig til stede. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet viser beregninger at mellom 200.000 og 300.000 barn og unge i Norge lever i familier med psykisk sykdom og/eller rusmisbruk; mange av barna får ikke den oppfølging og støtte de har behov for (Aamodt & Aamodt 2005, Lauritsen & Solbakken 2006). Nettopp denne utfordringen ligger til grunn for regjeringens aktuelle satsning på forebyggende og helsefremmende tiltak for barn og unge, slik utdraget fra Soria Moria-erklæringen ovenfor viser.

Lærings- og mestringstilbud har fått et godt fotfeste innen sykehusenes somatiske avdelinger. Vi ønsker å prøve ut, og på sikt implementere, LMS metodikk og arbeidsform innenfor rammen av psykisk helsevern i "Distriktpsykiatrisk senter". Psykisk helsevern innebærer i denne sammenhengen lidelser knyttet til både rus og psykiatri. Dette vil også innebære en styrking av lærings- og mestringstilbud innen psykisk helsevern og rusbehandling for våre pasienter, knyttet tett opp til LMS ved Diakonhjemmet sykehus.

Å kunne møte denne gruppens behov for kunnskap og støttetiltak, vil sannsynligvis både ha effekt på selve pasientbehandlingen, og samtidig kunne forebygge skjevutvikling hos barn og unge.

Mål:

Prosjektets overordnede mål er å bidra til økt støtte til barn med foreldre med psykiske vansker og/eller rusproblemer. Ønsket effekt er å styrke barnas forståelse og mestring av egen livssituasjon og på denne måten forebygge/ redusere psykiske helseproblemer hos barn. Det er et ønske å gi barna økt mulighet til å leve et mest mulig fullverdig liv, preget av sosial deltakelse og opplevelse av selvstendighet og egenverd. En styrket foreldre-barn relasjon ved større grad av gjensidig åpenhet og forståelse er samtidig en ønsket effekt.

Involverte samarbeidsparter og rolle-/oppgavefordeling i Oslo:

Hovedprosjektet har en referansegruppe bestående av fagpersoner og representanter fra pårørende-, bruker- og interesseorganisasjoner.

For Oslo-prosjektet ble det etablert en prosjektgruppe bestående av:

DPS Vinderen v/ Ellen Østberg, delprosjektleder og gruppeleder

Ullern bydel v/ Anne Usterud-Svendsen, gruppeleder

LMS Barn Ullevål v/ Siv Skovli

BUP Nydalen v/ Arnhild Kihl

Ungdom mot Narkotika v/ Marius Sjømæling

Landsforeningen for pårørende innen psykiatri v/ Ellen Kallander

Landsforbundet mot stoffmisbruk v/ Per Sandvik

Mental Helse Ungdom v/ Adrian Tollefsen

Fra prosjektgruppen ble 4 personer samlet i en arbeidsgruppe for å utforme endelig program og innhold for gruppen:

DPS Vinderen v/ Ellen Østberg, delprosjektleder og gruppeleder

Ullern bydel v/ Anne Usterud-Svendsen, gruppeleder

LMS Barn Ullevål v/ Siv Skovli

Landsforeningen for pårørende innen psykiatri v/ Ellen Kallander

Beskrivelse av tiltaket:

DPS Vinderen og bydel Ullern ønsket at tilbudet skulle gjelde alle 3 bydeler i Diakonhjemmet sektor, selv om Ullern bydel stilte med ressursene. Vi valgte å ha tilbudet på et nøytralt sted, Stoppestedet, som er ungdomsklubben i Ullern bydel.

9 barn mellom 8 og 13 år startet i gruppen som ble avviklet i perioden 23.02.-25.05. 2009, i alt 12 ganger à 2 timer med følgende temaer:

1. Familiemøte med pizza, presentasjon og praktisk informasjon.
 - 7 barn og 3 voksne deltok
2. Hva er psykiske vansker og rusproblemer.
 - 9 barn deltok
3. Om følelser
 - 8 barn deltok
4. Klatring / foreldresamling
 - 9 barn klatret og 10 foreldre deltok på foreldresamlingen
5. Nettverk
 - 7 barn deltok
6. Meg selv
 - 8 barn deltok
7. Familiemøte med pizza, visning av bilder fra barnesamlingene.
 - 8 barn deltok
8. Om følelser (2. gang)
 - 7 barn deltok
9. Klatring / foreldresamling
 - 9 barn klatret og 9 foreldre deltok på foreldresamlingen
10. Nettverk (2. gang)
 - 7 barn deltok
11. Håp, mening, sammenheng.
 - 8 barn deltok
12. Familiefest m/ foreldre og søsken.
 - 8 barn og 11 familiemedlemmer deltok.

På møtene hvor barna deltok alene, hadde vi fast rituale hvor vi skrev/tegnet navnelapper, tente stearinlys, spiste mat, og hadde ukens topp og bunn; én god og én vanskelig hendelse som hadde skjedd siste uken.

Følgende fokusområder skulle gå som en rød tråd gjennom kurset:

1. Forståelse for psykisk sykdom og rusproblemer
2. Opplevelse av ikke å være alene
3. Mestringsstrategier
4. Hvordan bruke sitt nettverk
5. Bli kjent med egne følelser
6. Aktiviteter.

En faglig forankring for valg av fokusområder ble utformet ved masterstudent Ellen Kallander, i tråd med forankringen sentralt i prosjektet.

Utformingen av gruppen/kurset er basert på erfaring fra tidligere gruppetilbud, samt temaer som kom frem fra prosjektgruppedeltakerne, ikke minst brukerstemmene.

Gruppelederne er skolert gjennom kurs i gruppeledelse for barn/unge, samt opplæringstilbud gjennom Voksne for Barn. Vi ønsket derfor å ta utgangspunkt i deres "Veileder" for barnegrupper, CU2 (See you too). Denne veilederen har alle i arbeidsgruppen mottatt og gjennomgått.

Som innledning på 2. møte som hadde tema Hva er psykisk sykdom og rusproblemer, brukte gruppelederne informasjon fra nettsidene til morild.org og barnogunge.no, som er nettsider spesielt utarbeidet for målgruppen barn og unge som har foreldre med psykisk lidelse og/eller rusproblemer.

Et av målene som ble beskrevet i prosjektet, var en styrket foreldre-barn relasjon. Tre av gruppemøtene ble gjennomført med foreldre og barn sammen. Begge foreldre ble invitert og vi lot familien selv avgjøre hvem som skulle delta på familiemøtene. I tillegg til tre familiemøter, fikk foreldrene tilbud om å delta i foreldregruppe de to gangene barna var i klatrevegg. Én av gruppelederne, sammen med en brukerrepresentant/likemann, ga foreldrene mulighet til å ta opp vanskelige temaer knyttet til sykdom og livssituasjon, og de fikk informasjon om hvordan barn kan preges av å ha foreldre med psykiske vansker og/eller et rusproblem.

For at barna skulle få en opplevelse av mestring gjennom aktivitet og samarbeid, ble to av møtene gjennomført i klatrehall.

I tillegg lærte barna en enkel avspenningsøvelse som kunne brukes ved behov i hverdagen. Enkelte av barna rapporterte at de hadde tatt denne i bruk. Et eksempel var ved innsovning, for å få bekymringstanker bort.

Brukermedvirkning:

Brukerrepresentanter deltok i alle ledd; i planlegging, gjennomføring og evaluering.

I prosjektgruppen deltok flere brukerorganisasjoner med sine representanter. Dessverre var oppmøte ustabil og enkelte trakk seg fra oppgaver.

De 2 brukerrepresentanter som deltok i gruppevirksomheten med barn og foreldre hadde særdeles høy fagkompetanse gjennom utdanning og jobb, noe som ga en stor trygghet både i planlegging og gjennomføring.

Som brukerrepresentant/likemann, deltok en ung kvinne med egenerfaring på alle møter hvor kun barna og gruppelederne deltok, også i klatreveggen. Tilsvarende deltok en kvinne med egenerfaring på de 2 foreldresamlingene.

Veiledning:

Det var avtalt på forhånd at BUP Nords representant kunne veilede ved behov. Dette ble gjennomført ved en anledning hvor en av gruppedeltakerens forelder vurderte å ta barnet ut av gruppen på grunn av symptomutvikling.

Vertskap for prosjektet:

DPS Vinderen, og Ullern bydel var vertskap for prosjektet og ansvarlig for tilbudet.

Psykisatri Vinderen har hatt pasienters barn som prioritert område de siste 10 årene. Med forankring i ledelsen, har ansatte på poster og poliklinikk fått kompetanseheving og spesielt ansvar på området, samt deltatt i grupper og utvalg internt og eksternt.

Bydel Ullern har hatt et spesielt fokus på barn med psykisk syke foreldre i en årrekke, noe som har vært forankret i øverste ledelse. Risikoutsatte barn og unge er et satsningsområde og et eget prosjekt i bydelen, ledet av Anne Usterud-Svendsen. Ullern bydel ansatte sommeren 2008 Anne Usterud-Svendsen som spesialkonsulent for barn og unges psykiske helse i 100 % stilling. Usterud-Svendsen har deltatt i både pilotprosjektgruppe og arbeidsgruppe, og skal være en av gruppelederne. Ullern bydel tilbyr prosjektet å bruke ungdomshuset i bydelen, Stoppestedet, uten omkostninger.

Oversikt over hvem som har rekruttert barn til deltakelse i gruppe:

Deltakerne ble rekruttert fra DPS Vinderen og bydelene Ullern, Vestre Aker og Frogner (Diakonhjemmet sykehussektor). Gruppelederne er ansatt i henhold og kjenner hjelpetilbudet spesielt i denne sektoren.

9 barn startet på kurset / i gruppen:

jente 8 år (helsesøster)

jente 9 år (familievern / gruppeleder)

jente 9 år (ruspoliklinikk / gruppeleder)

jente 10 år (helsesøster)

gutt 11 år (internett)

gutt 11 år (helsesøster)

gutt 12 år (PPT)

jente 12 år (helsesøster)

jente 13 år (ruspoliklinikk / gruppeleder)

En viktig faktor for henviserne var at de fleste fra før kjente til gruppeledernes erfaring og arbeid med barn som pårørende.

Aktivitet og ressursbruk:

Vi antar at ca 20 % av stillingen medgår til gruppeaktiviteten pr gruppe. I oppstartsperioden med samtaler med det enkelte barn og mor/far, noe mer.

Resultatvurdering / suksessfaktorer:

- Barn rekrutteres fortløpende til kurs/gruppe til gruppelederne, både fra bydel og enheter i spesialisthelsetjenesten. Vi tror det kan være gunstig at en eller begge gruppeledere møter familien raskt etter påmelding, og at begge møter barn og familien igjen før oppstart.
- Egne foreldresamlinger hvor begge foreldre inviteres.

En forelder uttalte: Jeg har fått mer forståelse for mitt barns situasjon.

- At gruppelederne er tilgjengelig for foreldrene underveis, idet det oppstår mange spørsmål, undring og bekymring underveis.
- Viderehenvisning til bl.a. barnevern, helsesøster, spesialisthelsetjeneste
- 2 ganger i klatrevegg var høydepunkter og veldig samlende for gruppen. Den ene gangen kan med fordel legges tidlig i programmet.
- Det kan være lett å planlegge for mye program slik at det blir liten tid til viktige dialoger når det oppstår.
- Viktig med gruppeledere fra henholdsvis bydel og spesialisthelsetjenesten for å sikre forankring på begge nivåer.
- Det bør vurderes om foreldresamlingene bør legges etter arbeidstid.
- CU2: Fordi gruppelederne hadde opplæring og erfaring fra Voksne for barns Veileder i barnegrupper, CU2, valgte vi å benytte temaer og øvelser derfra. Gruppelederne vurderer dette som et godt utgangspunkt, men ønsker at veilederen hadde mer fokus på aktivitet og samtale. Alle i arbeidsgruppen mottok og gjennomgikk CU2.
- Vi hadde som mål å gjennomføre en enkel avspenningsøvelse som barna kunne ta med seg videre.

Noen utfordringer:

- Få til et stabilt brukeroppmøte.
- Budsjett må være i orden før oppstart, og viktig å avklare brukerbetaling.
- Arbeidet med grupper må forankres i stillingsbrøk.
- Det bør utarbeides retningslinjer for hvordan ivareta henviser underveis og etter kurset er slutt.
- Barn og foreldre etterlyser oppfølgingstilbud etter avslutning av tilbudet.
- Det kan avdekkes tildels alvorlige livssituasjoner hos barna og det er viktig at det formidles på en ordentlig måte om innholdet i lovbestemt plikt til å informere barneverntjenesten i visse situasjoner.

Veien videre:

DPS Vinderen ønsker å implementere grupper/kurs til barn/unge som et fast tilbud. Vi ønsker å forplikte alle 3 bydeler i et samarbeid som medfører opplæring, rekruttering og gjennomføring. Det er etablert kontakt med Voksne for Barn om opplæring. Når det gjelder kurs/gruppe til barn/unge, vil vi ta i bruk viktig erfaring fra SMIL-gruppene, og ser frem til at det foreligger en veileder.

Et av målene som er beskrevet i prosjektet, er en styrket foreldre-barn relasjon. Tre av gruppemøtene ble gjennomført med foreldre barn sammen. Vi ønsker at begge foreldre deltar. Imidlertid kan det være forhold i familiene som gjør at dette ikke lar seg gjennomføre, og vi lar familiene selv avgjøre hvem av foreldrene som deltar på familiemøtene. I tillegg til tre familiemøter, fikk foreldrene tilbud om å delta i foreldregruppe de to gangene barna var i klatrevegg. Én av gruppelederne, sammen med en brukerrepresentant/likemann, ga foreldrene mulighet til å ta opp vanskelige temaer knyttet til sykdom, samt få informasjon om hvordan barn kan preges av å ha foreldre med psykiske vansker og/eller et rusproblem. Det kan være vanskelig for foreldre i en konfliktfylt situasjon og møtes i en slik gruppe, og det bør vurderes om pasienter som har barn bør tilbys et eget LMS-kurs som handler om å være foreldre.

Ellen Østberg
Delprosjektleder
DPS Vinderen
Oslo, oktober 2009

SMIL – Mo i Rana
Sluttrapport for pilot-prosjektet
Styrket Mestring i Livet – Mo i Rana
2008/2009



Et gruppebasert lærings- og mestringstilbud for barn med psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre

**I regi av Mental Helse, Rana Kommune og
Helgelandssykehuset Mo i Rana**

Tove Lill R. Falstad

Delprosjektleder

1. Introduksjon

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet viser beregninger at mellom 200.000 og 300.000 barn og unge i Norge lever i familier med psykisk sykdom og/eller rusmisbruk. Mange av barna får ikke den oppfølging og støtte de har behov for. Denne utfordringen gjenspeiles i regjeringens satsning på psykisk helsearbeid for barn og unge, gjennom bl.a. ny lov som gir barna rett til å bli sett og hørt.

I Rana-distriktet ble det etablert ei samarbeidsgruppe på tvers av 1. og 2.linjetjenesten med brukerkompetanse inkludert i mai 2007. Fra januar 2008 var første gruppetilbud for barn i alderen 9 – 13 år i gang. Barnegruppa ble avsluttet mai -08.

Med bakgrunn i disse erfaringene søkte Helgelandssykehuset Helsedirektoratet om prosjektmidler for 2008, og Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring (NK LMS) om prosjektmidler for 2009. Samarbeidsgruppa ble høsten 2008 etablert som ei pilot-prosjektgruppe i Mo i Rana for S M I L – prosjektet (Styrket Mestring i Livet) som var et nasjonalt prosjekt.

Hensikten med Sluttrapporten for S M I L – Mo i Rana er å beskrive prosjektet og vurdere de resultatene som prosjektet har oppnådd i forhold til målsetning. Sluttrapporten er et krav fra NK LMS som har ledet prosjektet med nasjonal prosjektleder Siw Bratli, og den er et krav fra Helsedirektoratet som også har støttet prosjektet økonomisk.

2. Involverte samarbeidsparter og rolle-/ oppgavefordeling

Prosjektgruppa har bestått av følgende personer:

- Familiesenterleder: Berit Nonskar, Familiesenteret, Avd. psyk og helse, Rana Kommune
- Familieterapeut: Kirsten Ellingbø, Psykiatrikontoret, Avd psyk. og helse, Rana kommune
- Barnevernskonsulent: Melanie R. Kristensen, Barnevernet, Sosialavd., Rana kommune
- To pårørende med relevant oppveksterfaring: Anonyme
- Leder Mental Helse Rana: Grethe Josefsen
- Avdelingsleder VOP: Sidsel Forbergskog, Psyk. Senter Helgelandssykehuset Mo i Rana
- Avdelingsleder BUP: Vera Lorentzen, Psyk. Senter Helgelandssykehuset Mo i Rana
- LMS-konsulent: Astri Gullisen, Med. Dagenhet, Helgelandssykehuset Mo i Rana
- LMS- leder/ del-prosjektleder: Tove Lill R. Falstad, Med.dagenhet, Helgelandssykehuset Mo i Rana
- Nasjonal prosjektleder: Siw Bratli, NK LMS, Oslo Universitetssykehus

De ulike aktørene i prosjektgruppa har hatt ulike roller og oppgaver i prosjektet. Alle har bidratt i prosjektgruppa med sin kompetanse som fagperson, leder / koordinator, eller pårørende.

Representantene har hatt likeverdige stemmer inn i arbeidet, og prosjektgruppa har fungert som en høringsinstans i forhold til utarbeidelse av tilbudet, PR-arbeid og rekrutteringsarbeid.

3. Beskrivelse av tiltaket / prosjektet

S M I L - prosjektets overordnede mål er å bidra til økt støtte av barn med psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre.

Ønsket effekt med prosjektet er å styrke barnas forståelse og mestring av egen livssituasjon, og på denne måten forebygge / redusere psykiske helseproblemer hos barna. Det er et ønske å gi barna økt mulighet til å leve et mest mulig fullverdig liv, preget av sosial deltakelse og opplevelse av selvstendighet og egenverd.

Vi ønsker også å bidra til å styrke relasjonen i familien ved større grad av gjensidig åpenhet og felles forståelse, der foreldre er psykisk syke/rusavhengige. Hjelp foreldrene til å se barnas behov.

3.1. Målgruppe

Målgruppen viser her primært og overordnet til barn og unge i alderen 0 – 18 år med psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre. Barna er i utgangspunktet ikke å definere som pasienter, og trenger ikke å ha synlige tegn på stress eller andre symptomer. Sekundært vil målgruppen innbefatte barnas foreldre / foresatte, hvilket forutsetter en erkjennelse av egne vansker og belastninger.

Spesifisert målgruppe for barnegruppa i Mo i Rana:

For barn i alderen 9 – ca 13 år (5., 6. og 7. klasse) som har foreldre med psykisk sykdom og / eller rusproblematikk.

Målgruppen blir også sekundært deres foreldre/foresatte.

3.2. Mål

Målet med tilbudet har vært å skape en arena hvor barn, unge og foreldrene deres kan treffe andre i samme situasjon til felles aktiviteter, voksenkontakt og veiledning.

Mestringsperspektivet har stått sentralt. Fokus har vært å vise at "du er ikke alene og det er ikke din skyld". I tillegg har målet vært å skape en arena hvor barn sammen med sine foreldre kan dele felles opplevelser.

Målet har også vært å få forebyggingsperspektivet implementert i psykisk helsevern for barn og unge slik statlige føringer legger opp til.

Delmål:

- i. Etablering av en trygg og tilgjengelig møteplass – et sted for samvær og samspill hvor erfaringer kan deles og vennsrelasjoner utvikles.
- ii. Tilrettelegge og tilby relevant kunnskap og tilpasset informasjon både for barn og foreldre.
- iii. Etablere nettverk og fremme strukturer for forpliktende, systematisk samarbeid på tvers av ulike nivåer og instanser på både fag- og brukerfelt.
- iv. Evaluere, videreutvikle og stimulere til videreføring av vellykkede tilbud.

3.3 Form og innhold

Prosjektet har overordnet vært delt i tre faser:

1. høsten 2008 – prosjektplanlegging, PR og rekruttering
2. våren 2009 – gjennomføring av gruppeaktivitet, evaluering
3. høsten 2009 – erfaringsoppsummering, rapportering og dokumentering

Fase 1: Prosjektplanlegging, PR og rekruttering

Aktivitet i denne fase besto av prosjektmøter med planlegging av innhold i piloten i Mo i Rana. Lokal prosjektplan ble utarbeidet av prosjektansatte.

Hovedfokus i denne fasen var PR-arbeid og informasjonsformidling til interne og eksterne samarbeidspartnere både via møter, informasjonsmaterieill, internett, reportasjer i lokal avis og distrikts-TV.

Henvisninger til S M I L-gruppen kom også på slutten av denne fasen. Det var et lavterskeltilbud som ikke krevde henvisning fra lege, men henvisende instans eller foreldrene selv kunne kontakte gruppelederne direkte. Henvisningene kom fra Barnevernet og Familiesenteret, henholdsvis 4 fra barnevern og 3 fra familiesenteret.

Fase 2: Gjennomføring av gruppeaktivitet og evaluering

I denne fasen ble forsamtalene gjennomført, og gruppen ble startet opp med Berit Nonskar og Kristen Ellingbø som gruppeledere. Begge representerer Rana Kommune. Erfaren pårørende deltok på ei samling med barna. Barnegruppene møttes på Familiesenteret i sentrum av Mo i Rana hver tirsdag kl. 14.15 – 17.00.

Faglig ble innholdet i gruppene delvis basert på opplegget i CU2 fra Voksne for barn. Gruppelederne har tilpasset opplegget ut fra gruppas behov.

Oversikt over innhold i gruppesamlingene:

	Innhold	Merknader
1. samling	Velkommen, Målsetning, bli-kjent leker	m/ foreldre
2. samling	Tema: Historie fra erfaren pårørende, CU2-oppgaver	
3. samling	Tema: "Hva er følelser"- bok, deltaker forteller sin historie	
4. samling	Aktivitet: Innendørs klatring – mestringsopplevelse og vennskap	
5. samling	Aktivitet: Ake-tur i Selforslia	m/ foreldre
6. samling	Tema: "Meg selv "og "å være deg" CU2	midtevaluering
7. samling	Tema: Fantasispill om følelser laget av gruppelederne	
8. samling	Aktivitet: Eksperimenter på naturfagrom	
9. samling	Avslutning på Dolly Dimple og Familiesenteret	m/ foreldre

Fase 3: Erfaringsoppsummering, rapportering og dokumentering

I denne fasen gjennomførte gruppelederne oppfølgingssamtaler med alle foreldrene.

Nasjonal prosjektleder gjennomførte kvalitative samtaleintervju med to av barna med foreldre fra barnegruppa på Mo.

Prosjektet ble evaluert anonymt med spørreskjema (Quest back) blant alle pilotmedarbeiderne.

Flere evalueringsmøter ble gjennomført.

4. Aktivitet og ressursbruk

Prosjektmidler fra HelseDirektoratet mottatt 08.05.09 kr. 130 000,-, og prosjektmidler fra NK LMS til utviklingsprosjekt innen område rus/ psykiatri mottatt 09.02.09 kr. 200 000,-. (hvor S M I L - prosjektet inngår som en del).

Midlene ble prioritert til 2 x 10 % stilling for gruppeleder og koordinator i 2008. Stillingene ble videreført fram til sept. 2009. Fra våren 2009 ble også delprosjektleder ansatt i prosjektet som en del av et større prosjekt innen område læring- og mestring i rus / psykiatri.

I etterkant av prosjektet anslår vi at for ressursbehovet i forhold til gruppelederne er 2 x 25 % stilling i den intensive perioden med rekrutteringsarbeid og gjennomføring av gruppetilbudet. På årsbasis i gjennomsnitt 30 - 40 % stilling fordelt på to personer.

5. Resultatvurdering

Målene for prosjektet er langt på vei oppnådd.

Vi har erfart at målgruppen må presiseres enda tydeligere for å oppnå ei mer homogen gruppe. Vi fikk ei gruppe med barn hvor noen hadde foreldre som anerkjente tilbudet og som ønsket at barna deres skulle ha oppfølging på grunn av oppveksten i en belastet familie, mens andre barn hadde foreldre som ikke hadde erkjent egne problemer. Konsekvensen av dette ble at flere av barna i gruppa ikke hadde tillatelse til å snakke om følelser og vanskelige tema, og dette førte til stor uro i gruppa og problemer med å skjerme de mest belastede barna.

Foreldresamarbeid er avgjørende for barnas utbytte av tilbudet. Det må være et grunnleggende kriterium. Derfor er det viktig med familiearbeid med fokus på barneperspektivet i forkant før familiene tilbys et gruppetilbud for barna. Særlig i de tilfellene hvor man ser at det er lite åpenhet i familien og kompliserte familieforhold.

Dette viser at godt forarbeid er viktig, men ressurskrevende. Vi har tanker om at opptil tre forsamtaler kan være å anbefale. Først en med henviser og gruppeledere sammen med foreldre. Deretter en med gruppeledere og begge foreldre sammen (der det er mulig). Og til sist en forsamtale med gruppeledere, foreldre og barn sammen med fokus på barnas situasjon og hensikten med å delta i gruppetilbudet.

I gjennomføringen av gruppetilbudet valgte vi å bruke CU2 (Veileder for barnegrupper) som bakteppe for innhold i gruppesamlingene. Erfaringene med dette er delt. Mange av oppgavene er skrivebordsoppgaver som minner om skolearbeid. Man erfarte at det var viktig å sjekke barnas forutsetninger i forhold til lese- og skriveferdigheter på forhånd før disse kunne benyttes. Barna opplevde dette som skolearbeid, og var lite motiverte. Man erfarte også at mange av gruppeaktivitetene var tilpasset grupper med en viss størrelse, f. eks. stafett. Lite gjennomførbart med 6 -7 barn i gruppa.

Gruppelederne savnet også en plan på hva man skal gjøre med de opplysningene som barna kom fram med underveis i oppgavene.

Bruk av fysisk aktivitet var en suksess i gruppa. Det førte til mestring og positive opplevelser. Da så man at vennskap ble knyttet og stor glede i gruppa. De forsøkte seg bl.a. på klatring i klatrevegg, eksperimenter på naturfagrom, og aketurer.

Vi tenker det er viktig å fokusere på slike aktiviteter særlig i starten av et gruppetilbud for å etablere tilhørighet, trygghet og vennskap.

Brukermedvirkning har stått sentralt i prosjektet. Det var uklarerheter i prosjektgruppa hvor mye brukere/ pårørende med oppveksterfaring skulle delta i gjennomføring av gruppetilbudet. Det endte med at en pårørende deltok på ei gruppesamling med barna. Representanten sier det var en spesiell opplevelse. Både på godt og vondt. Et ønske om å hjelpe andre barn, samtidig som det er utfordrende å kjenne seg selv igjen i barna. Her er også viktig å nevne at demografi har en betydning. Mo i Rana er et relativt lite sted, og representanten kjente flere av barna fra tidligere og syntes det ble en vanskelig dobbeltrolle.

For noen av barna hadde det stor betydning å se en "rollemodell" med lignende erfaringer som dem, og det var et stort savn at personen ikke kunne komme flere ganger. Et viktig element å arbeide videre med.

Tre av samlingene var familiesamlinger hvor barn, søsken og foreldre møtte sammen. Det ble ikke gjennomført samlinger bare for foreldrene, noe man i ettertid ser kunne vært gjort for å sette økt fokus både på barneperspektivet og opplevelsen av å bli sett som foreldre. Ved flere av familiesamlingene var det foreldre som ikke kunne møte, og man har ikke fått klarhet i årsaken til det.

Vi lyktes med PR- og rekrutteringsarbeidet. Vi opplever at mange samarbeidspartnere har hørt om SMIL – gruppen, og barnevernet bør trekkes fram som en vesentlig arena for rekruttering. Barnevernet mener flere kunne vært henvist hvis tidsperspektivet i prosjektet hadde vært lengre. De påpeker også dilemmaet med å være henviser – du kan ikke sikre barnet / familien plass i gruppa, og de har heller ikke et alternativ å tilby hvis det ikke var plass i gruppa, eller at familien gjennom forsamtalene viser seg å ha behov for et annet tilbud.

I forhold til delmål 3 i prosjektet om å fremme forpliktende systematisk samarbeid på tvers av etat og nivå og prioritering av ressurser fra ledelse, har vi ønsket at det skulle utarbeides en kontrakt mellom helseforetaket og Rana kommune. Avd. leder ved VOP har vært involvert i utarbeidelse av en samarbeidsavtale mellom psyk.senter ved Helgelandssykehuset, og helse og sosialavdelingen i kommunen, og denne er nå ferdigstilt. Planen videre var å utarbeide en samarbeidsavtale spesifikt for SMIL gruppene, med utgangspunkt i denne avtalen, men dette arbeidet er ikke startet.

SMIL er et utviklingsprosjekt, og erfaringene vi sitter med er at det gjenstår noe utviklingsarbeid før vi har et godt fundament å bygge en spesifikk avtale på.

6. Veien videre

Det særegne med S M I L-gruppene er at koordineringsansvaret for gruppene er lagt til lærings- og mestringssentrene. Med det legges det noen premisser for innhold og samarbeidsstruktur. Likverdig samarbeid mellom fagpersonell og erfarne brukere og brukerorganisasjoner er fundamentet i arbeidet.

Dette mener vi styrker S M I L-gruppene, men skal vi få dette til i den grad at man har med brukermedvirkere i hver samling for barn og foreldre, må det klarere retningslinjer på plass ang. bl.a. honorering av brukermedvirkerne og evt. tapt arbeidsfortjeneste for å delta. I Helse Nord er det foreløpig ikke utarbeidet retningslinjer for dette, og hvert enkelt HF har heller ikke prosedyrer med tydelig praksis for det. Brukermedvirker forutsetter også tydelig avklaring av forventninger til rollen som bruker / erfaren pårørende har fra alle parter.

Styrken ved å legge koordineringsansvaret til LMS er i tillegg til brukermedvirkning at man legger til rette for en møteplass og et samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten. LMS er en samhandlingsarena på tvers av etat og nivå.

Den største utfordringen i S M I L-gruppene er ressurser. Tilbudet har krevd mer tid og energi enn antatt, og det er den vesentligste utfordringen i arbeidet videre.

For å implementere arbeidet i psykisk helsevern så mener vi at disse punktene er vesentlige på veien videre:

- Øremerkede midler / avsatt faglige ressurser som gruppeledere
- Sikre opplæring av nye gruppeledere for at ikke arbeidet skal hvile på ildsjelene. Ei "lærlingordning" for nye gruppeledere er fornuftig.
- Et suksesskriterium er å ha gruppelederne som jobber godt sammen som team.
- Sikre både voksenpsykiatrisk- og barnefagligkompetanse blant gruppelederne.
- Etablering av nettverk for gruppelederne for å sikre erfaringsutveksling.
- Veiledningstilbud for gruppelederne bør sikres underveis i arbeidet.
- Det er hensiktsmessig å basere samarbeidet/ rollefordeling mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste på mest mulig fornuftig måte ut fra lokale forhold og tilgjengelige ressurser, fremfor rigid systemtenking som kan være hemmende i små lokalsamfunn.

Når det gjelder innholdet i gruppesamlingene ønsker vi at det utarbeides en "verktøykasse" med innhold å plukke fra til bruk i samlingene. Prosjektgruppa mener manualer kan bli for rigide i praktisk bruk. Vi ønsker et rikere utvalg av ideer til både aktiviteter, og metoder for samtale. Gruppene krever improvisasjon fra gruppelederne, og det er viktig at det lages rom for det.

Prosjektet avsluttes i denne omgang uten at det foreligger konkrete planer for ny oppstart av grupper i 2010. Årsaken til det ligger i de erfaringene som vi har gjort blant annet i forhold til behov for ressurser. Det arbeides aktivt både på nasjonalt og regionalt nivå med situasjonen for barn som pårørende slik at vi kjenner oss trygge på at dette er ei målgruppe som det fremdeles kommer til å satses på. Vi avventer og ser hvor veien går videre.

Tove Lill R. Falstad

Delprosjektleder, LMS Mo i Rana

Mo i Rana, oktober 2009



Erfaringssamling i S M I L –prosjektet

21. – 22. oktober 2009, Oslo

Program onsdag 21. oktober – Den Norske Opera og Ballett

16:00	Vi møtes i foajeen til guidet omvisning
17:00	Brasserie Sanguine
	Felles middag for alle involverte i prosjektet

Program torsdag 22. oktober - Rica Oslo Hotel

08:15 – 08:30	Morgenkaffe
08:30 – 08:40	Velkommen v/ Siw Bratli
08:40 – 09:30	Presentasjon av S M I L pilotarbeid i Oslo v/ Ellen Østberg og Anne Usterud-Svendsen. Spørsmål & dialog
09:30 – 09:40	Pause
09:40 – 10:30	Presentasjon av S M I L pilotarbeid i Mo i Rana v/ Tove Lill Falstad. Spørsmål & dialog
10:30 – 11:15	Evalueringresultater v/ Siw Bratli. Spørsmål og dialog
11:15 – 12:00	Lunsj
12:00 – 14:00	"Hvilke suksesskriterier opplever vi er alfa og omega for å lykkes med SMIL – tilbudet?" En mini-workshop v / Margaret Paasche, Coach Partner
14:00 – 14:15	Pause
14:15 – 15:15	"Du er ikke den eneste" et eksempel på et vellykket forebyggende arbeid for barn med psyisk syke foreldre v/ Astrid Halså, Høgskolen i Lillehammer
15:15 – 15:30	Oppsummering og avrundning

VELKOMMEN!

S M I L – Styrket Mestring i Livet - Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring - NK LMS

Oslo universitetssykehus, Aker Tlf: 22 89 49 82, www.mestring.no E-mail: siw.bratli@akersykehus.no

TIL FORELDRE / NÆRSTÅENDE MED BARN SOM HAR DELTATT I SMIL-GRUPPE

Vedr. invitasjon til samtaleintervju.

I forbindelse med at ditt barn har deltatt i S M I L – gruppe, vil vi gjerne invitere han/henne til gruppeintervju / samtale omkring erfaringene med tilbudet.

Vi som jobber med dette trenger å vite mer om hvordan barna opplever det å delta, for å kunne utvikle og gjøre S M I L- tilbudet så godt som mulig.

All informasjon vil ivaretas i henhold til etiske retningslinjer. Opplysningene vil anvendes i forbindelse med en prosjektrapport der de personlige kildene vil være anonymisert.

Gruppetilbud og samtaleintervju inngår som del av utviklingsprosjektet S M I L – styrket mestring i livet, og skjer i samarbeid mellom ulike aktører innen primær- og spesialisthelsetjenesten, samt brukerinstanser.

Det er frivillig å delta, og fullt mulig å trekke seg underveis dersom ønskelig.

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg / vi samtykker til at(barnets navn) deltar i intervju, gjennomført i tråd med beskrivelsen ovenfor.

.....

Sted

.....

Dato

.....

Underskrift foreldre / nærstående

INVITASJON

Hei!

Vi vil gjerne invitere barna som har vært med i S M I L – gruppe til et intervju / samtale om hvordan det har vært å delta. Vi som jobber med dette trenger å vite hvordan det oppleves å være med, for å kunne gjøre S M I L-gruppa så bra som mulig. Vi håper derfor at du har lyst og kan komme! Hvis det passer, er det fint om du tar med mappen din i fra samlingene. Husk også å få med brev med underskrift fra mamma eller pappa. Samtalen vil vare i ca. én time.

Håper vi ses og gleder oss til det 😊

Hilsen ...

SAMTALEGUIDE / BARNA

INTRODUKSJON

- Velkommen
- Opplysninger om samtaleintervjuet, samt litt om intervjuer(-e)

FAMILIEN DIN

- Opplysninger om familiemedlemmer og hjem
- Hva er vanskelig i familien ; hvorfor er du her?

SMIL – GRUPPETILBUD ”MINDRE ALENE SAMMEN!”

- Tanker og følelser før gruppa startet
- Tanker og følelser når gruppa var i gang
- Å møte andre i liknende situasjon
- Kunnskap og forståelse
- Fysisk aktivitet og lek
- Nettverk og åpenhet
- Brukermedvirkning
- Formen på tilbudet
- Tanker og følelser etter gruppeslutt

OPPSUMMERING

- Det beste ved SMIL-gruppa og det å delta
- Noe som burde vært annerledes?
- Gode råd til gruppeledere
- Noe å legge til?

Tusen takk for samtalen!



Evalueringsskjema for foreldre / nærstående til barn som har deltatt i SMIL – gruppetilbud.

For å kunne utvikle og gjøre vårt tilbud bedre, trenger vi din tilbakemelding på spørsmålene nedenfor. Takk for at du tar deg tid til å fylle ut skjemaet. (Evalueringen er anonym.)

Sett kryss ved det som er rett svar for deg.

<u>Om deg:</u>		<u>Ditt barn:</u>		Alder	<input type="text"/>
Mann	<input type="checkbox"/>	Kvinne	<input type="checkbox"/>	Gutt	<input type="checkbox"/>
				Jente	<input type="checkbox"/>

a) Hvordan fikk du vite om gruppetilbudet?

Svar: _____

b) Hvor fornøyd er du med forhåndsinformasjonen til gruppetilbudet?

Ikke fornøyd Fornøyd Svært fornøyd Usikker

c) Har du deltatt på familiesamling? Ja Nei

Hva synes du om antall samlinger: For få: Passe mange: For mange:

Hva synes du om lengden: For kort: Passe langt: For langt:

Hva synes du om tidspunktet: For tidlig: Passe: For sent:

Er det noe du savnet eller ønsket annerledes?

Svar: _____

- d) Har du deltatt på foreldretreff? Ja Nei
- Hva synes du om antall treff: For få: Passe mange: For mange:
- Hva synes du om lengden: For kort: Passe langt: For langt:
- Hva synes du om tidspunktet: For tidlig: Passe: For sent:

Er det noe du savnet eller ønsket annerledes?

Svar: _____

e) I hvilken grad var det nyttig for deg å delta?

Liten: Middels: Høy: Usikker:

Hva var spesielt viktig for deg?

Svar: _____

f) Hvor viktig tenker du gruppetilbudet har vært for ditt barn?

Ikke viktig: Lite viktig: Viktig: Svært viktig: Usikker:

g) Hva tenker du har vært spesielt viktig for ditt barn?

Svar: _____

h) Var det noe du savnet i gruppetilbudet for ditt barn?

Svar: _____

Disse feltene fylles ut av gruppeansvarlig

Tilbudsperiode: Fra _____ Til _____

Sted: _____ Dato: _____

Signatur gruppeansvarlig: _____

Evaluerings spørsmål / pilotgruppe - brukerrepresentanter og fagpersoner

KOMPETANSE

- I hvilken grad opplevde du at din kompetanse var nyttig i gjennomføringen av S M I L – piloten?
Gi gjerne en nærmere beskrivelse på hvordan.
- I hvilken grad er din kompetanse blitt styrket gjennom prosjektsamarbeidet?
Gi gjerne en nærmere beskrivelse på hvordan.
- I hvilken grad tror du prosjektarbeidet kan gi uttelling også i form av kompetansespredning til eget nettverk / arbeidsmiljø?
Gi gjerne en nærmere beskrivelse på hvordan.
- Har du oppdaget eller registrert udekte kompetansebehov underveis i prosjektarbeidet? Hvis ja, hvilke?

SAMARBEID

- Hvordan opplevde du samarbeidet mellom fagpersoner og brukerrepresentanter?
- I hvilken grad opplevde du samarbeidet som positivt?
Gi gjerne en nærmere beskrivelse på hvordan.
- Er det spesielle utfordringer ved gjennomføringen som du synes er viktig å belyse?

PROSJEKTREALISERING

- I hvilken grad vurderer du målene i prosjektet som oppnådd?
Gi gjerne en nærmere beskrivelse på hvordan.
- I hvilken grad ble dine forventninger til ressursbruk (tid og kostnad) innfridd?
Gi gjerne en nærmere beskrivelse på hvordan.
- I hvilken grad ser du muligheten for en videreføring av S M I L -tilbudet under eksisterende rammer?
Gi gjerne en nærmere beskrivelse på hvordan.
- Har prosjektet avdekket behov for andre tilbud til målgruppen? Hvis ja, - hvilke?
- Er det noe du savnet eller ønsket annerledes ved gjennomføringen av tilbudet?
- Er det andre forhold du mener er relevant å trekke frem (positivt og negativt)?

Tusen takk for at du tok deg tid til å svare på spørsmålene!