

PROSJEKTBEKRIVELSE

**”Læring og mestring for barn med psykisk syke og/eller
rusmiddelavhengige foreldre”**



Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring

Aker Universitetssykehus HF. Okt. 2008

Siw Bratli

Prosjektleder

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0. INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

1.2 Barn med psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre

2.0. MÅLSETTINGER, RAMMER OG RESSURSER

2.1. Mandat og mål

2.2. Rammer og ressurser

2.3. Forankring ved NK LMS

2.4. Grunnleggende kriterier ved etablering av læringstilbud i LMS-regi

3.0. ORGANISERING

4.0. GJENNOMFØRING

4.1. Fremdriftsplan

4.2. Milepæler

4.3. Kritiske suksessfaktorer

5.0. OPPSUMMERING

LITTERATUR

1. INNLEDNING

1.1. Bakgrunn

”Regjeringen vil sørge for at barn med psykisk syke foreldre og rusmiddelbrukende foreldre får oppfølging og hjelp” (Soria Moria-erklæringen kap.10.).

Som ledd i myndighetenes handlingsplan mot fattigdom ble det i St.prp.nr.1 (2006-2007) for Helse- og omsorgsdepartementet bevilget 15 mill. kroner til tiltak for barn med psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre. Barne- og likestillingsdepartementet har tilsvarende en satsning på 14 mill. kroner. Satsningen er valgt videreført av begge departementer, i samsvar med regjeringens ambisjon om fortsatt å styrke forebyggende psykisk helsearbeid for barn og unge. I tråd med FNs barnekonvensjon skal hensynet til barnas beste utgjøre et grunnleggende prinsipp i alle sammenhenger hvor barn er berørt (FNs Barnekonvensjon Artikkel 3).

Psykisk helse er i forlengelse av regjeringens målsetning løftet frem og definert som et nasjonalt samarbeidsområde og strategisk tiltak for de regionale helseforetakene.¹ 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.² 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.

1.2. Barn med psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre.

Flere rapporter og kunnskapsoppsummeringer fra fagfeltet beskriver en mangelfull oppfølging og innsats ovenfor barn med foreldre som har en psykisk sykdom og/eller et rusproblem (Aamodt & Aamodt 2005, Solbakken & Lauritsen 2006, Vfb 2006). Ivaretagelse av barn som pårørende er per i dag ikke regulert i helselovgivningen. Barn er ikke rettmessig definert som pårørende og faller av den

¹ I oppdragsdokument 2007 er å lese at ”...barn som har foreldre med psykisk sykdom eller rusmiddelavhengighet (...) skal få oppfølging og tilpasset opplæring”(Oppdragsdok.2007).

² 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.

grunn utenfor pasientrettighetsloven som gir nærmeste pårørende rettigheter, for eksempel i form av informasjon. Et forslag til endring av helsepersonelloven er imidlertid under utarbeiding, for nettopp å styrke rettsstillingen til denne gruppen barn og bidra til å sikre at deres behov blir møtt og ivaretatt.

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 Sirius Rapporten "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 barn med psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre (Aamodt & Aamodt 2005, Solbakken & Lauritsen 2006). Like fullt konkluderer forfatterne med et urovekkende bilde av udekte behov, og er samstemte i forhold til at barn i familier med rusmisbruk og psykisk sykdom i betydelig større grad må oppdages, utredes og følges opp. Viktigheten av informasjons- og kunnskapsformidling, samt samarbeid med foreldrene poengteres. Ikke minst, fremhever rapportene nødvendigheten av et mer systematisk arbeid enn det som er utført til i dag. Det vises gjennomgående til varierende, uforutsigbart tilbud og utbredt "ildsjelsarbeid". De største utfordringene 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 (Sundfær 1999, Hansen 1990, Beardslee et. al.1998a., Killen 2000, Glistrup 2004,m.fl.) Til tross for variasjoner, viser forskning at barn med foreldre som har psykisk lidelse eller rusmiddelproblem har økt forekomst av emosjonelle vansker, søvnproblemer, adferds- og kognitive utviklingsforstyrrelser. Nedsatt selvfølelse, redusert tiltro til egne ressurser og sosial unnvikelse er ofte kjennetegn ved gruppen (Killén & Olofsson 2003, Hansen 1990, Sundfær 1999, m.fl.). Her skal understrekes at målgruppen som er 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 mestringsevne i forhold til påkjenningene de utsettes for.³ Det er imidlertid en rekke fellesnevnerer som likevel gjør det hensiktsmessig med en gruppetilnærming slik det her tas 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 sine

³ 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).

krefter på å være i "alarmberedskap" eller på praktiske gjøremål i hjemmet. 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 problemene er utbredt; likeledes opplevelse av skyld og skam for at ting er som de er. Konsekvensen er for mange av barna at de trekker seg bort fra fellesskap med andre barn og er ensomme.

Følelser av skyld og skam forbundet med psykisk sykdom og rusmisbruk må ses i sammenheng med den kulturelle tabuiseringen 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 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 (Sundfær 2004, Leira 2003, Glistrup 2004, m.fl.) 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 med psykisk syke eller rusmiddelavhengige foreldre har behov for å få bekreftet sin virkelighetsoppfatning, og samtidig hjelp til å sette ord på det som foregår (Glistrup 2004, Killén 2003). 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 / adaptive mestringsstrategier, som gjør at de bedre kan håndtere vanskelighetene (Killén 2007). Verdt å understreke er for øvrig barnas samtidige behov for at deres relasjon til foreldrene anerkjennes og ivaretas. Foreldre på sin side må få støtte til å gi barna muligheter til å hankses med følelsene de har ovenfor foreldrenes problemer (Glistrup 2004, Killén 2003, Sundfær 2004). Støtte og veiledning til foreldrene blir således et viktig aspekt i det forebyggende arbeidet for barn og unge.

Forebyggende og mestringsfremmende faktorer

Til tross for vanskelige oppvekstvilkår og belastende familieforhold, viser en rekke eksempler at flere barn likevel utvikler seg tilfredsstillende. 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 (Rutter 1990, Waaktaar 2007, Helmen Borge 2007).⁴ Resiliens handler om normal fungering under unormale forhold, og rommer både individuelle prosesser i barnet og prosesser i miljøet barnet lever i (Helmen Borge, 2007). Kunnskap om resiliens og innsikt i

⁴ 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 (Helmen Borge 2007, Waaktaar 2007). Begrepet er senere tatt i bruk innen utviklingspsykologien. Resiliens som forskningsområde hadde sitt gjennombrudd på 1980-t.

reaksjoner hos risikobarn med en tilfredsstillende utvikling, kan gi viktig bidrag til utvikling av gode forebyggende tiltak.

Hvilke faktorer som fremmer barns resiliens blir 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 risikofamilier (Helmen Borge 2007, Killén 2003, Waaktaar & Christie 2000, 2007). 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 (Helmen Borge 2007, Waaktaar & Christie 2007, Glistrup 2004, m.fl.). 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 følelser (Glistrup 2004, Waaktaar & Christie 2000). Killén hevder at vi i dag vet at barn som klarer seg best under belastende forhold er barn som har en trygg tilknytning utenfor hjemmet; som får hjelp til å bearbeide vonde opplevelser, samt ivareta relasjonen til foreldrene; som får hjelp til best mulig å mestre sin situasjon; og som opplever kontinuitet og sammenheng i livet (Killén 2007). Denne kunnskapen er viktig å bygge videre på, og den anses som et både nødvendig og verdifullt utgangspunkt for arbeidet med utvikling av tilbud i tilknytning til S M I L-prosjektet.

2. MÅLSETTINGER, RAMMER OG RESSURSER

2.1. Mandat og Mål

Mandat: Utvikling av læringstilbud for barn med psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre.
--

MÅLGRUPPE

Målgruppen viser her primært og overordnet til barn og unge i alderen 0 – 18 år med psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre⁵. Barna er i utgangspunktet definert som pårørende, 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 belastninger⁶.

⁵ 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.

⁶ Evt. diagnose og alvorlighetsgrad vil ikke ha avgjørende fokus i denne sammenheng.

VISJON

Prosjektets overordnede mål er å bidra til økt støtte til barn med psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre.

EFFEKT MÅL

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. En styrket foreldre/barn-relasjon ved større grad av gjensidig åpenhet og forståelse er samtidig en ønsket effekt.

MÅLSETTINGER

Prosjektets målsetning er å utvikle en felles plattform / et grunnkonsept for etablering av lokale læringstilbud for barn med psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre.

DELMÅL

Følgende delmål utgjør samtidig metodiske grep for overordnet måloppnåelse:

- i. Etablering av en trygg og tilgjengelig møteplass – et sted for samvær og samspill hvor erfaringer kan deles og vennsksapsrelasjoner 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. Tilrettelegge for et eget nettforum for målgruppen.
- v. Oppsummere og viderefremde erfaringer og innsikt til aktuelle fagfelt- og miljøer. Informasjons- og erfaringsflyt mellom samarbeidende parter.
- vi. Evaluere, videreutvikle og stimulere til videreføring av vellykkede tilbud.

2.2. Rammer og ressurser

Tidsrammen for prosjektarbeidet er formelt sett på to år, basert på tilskudd pålydende totalt 1 mill. kr. fordelt på henholdsvis 2007 og 2008. Tildelte midler vil imidlertid anvendes i perioden 2008-2009, som da utgjør selve prosjektperioden. Fra departementets side er det gitt uttrykk for at prosjektet er vurdert som en langsiktig satsning, med støtte for i utgangspunktet 3 år. Tildelingen for kommende år er imidlertid ikke formelt bekreftet. Midlene som er tildelt har til hensikt å dekke prosjekt- og lønnskostnader. Prosjektleder er ansatt i 100 % stilling.

2.3. Forankring ved Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring (NK LMS).

S M I L-prosjektet vil forankres i de kjerneideer og den arbeidsmåte som ligger til grunn for lærings- og mestringssentra 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 eventuell medisinsk behandling. Videre er hovedtanken at gode læringstilbud må bygge på et

likeverdig samarbeid mellom erfarne brukere, d.v.s. pasienter og pårørende, og fag-/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 vil innebære et fokus spesielt rettet mot barna og deres stemme⁷, foruten mot foreldre og familien i sin helhet. I tillegg vil voksne, erfarne brukere trekkes veksel på i den totale prosessen.

Historisk sett, er LMS- virksomhet hovedsaklig orientert mot somatisk sykdom. Imidlertid er det ved enkelte lokale LMS et særskilt fokus på psykisk helsearbeid, og her ligger viktig kompetanse og erfaringer som kan bygges videre på. Ved NK LMS utgjør imidlertid psykisk helse og barn som pårørende et nytt og langsiktig satsningsområde. Prosjektet markerer således et nytt initiativ ved senteret. Initiativet er som vist innledningsvis i tråd med overordnede helsepolitiske føringer.

Per i dag er 61 Lærings- og mestringssentre etablert rundt om i landet (hvorav 14 som prosjekt). Et LMS har fire hovedoppgaver:

- Tilgjengelig møteplass og samarbeidsverksted.
- Kurs og læringstilbud i/for grupper
- Helsepedagogisk utvikling
- Informasjonssenter

Lærings- og mestringssenteret som møteplass tilbyr en arena for likeverdig dialog og samspill mellom pasienter, pårørende og fagpersoner, og kan i så måte åpne opp for "opplevelsesfelleskap" hvor erfaringer, tanker og følelser kan deles, og dernest bidra til utvikling, mestring og modning både følelsesmessig og sosialt. I mellommenneskelige møter hvor tillit, respekt og gjensidig anerkjennelse finner sted ligger mulighetene for nye erkjennelser og utvikling (Aamodt 2001 s.188, 192).

Læring og mestring

Begrepsparet læring og mestring står sentralt i all virksomhet tilknyttet NK LMS. 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 i prosessen (Dysthe 2001, Vifladt & Hopen 2004).

Mestring forstås her som et adaptivt utkomme av læringsprosesser, og viser til evne og opplevelse ift. håndtering av indre og ytre utfordringer, samt følelse av en viss kontroll over eget liv. Videre betraktes mestring i denne sammenheng som en kontinuerlig prosess, og omhandler både praktiske ferdigheter, kunnskap og forståelse av følelser og sammenhenger (Vifladt & Hopen 2004). 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

⁷ Et eget dokument for barn og unges brukermedvirkning er under utarbeiding, jf tiltak 56 i strategiplan for barn og unges psykiske helse.

med læringsprosesser hvor nye og adaptive strategier står i fokus. Parallelt er det viktig å anerkjenne gode intensjoner liggende bak de maladaptive strategiene (Christie 2008).

2.4. Grunnleggende kriterier ved etablering av læringstilbud i LMS-regi.

Hvilke felles kriterier som skal ligge til grunn ved etablering av gruppetilbud i regi av lokale LMS og deres samarbeidsparter utgjør en sentral problemstilling iht. prosjektets målsetting. I tråd med LMS kjerneideer, og aktuelle føringer for spesialist- og kommunehelsetjenesten ift. helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge, er følgende punkt å betrakte som felles grunnleggende kriterier / prinsipper for læringstilbudet:

- Kunnskaps- og erfaringsbasert gruppetilbud for barn og unge.
- Lavterskel kurs med psykopedagogisk tilnærming, med 10 – 16 gruppesamlinger.
- Fokus på styrket mestring gjennom lek/aktivitet og samtale – tilpasset alder og gruppe.
- LMS arbeidsmåte: Likeverdig samarbeid mellom brukere og fagpersoner i hele prosessen.
- Foreldresamarbeid i form av foreldre- og familiesamtale.
- Samarbeid på tvers av nivåer og etater; 1.og2. linje involvert.
- Kompetansekrav: bearbeidet brukererfaring; barnefaglig kompetanse i tilknytning til rus og psykiatri; kompetanse ift. gruppeledelse, samt familiesamtaler.
- Min. to gruppeledere ved gruppesamlinger; fortrinnsvis en mann og en kvinne.
- Veiledning for gruppeledere.

Punktene har sin forankring i, og gjenspeiler ulike nøkkelperspektiver; et helhets- og systemperspektiv ligger sentralt til grunn - med integrert familiefokus, men hvor barneperspektivet gis en særskilt prioritering. I tillegg står brukerperspektivet sentralt, nært tilknyttet et fokus på mestring, helse og forebygging. Hva kunnskap og kompetanse angår, er det som tidligere fremhevet, et mål å trekke veksler på de erfaringer som allerede foreligger fra tilsvarende tilbud. Som gode eksempler kan nevnes de såkalte BAPP-gruppene i Midt-Norge, i regi av BUP Levanger og organisasjonen Voksne for barn; videre, barnegrupper tilknyttet Regnbueprogrammet i Sør-Norge; samt gruppetilbud i Asker & Bærum kommune, i samarbeid med LMS ved sykehuset Asker og Bærum HF.⁸ De ulike tilbudene har en rekke fellestrekk og i flere tilfeller samme, eller til dels overlappende grunnstruktur som utgangspunkt⁹. Samtlige utgjør i denne sammenheng viktige inspirasjonskilder mht. S M I L prosjektet.

3. ORGANISERING

S M I L prosjektet har en sentral organisasjon ved Aker Universitetssykehus HF. Som prosjektets eier står leder ved Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring (NK LMS), Anne Margrete Fletre. Ansvarlig for gjennomføringen av prosjektet er Siw Bratli. Prosjektansvarlig rapporterer til leder ved NK LMS, som videre rapporterer til helseforetakets administrasjon.

⁸ For øvrig vises til tilbud ved BUP Follo og Nydalen; i bydel Gamle Oslo, samt tidl. i Ullern bydel; samt i regi av LPP i Bergen. For fylligere oversikt vises til rapportene Aamodt& Aamodt (2005) og SIRUS (2005).

⁹ Det refereres spesielt til "Källan programmet" (Se bl.a. Kufås et.al. 2002) og "BAPP-modellen" hentet fra Trimbo's Instituttet i Nederland (Se bl.a. Rimehaug et.al.2006).

I prosjektets første fase er en referansegruppe etablert for arbeidet. Gruppen består av personer med ulik kompetanse og organisatorisk tilhørighet som til sammen dekker prosjektets nedslagsfelt godt m.h.t. bruker- og fagkompetanse. Referansegruppen vil i så måte bidra til å ivareta et helhetsperspektiv i prosjektarbeidet. Gruppen vil møtes 4-5 ganger pr år, og dens sentrale funksjon er å være et rådgivende forum for prosjektleder. Gruppen skal mobilisere relevant kunnskap og kompetanse, og bidra til utvikling av virksomhet som ivaretar prosjektets kort- og langsiktige mål.

Prosjektets referansegruppe:

Adrian Tollefsen	Representant for Mental Helse Ungdom
Stina Mongstad	Representant for Juvente
Karin Källsmyr / Gro Kristiansen	Representant for Voksne for Barn
Eva Svendsen	Representant for Mental Helse Kompetanse
Svein Furnes	Representant for Arbeidernes Edruskapsforbund
Ellen Kallander	Representant for Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri (LPP)
Jon Storaas	Representant for Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RIO)
Per Sandvik	Representant for Landsforbundet mot stoffmisbruk (LMS)
Ellen Østberg	Representant for Vinderen DPS
Arnhild Kíhl / Inger Løkkevik	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

Evalueringsgruppe

For evaluering av prosjektet vil en sentral evalueringsgruppe etableres i løpet av prosjektperioden. Gruppen vil bestå av et knippe personer fra prosjektets referansegruppe, og ha som fokus å diskutere og utarbeide et grunnlag for den kommende evalueringen av prosjektet. Gruppen på anslagsvis 5 medlemmer vil komme sammen etter behov og legge frem sine resultater for referansegruppen for gjennomgang og eventuell justering. Det vil videre gis anledning til innspill fra lokalt hold, ved at aktuelle evalueringsverktøy sendes ut til høring blant de eksternt prosjektansvarlige.

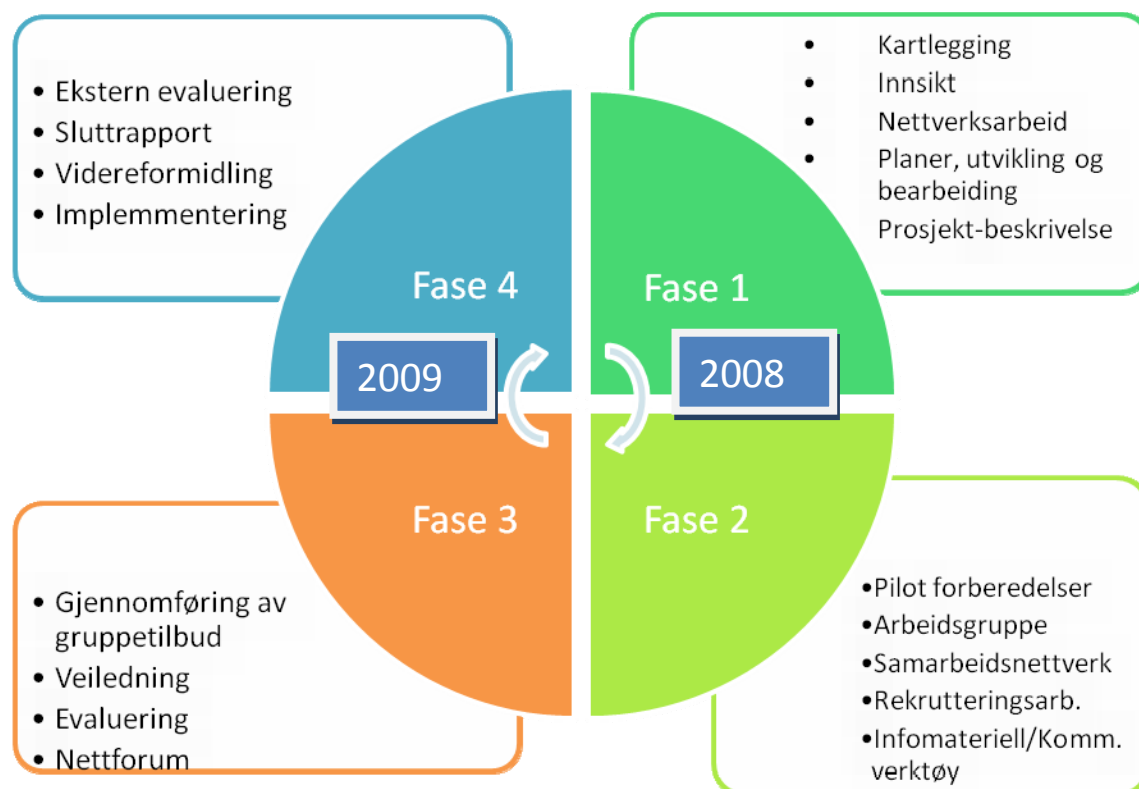
Lokale arbeidsgrupper

Etter hvert som læringstilbud initieres ved ulike lokale lærings- og mestringssentra i landet, vil tilhørende arbeidsgrupper etableres (evt. med en bredere prosjektorganisering). Gruppen tilknyttet det enkelte LMS vil utforme, gjennomføre og evaluere læringstilbud med utgangspunkt i lokale behov og preferanser, men i tråd med sentrale føringer fra NK LMS hold og gjeldende rammer (Jf. Standard metode for kvalitetsutvikling av læringstilbud). Den lokale organiseringen vil således med all sannsynlighet variere avhengig av lokale forhold og tilgjengelige ressurser. Styringsstrukturen for lokale LMS er plassert på RHF- og HF-nivå.

4. GJENNOMFØRING

4.1. Fremdriftsplan

Det er utarbeidet en fremdriftsplan for prosjektet, med henvisning til hovedfaser á 6 mnd. Prosjektfasene er tenkt inndelt som i følgende modell:



Innledningsvis i prosjektet er fokus i hovedsak på kartlegging og opparbeidelse av oversikt over fagfeltene - psykisk helse og rus. Et nasjonalt overblikk vektlegges ift relevante fag- og brukermiljøer, samt tiltak rettet mot barn/unge med psykisk syke og/eller rusmisbrukende foreldre. Videre, prioriteres initiering av nettverksarbeid og kontakt med aktuelle personer og miljøer (Brukerorganisasjoner, barne- og ungdomspsykiatrien, voksenpsykiatrien, bydeler og kommune,

kompetansesentra, lokale LMS, m.fl.) For øvrig, påbegynnes analyse og bearbeiding, samt plan- og utviklingsarbeid med foreliggende prosjektbeskrivelse som resultat.

Prosjektets andre fase omhandler i hovedsak forberedende pilotarbeid. Prosjektbeskrivelsen skal nå trinnvis settes ut i praksis. Grunnkonseptet vil prøves ut i liten skala, i form av læringstilbud ved to lokale LMS - i henholdsvis storby- og utkantstrøk. Lokaliseringen av pilotene baseres på følgende kriterier: Et veletablert LMS (min. 5 år); bredt engasjement og solid forankring i ledelse; tilgjengelig kompetanse/ressurser mht fag- og brukerpersoneell; tilstrekkelig tilfang mht barn og familier. Arbeidsgrupper tilknyttet de respektive pilotene nedsettes; tilgjengelige ressursenheter defineres og samarbeidsnettverk etableres. Gruppetilbudet blir deretter utformet i mer konkrete termer, og det rettes fokus mot rekrutterings- og informasjonsarbeid.

I tredje fase av prosjektet beveger vi oss over til selve gjennomføringen av gruppetilbudene. Løpende veiledning av gruppeledere utgjør her en sentral del, hvor det trekkes veksel på lokale ressurser tilknyttet fortrinnsvis BUP og DPS. I tillegg vil evaluering gjøres underveis. Et nettforum for gruppedeltakerne inngår også i tilbudet.

Siste prosjektfase vil, med forbehold om tilleggsfinansiering, innbefatte ekstern evaluering og utarbeidelse av sluttrapport. Eventuelle justeringer i henhold til evalueringsresultatet utføres. En vurdering av videreutviklingen i prosjektet finner sted, sett i lys av daværende gjeldende rammer og ressurser. Dersom resultatet er tilfredsstillende, er målet å stimulere til videreføring og implementering i større skala.

4.2. Milepæler

På bakgrunn av faseinndelingen beskrevet ovenfor er følgende milepæler satt for prosjektarbeidet:

	Hva	Når
1	Bakgrunn og rammer kartlagt	Jan/feb 08
2	Oversikt relevante miljøer og ressurspersoner. Oppsummering mht kunnskapsdok.	Jan/feb/mar
3	Kontaktvirksomhet og nettverksbygging initiert	Feb/mar/apr
4	LMS-nettverk "Barn og psykisk helse" initiert	Feb/mar
5	Web - Prosjektinfo. Publisert	Feb
6	Utkast til plan over prosjektfaser foreligger	Mar
7	Referansegruppe etablert	Mar
8	Statusrapport 1 foreligger	Apr
9	Referansegruppemøte nr 1 avholdt	Apr
10	Problemstilling, formål og mål formulert	Apr
11	Mandat for referansegruppen foreligger	Apr
12	LMS nettverk – første møte avholdt	Mai
13	Utkast prosjektbeskrivelse sendes ref.gr.	Juni

14	Referansegruppemøte nr 2 avholdt	Juni
15	Statusrapport 2 foreligger	Juli
16	Endelig utkast prosjektbeskrivelse foreligger	Aug
17	Etablert arbeidsgrupper for pilot-tilbud	Aug / Sept
18	Etablert samarbeidsnettverk	Aug/ Sept
19	Gruppedeltakere rekruttert	Nov / Des
20	Oppstart gruppetilbud	Jan / Feb 09
21	Evalueringsgruppe etablert	Jan / Feb
22	Avslutning gruppetilbud	Mai / Juni
23	Intern / ekstern evaluering gruppetilbud (sistnevnte med forbehold om finans.)	Sept/Okt
24	Justering for videre implementering	Nov / Des
25	Sluttrapport	Jan / Feb

4.3. Kritiske suksessfaktorer

Gruppetiltak for barn med psykisk syke eller rusmiddelavhengige foreldre er som tidligere nevnt godt dokumentert som en hensiktsmessig tilnærming. Samtale og/eller aktivitetsgrupper er prøvd ut og i gang flere steder i landet, og nye tilbud etableres.¹⁰ En viktig faktor i tilknytning til prosjektet, vil være å bygge videre på de erfaringer og den kunnskap som allerede foreligger innen feltet. I forlengelse av det arbeid som er gjort, står koordinering og samordning høyt på agendaen. Her vil en tydelig organisering og solid forankring i ledelse – herunder også mellomledernivå – være en forutsetning for et vellykket og godt integrert tilbud. Eierskap i forhold til innsatsen må stimuleres i alle ledd gjennom involvering, informasjon og gjensidig kommunikasjonsflyt. Et systematisk og kvalitetsmessig godt pårørendearbeid hvor barne- og familieperspektivet ivaretas forutsetter vilje og engasjement på samtlige nivåer.

Tid utgjør samtidig en sentral faktor i denne sammenheng; det vil være svært viktig å vie tilstrekkelig med tid til både utvikling og implementering. Dette fordi barn og unge i såkalte risikosoner er en sårbar gruppe, og fordrer ekstra varsomhet, kompetanse og kvalitet med hensyn til tilnærming. I tillegg, vil rekrutteringsarbeidet i relasjon til barn og foreldre innebære tidkrevende prosesser, samt etablering og opprettholdelse av tverrgående nettverkssamarbeid. Å få avsatt "øremerket" tid til oppgavene som skal gjøres, vil være en nødvendighet for dem som skal utføre jobben. Sist, men ikke minst, vil lokale LMS-ressurser spille en avgjørende rolle for etablering av tilbud ved de ulike helseforetakene. Det anbefales på det sterkeste at øremerkede midler kanaliseres fra regionale HF nedover i systemet og ut til de respektive LMS. En styrket innsats for barn og unge på dette området forutsetter økte ressurser.

¹⁰ Dette er klart i tråd med hyppigst rapportert behov fra praksisfeltet (Jf. Lauritsen & Solbakken 2006, Aamodt & Aamodt 2005).

5. SAMMENDRAG

I forlengelse av myndighetenes ambisjon om å styrke forebyggende psykisk helsearbeid for barn og unge, er Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring tildelt midler fra Helse- og omsorgsdepartementet til utviklingsarbeid for barn med psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre. 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. Risikoen for at disse barna utvikler tilsvarende problemer er betydelig til stede; ikke sjelden blir psykisk sykdom eller rusmisbruk hos foreldre barnas byrder og senere også barnas sykdom.

Prosjektet S M I L - Styrket Mestring I Livet - er definert som et 2-årig utviklingsprosjekt (periode 2008 – 2009), og har følgende mandat: Utvikling av læringstilbud for barn av psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre (Jf. Oppdragsdokument 2007). Målgruppen viser primært til barn og unge i alderen 0–18 år med psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre. Sekundært vil målgruppen også innbefatte barnas foreldre / foresatte.

Prosjektets overordnede mål er å bidra til økt støtte til barn og unge som pårørende i familier hvor foreldre sliter med rus og/eller psykisk sykdom. Ønsket effekt 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 sjanse til å leve et mest mulig fullverdig liv, preget av sosial deltakelse, opplevelse av selvstendighet og egenverd. Prosjektets sentrale målsetning er å utvikle en felles plattform / en grunnstruktur for etablering av lokale læringstilbud for barn med psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre. De grunnleggende prinsippene vil være i tråd med LMS kjerneideer, samt dokumentert kunnskap og kompetanse i forhold til helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge. Lokale LMS – i samarbeid med NK LMS og øvrige støttespillere/aktører – vil stå ansvarlig for den videre utforming og implementering av tilbud tilpasset sted og tilgjengelige ressurser.

Med fokus rettet mot gruppetilbud for barn og unge som en helsefremmende og forebyggende metodisk tilnærming, er sentrale delmål å tilrettelegge for trygge og tilgjengelige møteplasser hvor samvær og utveksling av erfaringer finner sted; og hvor relevant kunnskap og tilpasset informasjon tilbys. Videre, er etablering av tverrgående nettverk for å fremme systematisk samarbeid et mål.

En koordinert og samordnet innsats for målgruppen forutsetter vilje og bredt engasjement, med solid forankring i ledelse og en tydelig organisering. Det forutsetter ikke minst, at ressurser gjøres tilgjengelig – både hva gjelder personell, tid og økonomiske midler. Å styrke innsatsen for barna det her handler om, fordrer prioriteringer som kommer barna til gode.

LITTERATUR

Christie, H. (2008) Mestring som mulighet. www.r-bup.no

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.

Killén, K. (2007) Barndommen varer i generasjoner. Forebygging er alles ansvar. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Killén, K. og Olofsson, M. (2003) Det sårbare barnet. Barn foreldre og rusmiddelproblemer. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Glistrup, K. (2004) Det barn ikke vet...har de vondt av. Familiesamtaler med psykisk syke foreldre og deres barn. Oslo: Pedagogisk Forum.

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.

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

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.

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

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".

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

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

Hansen, F.A. (1990) Rusmisbruk i et familieperspektiv. Hvilke utviklingskonsekvenser kan dette få for barn? Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 27, 737-746.

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

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

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.

Dysthe, O. (2001) red. Dialog, samspel og læring. Oslo: Abstrakt forlag.

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

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.

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

Nettreferanser:

www.vfb.no

www.odin.no

www.r-bup.no

www.regjeringen.no