

Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket:

SMIL – Styrket mestring i livet (2. utg.)

SMIL er et gruppebasert lærings- og mestringstilbud for barn og unge i alderen 8-12 år med foreldre som har psykiske og/eller rusrelaterte helseutfordringer. Formålet med tiltaket er å forebygge utviklingsvansker gjennom å gi barn som pårørende støtte og informasjon, og at de får en opplevelse av mestring.

BAKGRUNN

Denne artikkelen er en kunnskapsoppsummering av effektene av tiltaket SMIL (Styrket mestring i livet). Artikkelen er en revisjon av en tidligere beskrivelse av samme tiltaket i *Ungsinn* (Vis, 2011). SMIL er et gruppebasert lærings- og mestringstilbud for barn og unge i alderen 8-12 år som har foreldre med psykisk sykdom og/ eller rusproblemer. Formålet med tiltaket er å forebygge utviklingsvansker gjennom å gi støtte, informasjon og opplevelse av mestring til barn som pårørende.

METODE

Denne kunnskapsoppsummeringen bygger på et systematisk litteratursøk i databasene Embase, Medline og Psykinfo, NORART Cochrane, Cristin, NORA, SCOPUS og SweMed samt informasjon gitt fra tiltakseier i Norge.

RESULTATER

Ingen effektstudier ble funnet. Tiltakets bakgrunn, innhold og metoder er godt beskrevet i tiltakets materiell. Tiltaket har god forankring i teorier om psykoedukasjon samt om risiko- og beskyttelsesfaktorer som kan påvirke barns psykososiale utvikling i familier hvor foreldre sliter med psykisk sykdom eller rusproblemer. Tiltakseier tilbyr ikke opplæring i programmet, men kan gi råd og veiledning om oppstart av grupper. Det tilbys i liten grad implementeringsstøtte, og det foreligger ikke system for å sikre at tiltaket gjennomføres i tråd med manualen. Det foreligger ingen studier der tiltakets effekt er undersøkt.

KONKLUSJON

SMIL klassifiseres på evidensnivå 2 – Teoretisk begrunnede tiltak.

Innledning

Bakgrunn

Barn av foreldre med psykisk sykdom eller rusproblemer har økt risiko for selv å utvikle psykiske helsevansker, og om lag en tredjedel av disse får senere langvarige og alvorlige psykiske helsevansker (Beardslee, Versage & Gladstone, 1998). Beregninger fra Folkehelseinstituttet anslår at alvorlige psykiske lidelser hos en eller begge foreldre gjelder

for 10,4% av barnebefolkningen, mens alvorlig alkoholmisbruk hos foreldre gjelder for 2,7%. Totalt utgjør dette et antall på 290 000 barn i Norge som har foreldre med alvorlige psykiske problemer eller rusproblemer (Torvik & Rognmo, 2011). Mange av disse barna får



Svein Arild Vis

svein.arild.vis@uit.no


RKBU Nord Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, UiT Norges arktiske universitet



Karen J. Skaale Havnen

karen.havnen@uni.no

RKBU Vest Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, UNI Research Helse

 Engelsk sammendrag på nettsiden

ISSN 2464-2142

Tidsskriftet *Ungsinn* utgis av Regionalt kunnskapssenter for barn og unge- nord (RKBU Nord) ved UiT Norges arktiske universitet.



imidlertid ikke den oppfølging og støtte de har behov for (Lauritzen, Reedtz, Van Doesum & Martinussen, 2014). Det er derfor et stort behov for å identifisere disse barna for å kunne forbygge de vanligste problemer i oppveksten som depresjoner, atferdsvansker og svake skolefaglige prestasjoner (Reedtz & Lauritzen, 2015).

Om tiltaket

SMIL er et gruppebasert lærings- og mestringstilbud for barn og unge i alderen 8-12 år med foreldre som har psykiske og/eller rusrelaterte helseutfordringer. Formålet med tiltaket er å forebygge utviklingsvansker gjennom å gi barn som pårørende støtte og informasjon, og at de får en opplevelse av mestring. Tiltaket gir også støtte og veiledning til foreldre med sikte på å bistå dem i å innta barnas perspektiv og å styrke foreldre – barn relasjonen.

SMIL startet som et lavterskeltilbud med forankring i spesialisthelsetjenesten ved Lærings- og mestringsentrene (LMS) i helseforetakene. Forankringen av tilbudet i dag varierer, og det kan være i kommune, i helseforetak eller delt mellom helseforetak og kommune. Tiltaket gis i samarbeid med kommunehelsetjenesten og brukerorganisasjoner, og er begrunnet blant annet i Helsepersonell lovens §10 a, som et tiltak for å ivareta det informasjons- og oppfølgingsbehov mindreårige barn som pårørende har.

Beskrivelse og materiell

SMIL er beskrevet på nettsiden til Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH), <http://mestring.no/s-m-i-l-styrket-mestring-i-livet/>. Her finnes tilgjengelig en guide for etablering og gjennomføring, og det er utarbeidet eget materiell for bruk i gruppene. Materialet består av ark med oppgaver og øvelser som brukes i gruppene, evalueringsskjemaer til barn for bruk etter gruppesamlinger, evalueringsskjema til foreldre som brukes etter endt kurs og evalueringsskjema til gruppeledere. Det er også utarbeidet egne informasjonsskriv om kurset og samtykkeskjemaer.

Tiltaket er også omtalt og beskrevet i en SINTEF rapport (Theisen & Ådanes, 2014) og i et bokkapittel (Bratli, Lindgren & Østberg, 2015).

Målsetninger og målgruppe

Styrket Mestring i Livet er et selektivt forebyggende tiltak for barn i alderen 8-12 år som har foreldre med identifiserte rusproblemer eller psykiske helsevansker. Formålet med tiltaket er å forebygge utviklingsvansker gjennom å gi barn som pårørende støtte og informasjon, og at de får en opplevelse av mestring. Tiltaket gir også støtte og veiledning til foreldre med sikte på å bistå dem i å innta barns perspektiv og å styrke foreldre – barn relasjonen. Mål for gruppesamlingene er at barna får:

- Styrket positivt syn på seg selv, ferdigheter, ressurser og egenmestring.
- Økt kunnskap om- og forståelse av psykisk sykdom og rusproblemer.
- Økt kunnskap om- og forståelse av følelser generelt og egne følelser spesielt.
- Bevisstgjøring av eget nettverk og muligheter for sosial støtte og avlastning.

Gjennomføring av tiltaket og metoder som anvendes

SMIL består av gruppesamlinger for barn og foreldre hvor samtale og erfaringsutveksling kombineres med fysisk aktivitet – dels organisert og temaretet, dels fritt. Gruppesamlingene består av følgende opplegg:

- Der er 12 gruppesamlinger for barna.
- Gruppene består av 6 – 8 barn.
- Gruppesamling 1, 6 og 12 er familiesamlinger.
- Det holdes gruppesamling for foreldre/nærstående parallelt med barnas aktivitetssamlinger (minimum 2 foreldretreff).
- Hver gruppesamling varer 2,5 timer.
- Gruppene samles én gang i uken (alternativt annenhver uke).

- Gruppene ledes av to gruppeledere, gjerne én fra kommune- og én fra spesialisthelsetjeneste, samt brukermedvirker(e) som co-gruppeleder(e).

Barnesamlingene har følgende faste struktur der gruppeleder for hver hver samling:

- ønsker velkommen og markerer oppstart ved å tenne stearinlys og lage egne navnelapper.
- forbereder felles måltid sammen med barna (ut fra praktiske og økonomiske muligheter).
- åpner for at alle forteller om ”ukens topp og bunn”, dvs. én god og én dårlig /vanskelig hendelse i løpet av den siste uken.
- legger til rette for enkel og egnet øvelse/aktivitet som verktøy for avkobling.
- innhenter tilbakemeldinger fra barna ved bruk av enkle evalueringsskalaer omkring opplevelse av gruppesamlingen og opplevelse av egen situasjon.
- tilrettelegger for at alle barna lager sin personlige mappe med gruppemateriell.

I SMIL-gruppene vektlegges fysisk aktivitet og lek i fellesskap, i tillegg til samtale. Et vesentlig poeng er at aktiviteten tilpasses hvert enkelt barn og gruppa som helhet, slik at den harmonerer med barnas muligheter for mestring. På denne måten åpner samlingene for positive mestringsopplevelser og økt bevissthet om egne ressurser. Felles aktivitet og lek skal i tillegg virke samlende på gruppa, og bidra til å styrke barnas gruppefølelse og trygghet. Gjennom lek og fellesaktivitet er det et også mål å fremme barnas sosiale kompetanse.

Økt kroppsbevissthet og læring av enkle metoder for avkobling er et fokus i SMIL. Barna inviteres til å utforske hvordan kropp og følelser henger sammen, og hvordan kroppen kan brukes på «lure» måter i situasjoner man opplever som vanskelige. Avkobling betraktes som en ferdighet alle kan lære seg, og det er mange måter å gjøre dette på, både fysisk og mentalt. For eksempel kan bruk av forestillingsbilder ved å hente fram gode minner være en mulig

tilnærming. Andre alternativ er å øve på kroppsbalanse eller å gjøre bøy- og strekkøvelser.

For å sette barnas perspektiv i fokus og løfte fram deres stemmer, anvendes i tillegg enkle verktøy for tilbakemelding om hvordan barna opplever sin situasjon, og hva de synes om hver enkelt gruppesamling. Tilnærmingen tar utgangspunkt i Klient- og resultatstyrt praksis (Miller & Duncan, 2004).

Foreldresamlingene gjennomføres i utgangspunktet parallelt med barnas aktivitetssamlinger. Foreldrene avgjør selv hvem av dem som deltar, men det er ønskelig at begge foreldre er til stede om det lar seg gjøre. En ungdom/ung voksen med bearbeidet brukererfaring fra å vokse opp med foreldre med rus- og/eller psykiske problemer engasjeres som brukerrepresentant. En av gruppelederne, sammen med brukerrepresentanten leder foreldresamlingene.

Den overordnede hensikten med foreldresamlingene er å bidra til å styrke foreldre – barn relasjonen gjennom større grad av gjensidig åpenhet, bevisstgjøring og forståelse omkring familiesituasjonen. Fokus er å bistå foreldrene i å innta barnas perspektiv, samt å støtte og veilede foreldrene i deres omsorgsrolle. Samlingene gir også foreldrene mulighet til et nærmere innblikk i barnas gruppedeltakelse og prosess.

Det er et poeng at barn og unge, samt deres pårørende, skal høres og lyttes til når det gjelder utformingen av LMS-tilbud. Brukerperspektiv og brukermedvirkning er et grunnleggende prinsipp i SMIL. Dette ivaretas både på system- og individnivå, og ansees som spesielt viktig da psykisk sykdom og rusproblematikk ofte er forbundet med tabu og stigma.

Det teoretiske grunnlaget for metoden

Det teoretiske grunnlaget er omtalt på ulike steder i etableringsguiden (NK LMS, 2011) men er ikke eksplisitt knyttet til forskning eller faglitteratur. En utdyping av forskningsgrunnlaget for tiltaket finnes i Sintef sin evaluering av tiltaket fra 2014 (Theisen &

Ådanes, 2014). Tilnærmingen (metodevalgene) tar utgangspunkt i anerkjente prinsipper for psykoedukasjon, og risiko- og beskyttelsesfaktorer som kan påvirke barns psykososiale utvikling i familier hvor foreldre sliter med psykisk sykdom eller rusproblemer (Bratli, Lindgren & Østberg, 2015).

Å styrke beskyttelsesfaktorer er dermed en sentral målsetning med tiltaket. Ved økt innsikt i egen og foreldrenes situasjon, samt opplevelse av økt sosial støtte, mestring og sosialt fellesskap kan barna bli bedre i stand til å håndtere stressende situasjoner og bli mer motstandsdyktige mot utvikling av psykososiale vansker som resultat av foreldrenes problemer. Hvordan dette tenkes oppnådd er i stor grad begrunnet i erfaringer fra klinisk praksis. Guiden peker blant annet på at gruppefellesskap med samvær og samtale med barn som er i tilsvarende situasjon, ledet av trygge, kompetente voksne, har i klinisk praksis vist seg å være til god hjelp for mange. 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.

Implementeringsstrategier, kvalitetssikring og kostander

Implementering er omtalt i SMIL-guiden, men utover prosjektperioden (2010-2012) har ikke NK LMH jobbet systematisk med spredning og implementering av tiltaket. Informasjon om tiltaket spres ved hjelp av brosjyremateriell, nettsiden <http://mestring.no/utviklingsarbeid/verktøykasen/smil>, møte- og konferansevirksomhet med utgangspunkt i LMS-nettverket og deres samarbeidspartnere i kommunehelsetjenesten og brukerorganisasjoner. En skriftlig guide for etablering er utarbeidet.

Tiltakseier tilbyr ikke lenger opplæring i utøvelsen av tiltaket. NK LMH drifter et nettverk for fagpersoner og brukerrepresentanter som jobber med SMIL. SMIL-nettverket er åpent for alle som har

etablert, eller vil etablere, SMIL-tilbud. Nettverket møtes en gang per år. NK LMH tilbyr faglig veiledning og oppfølging av gruppeledere etter individuell avtale. Det oppfordres til et systematisk veiledningsforløp, med regelmessige møter. Organisering av veiledning og oppfølging vil variere utfra hvem som tilbyr tiltaket. Det åpnes opp for ulik organisering av dette, og en plan for veiledning utarbeides av prosjektgruppen som leder etableringen lokalt. For øvrig avtales veiledning for gruppeledelsen med representant/ samarbeidspart fra henholdsvis BUP og/eller VOP (eller annen egnet og tilgjengelig instans).

I tillegg anbefaler og understreker NK LMH viktigheten av brukerevaluering og rapportering av tiltaket. Det anbefales å anvende KOR-skjema (Klient- og resultatstyrt praksis) for å følge brukerne underveis og vurdere om de nyttiggjør seg tiltaket. Det finnes ingen metoder for systematisk oppfølging av om tiltaket utøves slik det er tenkt eller for vedlikehold av implementeringen over tid.

For gjennomføring av SMIL-gruppetilbud anbefales et samarbeid mellom minimum to fagpersoner og én brukerrepresentant til henholdsvis barnegruppe og foreldretreff. Antall timer som må iberegnes vil ca. være: 12 x 4 timer, da inkludert 30 – 60 min. planlegging før gruppesamling, og tilsvarende til samtale etter gjennomført gruppesamling. Totalt vil SMIL-tilbudet kreve 45 – 50 arbeidstimer per person i forbindelse med gjennomføring av tilbudet for henholdsvis to fagpersoner og en brukerrepresentant over en periode på 4-6 mnd. (avhengig av organiseringen av tilbudet). Brukerrepresentanten som medvirker i foreldretreffene må iberegne 2 x 4 t + evt. forberedelse 2 timer. Totalt 10 timer.

Driftskostnadene for SMIL-tilbud vil variere avhengig av de lokale forhold og er i guiden estimert til om lag 40 000 kroner pr gruppe. Dette inkluderer aktiviteter, måltider og honorar til brukerrepresentant. I tillegg kommer eventuelle transportutgifter, samt utgifter til trykking av informasjonsmateriell.

Fagpersoner som deltar i gjennomføringen av tilbud antas å gjøre dette som del av sitt ordinære virke.

Problemstilling for artikkelen

Formålet med denne artikkelen er å vurdere om tiltaket SMIL kan være virksomt når det benyttes i vanlig praksis i Norge.

Metode

Det er søkt etter studier om tiltaket i databasene Embase, Medline og Psykinfo, NORART Cochrane, Cristin, NORA, SCOPUS og SweMed. Søkedato: 15.03.16. I tillegg har vi kontaktet tiltakseier i Norge og bedt om å få tilsendt manualer og veiledere, forskningsdokumentasjon som ikke ble fanget opp av søket, samt informasjon om implementeringsstrategier og kvalitetssikring.

To forskere vurderte, ut fra forskningsdokumentasjonen den identifiserte relevante litteraturen for tre typer studier: nordiske effektstudier, internasjonale kunnskapsoppsummeringer og andre norske studier i henhold til kriteriene for klassifisering av tiltak i Ungsinn (Martinussen m. fl., 2016). Denne artikkelen er en revisjon av tidligere beskrivelse av det samme tiltaket i Ungsinn (Vis, 2011), men er videreutviklet i henhold til Ungsinn sine nye prosedyrer og kriterier.

Resultater

Resultater fra litteratursøk

Litteratursøket ga totalt 10 treff. Ingen av disse ble inkludert i denne kunnskapsoppsummeringen. Det var 7 engelskspråklige artikler som åpenbart ikke fylte inklusjonskriteriene. Disse ble ikke gjennomgått nærmere. Det ble funnet 3 norske publikasjoner. Alle disse var studentarbeider, 1 bacheloroppgave og to masteroppgaver. Bare en av disse var relevant. Denne publikasjonen omtalte SMIL-tiltaket som eksempel på tiltak for å styrke barns mestring, men det var ingen evaluering eller vurdering av tiltaket. Ingen av studentarbeidene ble derfor inkludert i kunnskapsoppsummeringen. Tiltakseier ga

informasjon om tre rapporter fra internevalueringer av SMIL-tiltaket, en ekstern evaluering gjennomført av SINTEF i 2014 og et bokkapittel som oppsummerer evalueringene og tiltakseiers egne erfaringer med prosjektet. Disse ble inkludert som en del av andre norske studier.

Gjennomgang av beskrivelser

Tiltaket er samlet sett godt beskrevet gjennom tiltakets nettside, guide for etablering og gjennomføring, flere internevalueringer (prosjektrapport SMIL 2/2010, statusrapport SMIL 2/2011, prosjektrapport SMIL 4/2012), evalueringsrapport SINTEF (Theisen og Ådnes, 2014) og bokkapittel (Bratli, Lindgren og Østberg 2015). Bakgrunnen og behovet for tiltaket (problemområdet) er beskrevet ved å vise til anslått omfang av barn som pårørende av foreldre med psykisk sykdom eller rusmisbruk, kjente sammenhenger mellom aktuelle foreldreproblemer og barns psykososiale utvikling, et mangelfullt, variabelt og uforutsigbart tilbud til målgruppen og mulige konsekvenser av dette for barna.

Tiltakets målgruppe er i SMIL-guiden beskrevet som primært barn i alderen 8-12 år, med foreldre som har psykisk sykdom eller rusproblemer. Annet skriftlig materiale viser at tiltaket også har blitt prøvd ut for ungdommer i alderen 13-16 år. Det forutsettes ikke at barna har utviklet spesielle symptomer på plager eller belastninger, og det er ikke oppgitt spesifikke eksklusjonskriterier for mulige vansker hos barna. I evalueringsrapporten fra SINTEF (Theisen & Ådnes, 2014) framkommer det at det i noen tilfeller har vært inkludert barn og unge med egne problemer, men det er ikke gitt nærmere beskrivelse av type og alvorlighetsgrad. Det har også blitt identifisert barn med behandlingsbehov som har blitt henvist videre. En har i enkelte grupper måtte fire på inntakskravene for å fylle opp gruppene ved også å inkludere barn ved somatisk sykdom hos foreldre. Enkelte ser det også som hensiktsmessig å åpne opp for barn og unges pårørende generelt, og velger dette uavhengig av eventuelle behov for å fylle opp grupper.

Tiltakets sekundære målgruppe er barnas foreldre eller nære omsorgspersoner. Deltakelse i tiltaket forutsetter foreldresamarbeid og åpenhet omkring familiens situasjon. I guiden anbefales inntil tre forberedende samtaler før inntak for å sikre at gruppe-tilbudet er egnet for barnet og familien. Det har ifølge SINTEF evalueringen vært ulik praksis på ”om foreldre måtte være eller ha vært til behandling/ha en diagnose; om foreldrene måtte erkjenne egne rus/psykiske problemer men ikke måtte være til behandling; eller at det ikke var eksplisitte krav til foreldres diagnose eller selverkjennelse” (Theisen & Ådanes, 2014, s.31). Fravær av klare eksklusjonskriterier i målgruppebeskrivelsen, og funnene fra Sintef rapporten som indikerer ulik praksis i forhold til hvordan inklusjonskriteriene praktiseres, gjør at målgruppebeskrivelsen vurderes å være noe, men ikke godt beskrevet.

Den overordnede målsettingen for SMIL-tiltaket er formulert som «å bidra til økt støtte for barn og unge som har foreldre med rusproblemer eller psykisk sykdom». Målsettingen er operasjonalisert til å gjelde «styrking av barnas forståelse, innsikt og opplevelse av mestring i hverdagen, for der i gjennom å forebygge eller redusere psykiske helseproblemer hos barna. En delmålsetting er å legge til rette for samvær og samspill som fremmer barnas selvfølelse, sosiale kompetanse og framtidshåp. En annen delmålsetting er å styrke foreldre-barn relasjonen, gjennom tilrettelegging for større grad av gjensidig åpenhet, innsikt og forståelse. De mer konkrete målsettingene har logisk sammenheng med hovedmålsettingen og er knyttet til innholdet i de ulike gruppesamlingene.

SMIL-guiden gir forholdsvis detaljerte beskrivelser av tiltakets utforming og organisering (varighet, hyppighet, tematisk struktur, rekkefølge, progresjon og lokalisering av aktiviteter), metoder som benyttes, kjerneelementer og fleksibilitet, utøvere av tiltaket etc. Det teoretiske grunnlaget for tiltaket tar utgangspunkt i prinsipper for psykoedukasjon og risiko- og beskyttelsesfaktorer som kan påvirke barn i

familier hvor foreldre sliter med psykisk sykdom eller rusproblemer. Gruffefellesskap, samvær og samtale med barn i tilsvarende situasjoner, ledet av trygge, kompetente voksne har i klinisk praksis vist seg å være til hjelp for mange.

SMIL-guiden fungerer som en håndbok eller veileder for gruppelederne, og inneholder bl.a. anbefalinger og forslag til gjennomføring av de enkelte gruppemøtene, der noen elementer er faste og andre kan varieres. SMIL-guiden inneholder også materiale til mottakerne av tiltaket; diverse informasjonsskriv, oppgave-/øvelsesark til de ulike gruppemøtene og evalueringsskjemaer. I tillegg er det utarbeidet brosjyremateriell som deles ut til aktuelle barn/foreldre.

De ulike prosjektrapportene og særlig evaluering av tiltaket fra SINTEF (Theisen & Ådanes, 2014) styrker og nyanserer beskrivelsen av tiltaket på flere punkter.

Tabell 1. Vurdering av tiltakets beskrivelse

| Dimensjoner i beskrivelsen | Ikke beskrevet | Noe beskrevet | Godt beskrevet |
|--|----------------|---------------|----------------|
| Problembeskrivelse | | | X |
| Målgruppe | | X | |
| Hovedmål | | | X |
| Sekundærmål | | | X |
| Utforming av tiltaket | | | X |
| Metoder som benyttes | | | X |
| Kjerneelementer/fleksibilitet | | | X |
| Utøvere av tiltaket | | | X |
| Manual/veileder for utøvere | | | X |
| Materiell for mottakere av tiltaket | | | X |
| Undersøkelser som styrker beskrivelsen | | | X |

Nordiske effektstudier og kunnskapsoppsummeringer

Det finnes ingen effektstudier av tiltaket. Tiltaket er heller ikke omtalt i nasjonale eller internasjonale kunnskapsoppsummeringer.

Andre norske evalueringer

Det er identifisert to norske evalueringer av tiltaket. Den første er en brukerevaluering gjennomført av tiltakseier (NK-LMS, 2010). Denne evalueringen bestod av kvalitative intervju og fokusgrupper med barn som har deltatt i SMIL-grupper ($N = 9$). I rapporten framkommer det at gruppene opplevdes som nyttige for barna ved at de hadde lært mer om psykisk sykdom og rusproblemer og var i stand til å knytte dette til sin egen situasjon. Det framkom også at barna hadde opplevd mestring ved å få prøve seg i klatrevegg, samt at det var fint å møte andre barn i samme situasjon. Foreldreerfaringer ble innhentet via en spørreskjemaundersøkelse. Evalueringsrapporten gjengir noen eksempler på foreldreutsegn om tilbudet, som av foreldre ble vurdert å være nyttig.

Den andre evalueringen er en uavhengig evaluering bestilt av Oslo Universitetssykehus HF og gjennomført av SINTEF i 2014. Evalueringen vurderte organisering og ressursbruk, samt barn og unges utbytte av tiltaket. Studien bestod av kvalitative intervju med barn ($N = 6$), foreldre ($N = 3$) og brukerrepresentanter ($N = 3$). Evalueringen fant at det etter barnas oppfatning hadde vært en hensiktsmessig kjønns- og alderssammensetning i gruppene. Videre fant evalueringen at hovedmotivasjonen for barna til å delta i gruppene, var å treffe andre barn i samme situasjon. Selv om flere av dem også hadde gruet seg til dette på forhånd, konkluderer rapporten med at barna i hovedsak hadde syntet det var en positiv opplevelse å delta i grupper. Barna trakk fram fritidsaktivitetene på samlingene som en særlig positiv erfaring og ønsket seg mer av dette. Flere av barna mente at den delen av samlingen som hadde faginnhold og handlet om formidling av

kunnskap om psykisk helse kunne være for teoretisk og lignet på å gå på skolen. Det var lavere brukertilfredshet med denne delen av samlingene. Samlet sett vurderte evalueringen at det største utbyttet besto i at barna i større grad klarte å sette ord på og fortelle om sin egen situasjon. Det var mer varierende i hvilken grad de intervjuede barna satt igjen med økt kunnskap om psykisk sykdom. Det ble i liten grad funnet eksempler på at barna hadde lært mestringsteknikker for å håndtere vanskelige situasjoner.

Foreldrene vurderte gruppetilbudet som meget positivt. Utvalget av foreldre var imidlertid lite og besto kun av den forelderen som *ikke* hadde et alvorlig rusproblem eller psykisk helseproblem. Evalueringen fremhever at den syke forelderen med ett unntak ikke deltok på foreldresamlingene, det er derfor uklart hvorvidt tiltaket førte til en styrket relasjon mellom barnet og den syke forelderen. Brukerrepresentantene sin rolle og funksjon overfor barna og foreldrene i gruppene varierte. I evalueringen fremheves brukerrepresentantenes rolle som motivator for barna på kurset som særlig viktig.

Forskningsmetodisk kvalitet

Forskningsmetodisk kvalitet vurderes kun for effektstudier, og er ikke aktuelt for dette tiltaket.

Implementeringskvalitet

Forskjellige aspekter ved tiltakets kvalitetssikring er score i tabell 2. Resultatene viser at det gis noe støtte til implementering ved at det etableres lokale avtaler om veiledning for utøverne av tiltaket. Det er likevel en svakhet at tiltakseier ikke lenger gir direkte opplæring i tiltaket. Dette gjør trolig at terskelen for å starte opp grupper i nye organisasjoner blir høy.

Kvalifikasjonskravene for å kunne gjennomføre tiltakene er at gruppeleder har relevant utdanning på bachelornivå og erfaring fra arbeid med barn og unge. Det er ikke beskrevet nærmere i implementeringsguiden hvilken kompetanse gruppelederne bør

ha. Det er ingen sertifiseringsordning for tiltaket, men det er en forutsetning at det etableres en veiledningsordning for de som utfører tiltaket. Det er ikke nærmere beskrevet hvordan denne veiledningen skal legges opp eller hva innholdet i den skal være. Det er derfor uklart i hvilken grad veiledning bidrar til monitorering av om tiltaket gjennomføres i henhold til tiltaksbeskrivelsen.

Det er eksempler på at tilpasning til ulike alders- og målgrupper er utprøvd. Dette er beskrevet i funnene fra de norske evalueringene. Dette er imidlertid ikke gjort på systematisk måte og det foreligger ingen beskrivelse av strategi for tilpasning av tiltaket til ulike målgrupper. Tiltaket mangler kvalitetssikring på sentrale områder som systematisk opplæring av gruppeledere og oppfølging av hvordan gruppeledere gjennomfører tiltaket. Uklar målgruppedefinisjon og mangel på systematisk evaluering for å undersøke måloppnåelse på sentrale utfallsmål er også vesentlige mangler ved tiltakets system for kvalitetssikring.

Tabell 2. Skåring av implementeringskvalitet

| Kategori | Ja | Nei | Ikke relevant |
|---|------------|-----|---------------|
| 1. Implementeringsstøtte | X | | |
| 2. Kvalifikasjonskrav | X | | |
| 3. Opplæring | | X | |
| 4. Sertifiseringsordninger | | X | |
| 5. Monitorering av fidel- ity/etterlevelse | | X | |
| 6. Veiledning | X | | |
| 7. Identifisering av målgrupper | | X | |
| 8. Kartleggings- og vedlikeholdsverktøy | | X | |
| 9. Strategier for tilpasning | | X | |
| Samlet skåre | \sum 3/9 | | |

Diskusjon

Formålet med denne artikkelen var å undersøke om tiltaket SMIL – Styrket Mestring i Livet – kan antas å være virksomt når det benyttes i vanlig praksis i

Norge. Resultatene fra kunnskapsoppsummeringen diskuteres nedenfor i forhold til relevante kriterier for klassifisering i Ungsinn og problemstillingen om tiltakets mulige effekter.

Beskrivelse

Tiltaket er samlet sett godt beskrevet gjennom tiltakets nettside, guide for etablering og gjennomføring, flere internevalueringer og en ekstern evalueringsrapport. Dette gjelder både problembeskrivelse, målsettinger, utforming og innhold av tiltaket, metoder og kjerneelementer, manual for utøvere av tiltaket og materiell for mottakere. Beskrivelsen av målgruppe vurderes som noe uklar, særlig ved at det mangler eksklusjonskriterier for tiltaket og at inklusjonskriterier praktiseres ulikt. En implikasjon av dette er at det i praktisering av tiltaket blir vanskelig å vite hvem tiltaket passer best for og om det er noen barn som bør utelukkes. Det er også uklarhet om den syke forelderens deltakelse i tiltaket, svekker tiltakets mulighet for å oppnå en styrket foreldre-barn relasjon.

Teoretisk rasjonale

Tiltaket har god forankring i teorier om psykoedukasjon, og risiko- og beskyttelsesfaktorer som kan påvirke barns psykososiale utvikling i familier hvor foreldre sliter med psykisk sykdom eller rusproblemer. Behovet for tiltaket er begrunnet utfra høye forekomsttall for målgruppen, og det er vist til en vel-dokumentert sammenheng mellom foreldres psykiske problemer eller rusproblemer og risiko for utviklingsproblemer hos barn.

Selve tiltaket tar utgangspunkt i prinsipper for psykoedukasjon for å styrke beskyttelsesfaktorer hos barn. Hvordan dette tenkes oppnådd er i stor grad begrunnet i erfaringer fra klinisk praksis, hvor det bl.a. pekes på at gruppefelleskap med samvær og samtale med barn som er i tilsvarende situasjon, ledet av trygge, kompetente voksne, har vist seg å være til god hjelp for mange. Det foreligger svært begrenset dokumentasjon på effekten av denne type tiltak rettet mot målgruppen barn som pårørende,

men det antas at denne type gruppetiltak kan ha en forebyggende betydning for barnas helse og utvikling på lengre sikt. I en litteraturoversikt av psykoedukative intervensjoner for barn med kroniske sykdommer, finner Barlow og Ellard (2004) indikasjoner på at slike tilnærminger kan være assosiert med økt psykisk velvære, redusert isolasjon, økt fremtidshåp og kunnskap om egen situasjon. Hoveddelen av forskning om effekten av psykoedukasjon er imidlertid forskning med voksne pasienter (Gearing, 2008). Det er uklart i hvilken grad disse resultatene lar seg generalisere til barn som har foreldre med psykiske lidelser eller rusproblemer.

Effektstudier og evalueringstudier

Det foreligger ingen effektstudier av SMIL-tiltaket, og det er derfor ikke aktuelt å vurdere kvaliteten på forskningen om tiltaket. Dette betyr at det er ukjent hvilken virkning tiltaket har for å forebygge utviklingsvansker og styrke foreldre-barn relasjonen. Den praktiske implikasjonen av dette er at inntil mer kunnskap om effektene av tiltaket foreligger, bør det primært brukes i kombinasjon med andre forebyggende tiltak og ikke som en enkeltstående innsats.

Implementeringskvalitet

Implementeringskvaliteten i tiltaket synes svak, med en samlet skåre på 3 av 9 (tabell 2). Tiltaket har noen strategier for implementeringsstøtte, kvalifikasjonskrav til veiledere er beskrevet og veiledning anbefales og kan gis gjennom lokale avtaler. Det har ikke vært noen sertifiseringsordning, og tiltaket har ingen kvalitetssikring i form av monitorering av fidelitet/etterlevelse. Målgruppen vurderes som noe uklar, og det foreligger ikke anbefalte metoder for rekruttering av de barna som kan ha nytte av tiltaket. Tiltaket har sluttet å gi opplæring til nye gruppeledere, men nettverket som NK LMH drifter og de årlige samlingene har som mål å bidra til kompetanseoppbygging, kunnskapsutvikling og kvalitetssikring. Fagrådgiver og kontaktperson for nettver-

ket jobber aktivt med veiledning på forespørsler lokalt. Det er utarbeidet en ny brosjyre for tilbudet og det planlegges en videreutvikling av SMIL-guiden med hensyn til innhold og lay-out.

Det er uklart i hvilken grad videre implementering av tiltaket på nye steder vil skje framover da dette er avhengig av lokale initiativ. Manglende rutiner for å sikre at tiltaket gjennomføres i tråd med forutsetningene innebærer en fare for at det utvikles lokale praksiser, med en mulighet for at tiltaket kan være virksomt et sted, men ikke et annet. Å bedre implementeringskvaliteten på de områder som er påpekt her vil kunne gi en mer treffsikker bruk av tiltaket for de barna som trenger det.

Konklusjon

Etter en totalvurdering av tiltaket utfra Ungsinns kriterier vurderes tiltaket på evidensnivå 2 – Teoretisk begrunnet tiltak. I beskrivelsen av tiltaket fremkommer det hvordan metodene som benyttes antas å lede til målsettingene. Det er derfor gode begrunnelser bak utformingen av tiltaket. De tenkte mekanismene for effekter er beskrevet og forankret i allment akseptert teori. Det foreligger imidlertid ingen dokumentasjon på at tiltaket er virksomt. Implementering i klinisk praksis bør derfor skje med varsomhet og evalueres tett.

SMIL klassifiseres på evidensnivå 2 – Teoretisk begrunnede tiltak

Referanser

- Barlow, J. H. & Ellard, D. R. (2004). Psycho-educational interventions for children with chronic disease, parents and siblings: An overview of the research evidence base. *Child: care, health and development*, 30(6), 637-645. doi: 0.1111/j.1365-2214.2004.00474.x
- Beardslee, W. R., Versage, E. M. & Gladstone T. R. (1998). Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 1134-1141. doi: 10.1097/00004583-199811000-00012.
- Bratli, S., Lindgren, P. Ø. & Østberg, E. (2015). *Styrket mestring i livet (SMIL) – et gruppetilbud*. I B. Storm Mowatt Haugland, K. E. Bugge, M. Trondsen, & S. Gjesdahl, S. (Red.). *Familier i motbakke – på vei mot bedre*

- støtte til barn som pårørende (s. 267-276). Bergen: Fagbokforlaget.
- Gearing, R. E. (2008). Evidence-based family psychoeducational interventions for children and adolescents with psychotic disorders. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 2-11.
- Lauritzen, C., Reedt, C., Van Doesum, K. T. & Martinussen, M. (2014). Implementing new routines in adult mental health care to identify and support children of mentally ill parents. *BMC Health Services Research*, 14:58, 1-10. doi: 10.1186/1472-6963-14-58
- Martinussen, M., Reedt, C., Eng, H., Neumer, S.-P., Patras, J. & Mørch, W. T. (2016). *Ungsinn - Kriterier og prosedyrer for vurdering og klassifisering av tiltak*. Tromsø: UiT Norges arktiske universitet
- Miller, S. D. & Duncan, B. L. (2004). *The Outcome and Session Rating Scales: Administration and scoring manual*. Chicago, IL: ISTC.
- NK LMS. (2010). *SMIL -Rapport fra utviklingsperioden (2008/09)*. Oslo: NK-LMS.
- NK-LMS. (2011). *SMIL-grupper. En guide for etablering*. Oslo: NK-LMS.
- NK-LMS. (2012). *Læring og mestring for barn og unge som har foreldre med psykisk sykdom eller rusproblemer*. Prosjektrapport NK-LMS 4. Oslo: NK-LMS.
- Reedt, C. & Lauritzen, C. (2015). Barn med psykisk syke foreldre: Behov for nye rutiner og bedre implementeringsstrategier. *Scandinavian Psychologist*, 2, e10. <http://dx.doi.org/10.15714/scandpsychol.2.e10>
- Torvik, F. A. & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: Omfang og konsekvenser*. Rapport4. Oslo: Norsk Folkehelseinstitutt.
- Theisen, O. M. & Ådnanes, M. (2014). *Evaluering av SMIL - Styrket Mestring i Livet – et gruppetilbud for barn og ungdom som har foreldre med psykiske- og/eller rusrelaterte helseutfordringer*. Trondheim: SINTEF.
- Vis, S. A. (2011). *Beskrivelse og vurdering av tiltaket SMIL – Styrket Mestring i Livet*. Ungsinn tiltak nr. 24. Hentet fra: https://www.ungsinn.no/post_tiltak/smil-styrket-mestring-i-livet/

Mottatt 29.11.2016, godkjent 13.06.2017,

publisert 09.11.2017.

Redaktør: Monica Martinussen

