



Beskrivelse og vurdering av tiltaket:

SMIL – Styrket Mestring i Livet

Ungsinnforfatter: Svein Arild Vis

Vurdert i Ungsinnpanelet: 27.9.2011

Ungsinnforfatteren er ansvarlig for beskrivelsen av tiltaket. Beskrivelsen er basert på informasjon innsendt av *Siw Anita Bratli* ved Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring, samt gjennomgang av annen tilgjengelig litteratur. Ungsinnpanelet er ansvarlig for vurdering og klassifisering.

Innledning

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. 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. SMIL gis som et lavterskeltilbud med forankring i spesialisthelsetjenesten ved Lærings- og mestringssentrene (LMS). Tiltaket gis i samarbeid med kommunehelsetjenesten og brukerorganisasjoner, med henvisning til blant annet til Helsepersonell lovens §10a, som et tiltak for å ivareta det informasjons- og oppfølgingsbehov mindreårige barn som pårørende har. Tilbudet baserer seg på tidligere erfaringer og kunnskap fra arbeid med barn som pårørende og er utviklet og beskrevet av Nasjonalt Kompetansesenter For Læring og Mestring (NK LMS, 2010 a).

Eier og implementeringsansvarlig for tiltaket i Norge

NK LMS - Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring

Oslo universitetssykehus HF
NK LMS, Aker sykehus, bygg 80, 5.etg.
Postboks 4959 Nydalen
0424 Oslo

e-postadresse:

mestring@oslo-universitetssykehus.no

Telefonnummer

23 03 40 08



Beskrivelse av tiltaket

SMIL er inndelt i gruppesamlinger hvor samtale og erfaringsutveksling kombineres med fysisk aktivitet – dels organisert og temarettet, dels fritt. Tilnærmingen (metodevalgene) tar utgangspunkt i prinsipper for psykoedukasjon, og risiko- og beskyttelsesfaktorer som kan påvirke barn i familier hvor foreldre sliter med psykisk sykdom eller rusproblemer. Å styrke beskyttelsesfaktorer er en sentral målsetning. Elementene i SMIL er dels kjent fra liknende gruppetilbud (se også tiltak nr 12 i Ungsinn; Mestringsgruppe), dels utviklet i SMIL - prosjektet. Den bakenforliggende tanken er at flere faktorer samvirker for å gi et positivt utbytte for det enkelte barn og familien i sin helhet.

Struktur

- 12 gruppesamlinger for barna
- 6 – 8 barn per gruppe
- Gruppesamling 1, 6 og 12 er familiesamlinger
- Gruppesamling for foreldre/nærstående parallelt med barnas aktivitetssamlinger (minimum 2 foreldretreff)
- Hver gruppesamling varer 2,5 timer
- Grappa samles én gang i uken (alternativt annenhver uke)
- To gruppeledere, gjerne én fra kommune- og én fra spesialisthelsetjeneste, samt brukermedvirker(e) som co-gruppeleder(-e)

At tilbudet strekker seg over tid åpner for muligheten til å utvikle relasjoner og vennskap, til refleksjon og bearbeiding av tematikk, tanker og følelser.

Mål for gruppesamlingene:

- Styrke positivt syn på seg selv; ferdigheter, ressurser og egenmestring
- Øke kunnskap om og forståelse av psykisk sykdom og rusproblemer
- Øke kunnskap om og forståelse av følelser generelt, og egne følelser spesielt
- Bevisstgjøre eget nettverk og muligheter for sosial støtte og avlastning

Metoder som anvendes

Gruppesamlingene har en fast ramme og noen faste elementer som barna kan kjenne igjen fra gang til gang. En gjenkjennelig struktur og tilbakevendende elementer har til hensikt å bidra til økt forutsigbarhet og trygghet for barna i gruppen.

Faste elementer i SMIL-samlingene ved at gruppelederne:

- 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

Brukermedvirkning

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 brukermidvirkning 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.

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 (Duncan, Miller og Sparks, 2004)

Fysisk aktivitet, lek og bevissthet om egen kropp

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 virker i tillegg samlende på gruppa, og bidrar til å styrke barnas gruppefølelse og trygghet. Gjennom lek og fellesaktivitet fremmes også 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.

Foreldresamlinger

SMIL omfatter også samlinger for foreldrene til barna som deltar i gruppa. 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 samlingene. Disse 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.

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 teoretiske grunnlaget for tiltaket

Det teoretiske grunnlaget tar utgangspunkt i prinsipper for psykoedukasjon, og risiko- og beskyttelsesfaktorer som kan påvirke barn i familier hvor foreldre sliter med psykisk sykdom eller rusproblemer. 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. I mange familier snakkes det sjeldent åpent om tematikken, verken innad eller utad, og ofte fanger barna opp tabuet tidlig. Det tabubelagte bidrar til å usynlig- og ugyliggjøre det ”forbudte”, hvilket igjen i mange tilfeller blir den sentrale kilden til problemutvikling.

Å styrke beskyttelsesfaktorer er en sentral målsetning. 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. Forskning viser at barn som klarer seg best under belastende forhold er barn som har en sosial støtte 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.

Erfaringer med tiltaket og evaluering i Norge

Tiltaket har hatt en utviklingsperiode (2008/2009) med 2 piloter i henholdsvis Mo i Rana (Helgelandssykehuset) og Oslo (Diakonhjemmet sykehus/ DPS Vinderen). Evalueringer fra disse pilotene foreligger i egen prosjektrapport (NK LMS, 2010 b).

Følgende organisasjoner kan kontaktes for erfaringer fra tiltaket:
Diakonhjemmet sykehus, Vinderen DPS, ved Ellen Østberg.
Bydel Ullern, Enhet for psykisk helse, ved Anne Usterud-Svendsen.
Helgelandssykehuset, LMS Mo i Rana, ved Tove Lill Falstad.



Brukervurderinger:

Brukerevalueringer av grupper i Mo i Rana og Oslo er gjennomført og publisert i form av prosjektrapport.

Denne evalueringen har bestått av kvalitative intervju og fokusgrupper med barn som har deltatt i SMIL-grupper (N=9). I rapporten framkommer det at gruppene opplevdes som nyttig 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 er fint å møte andre barn i samme situasjon.

Foreldreerfaringer er også innhentet via en spørreskjema undersøkelse. Evalueringsrapporten gjengir noen eksempler på foreldre utsagn om tilbudet som av foreldre ble vurdert å være nyttig. Det er også innhentet kvantitative data om foreldre erfaringer, men disse er ikke publisert.

Spredningspolitikk og implementeringsstrategier

Implementeringen av tiltaket ledes av NK- LMS. Ved etableringer av tiltaket i nye organisasjoner settes det ned en prosjektgruppe som utarbeider et lokalt tiltak i tråd med prinsipper og føringer i tiltaksmanualen. Veiledning og oppfølging av gruppeledere avtales individuelt. Implementering av tilbudet i større skala er påbegynt i 2010 ved 5 ulike lokaliteter.

Informasjon om tiltaket spres ved hjelp av brosjyremateriell, nettsiden <http://mestring.no/utviklingsarbeid/verktoeykassen/smil>, e-postkorrespondanse, møte- og konferansevirksomhet – i hovedsak med utgangspunkt i LMS-nettverket og deres samarbeidspartnere i kommunehelsetjenesten og brukerorganisasjoner.

Det foreligger konkrete planer om videreføring av tiltak og spredning nasjonalt. For 2011 er målsettingen ti initierte tilbud, lokalisert i samtlige helseregioner. NK LMS vil også i 2012 fortsette å stimulere til SMIL-implementering i større skala, men det er det enkelte helseforetak og LMS som står ansvarlig for beslutning om og igangsetting av tiltaket lokalt og regionalt.

Kvalitetssikring av tiltaket

Lokale initiativtakere får faglig oppfølging fra NK LMS i etableringsfasen i form av veiledning lokalt, felles fag- og erfaringsseminar, opplæringstilbud (2 dager) og rådgivning. En skriftlig guide for etablering følger som del av opplæringstilbudet. I tillegg foreligger krav om brukerevaluering og rapportering av tiltaket. For øvrig, avtales veiledning for gruppeledelsen med representant/samarbeidspart fra henholdsvis BUP og/eller VOP (eller annen egnet og tilgjengelig instans). Oppfølgingen er aktuell underveis i gjennomføringen av gruppetilbudet og eventuelt også i etterkant. 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.

Det er utarbeidet en guide for progresjon og gjennomføring av gruppemøter. Guiden inneholder også materiell til bruk under møtene.

Kostnadene for implementering av tiltaket

Erfaring viser at etablering av SMIL-tilbud krever ca 20 % stillingsbrøk i 12 måneder for fagpersonen som leder etableringsarbeidet. Ressursbruken vil imidlertid avhenge av tilgjengeligheten på nettverk av relevante samarbeidspartnere, samt støtte fra ledelsen ved helseforetaket eller kommunen for å gjennomføre pasient- og pårørende opplæring i et helsefremmende og forebyggende perspektiv.

Tidsbruk knyttet til gjennomføring

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 pr 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.

Driftskostnader knyttet til gjennomføring

Driftskostnadene for SMIL-tilbud vil variere avhengig av de lokale forhold.

Følgende oversikt gir et anslagsvis bilde av driftskostnader:

Ulike aktiviteter	15 000,-
Felles måltider	5 000,-
<u>Brukerhonorar</u>	<u>20 000,-</u>
Totalsum kr:	40 000,-

I tillegg kommer eventuelle transportutgifter, samt utgifter til trykking av informasjonsmateriell. Fagpersoner som deltar i gjennomføringen av tilbud antas her å gjøre dette som del av sitt ordinære virke.



Ungsinnpanelets vurdering av tiltaket

SMIL programmet består av tre hovedkomponenter som er (1) psykoedukativ del om psykisk sykdom/rusmisbruk hos foreldre. Dette knyttes opp mot gruppediskusjoner og erfaringsutveksling om barnets/ familiens situasjon. Dernest er det (2) en del som består av gjenkjennelse og bearbeiding av følelser og en del (3) som består av fysisk aktivitet i form av klatring på inne-vegg, eventuelt en annen type fritidsaktivitet.

Psykoedukative tiltak kombinert med barnets medvirkning i utforming av behandlingsplaner er dokumentert virksomt hva gjelder behandling av spesifikke kroniske sykdommer slik som diabetes eller astma hos barn (Holtzheimer et al 1998, McPherson et al 2006). Tiltak som rettes mot å hjelpe barn å forstå hva som foregår og som også hjelper barnet å kjenne igjen og finne ut av sine egne følelser og meninger antas også å ha forebyggende betydning for barns helse og utvikling på lengre sikt. Det er likevel i dag svært begrenset dokumentasjonen på effekten av denne type tiltak, se for eksempel Vis, Strandbu, Holtan og Thomas 2010.

Det er gjennomført to interne evalueringer av dette tiltaket. Her har hovedvekt ligget på evaluering av om selve tiltaket er gjennomført etter planen. Noen enkle vurderinger av brukertilfredshet er også gjort. Disse er kort referert i sluttrapporten. Evalueringene holder lav visibilitet hva gjelder gjennomføring og metodikk noe som gjør det vanskelig å vurdere de konklusjoner som trekkes. Foreløpige vurderinger tyder imidlertid på at barn synes det er fint å være med i SMIL grupper. Det foreligger ingen vitenskapelige evalueringer av tiltaket.

Tiltaket er godt beskrevet i en guide for gjennomføring og det er utarbeidet materiell for bruk i gruppene. Det er utarbeidet en implementeringsstrategi som også inneholder tiltak for oppfølging og sikring av at tiltaket gjennomføres i henhold til beskrivelsene. Tiltaket vurderes å være godt beskrevet og implementeringen gjennomføres i tråd med anerkjente kvalitetssikrings prinsipp. Programmet er rettet inn mot å øke sosial støtte, øke de unges kunnskaper om foreldrenes og egen situasjon, styrke samspill med foreldrene samt å lære adekvate mestringsstrategier. Hovedkomponentene i programmet kan knyttes til generelle teorier om sammenheng mellom resiliens, 'sense of coherence' og psykisk helse. Det er ennå ikke gjennomført systematiske evalueringer av tiltakets effekt.

Ungsinns klassifisering

Tiltaket klassifiseres som et sannsynlig virksomt tiltak på evidensnivå 2.



Referanser:

Duncan, B.L, Miller, S.D and Sparks, J. (2004) The heroic client: a revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy. San Fransisci: Jossey-Bass

Holzheimer, L., Mobay, H., and Masters, I. B. (1998). Educating young children about asthma: Comparing the effectiveness of a developmentally appropriate asthma education video tape with picture book. *Child: Care, Health & Development* 24, 85-99.

McPherson, A. C., Glazebrook, C., Forster, D., James, C., and Smyth, A. (2006). A randomized, controlled trial of an interactive educational computer package for children with asthma. *Pediatrics*, 117(4), 1046-54.

NK LMS (2011 a) *SMIL- grupper. En guide for etablering*. Lastet ned fra http://mestring.no/files/docs/Verktoykasse/SMIL_m_vedlegg_jan_2011.pdf, den 28.04.2011

NK LMS (2010 b) *SMIL -Rapport fra utviklingsperioden (2008/09)*. Lastet ned fra http://mestring.no/files/article/10150/Sluttrapport_SMIL.pdf, den 28.04.2011

Vis, S. A., Strandbu, A., Holtan, A. and Thomas, N. Participation and health – a research review of child participation in planning and decision-making. *Child & Family Social Work*, no. doi: 10.1111/j.1365-2206.2010.00743.x