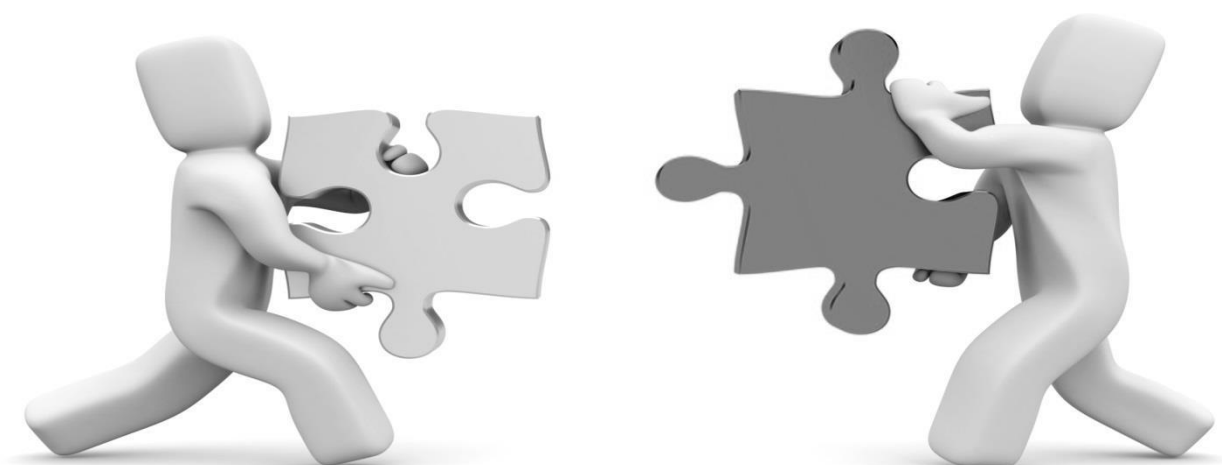


Familieklubbprosjektet

- et liv er mer enn en kan make



Innholdsfortegnelse

Forord.....	2
Takk	2
Sammendrag	3
Kapittel 1. Bakgrunn for prosjektet/Målsetting	4
Bakgrunn	4
Erfaringer.....	4
Familieklubbmetoden.....	5
Målsetting	5
Målgrupper.....	6
Prosjektets omfang og begrensninger.....	6
Kapittel 2. Prosjektgjennomføring/metode.....	7
Forankring	7
Familieklubbtilbudet innarbeides i infomateriell og på Websider.	7
Måling av omfang og effekt.....	7
Utvikling av en faglig kultur som inkluderer oppfølgings- og selvhjelpsarbeid.....	8
Formidling	11
Endringer i planer.....	11
Kapittel 3. Resultater og resultatvurdering.....	12
Hva har vi funnet ut?.....	12
Forutsetninger for å lykkes.....	12
Modell/metode.....	15
Systemet som barriere.....	15
Terapeuter som barrierer	16
Pasient/pårørende som barriere	16
Utsagn fra Familieklubbmedlemmer:.....	17
Kapittel 4. Oppsummering/konklusjon/Videre planlegging	18
Oppsummering	18
Prosjektmodell.....	18
Konklusjon.....	19
Videre planlegging.....	19

Forord

Denne sluttrapporten oppsummerer kunnskapen og sammenfatter prosessen og erfaringer fra Famileklubbprosjektet -et liv er mer enn en kan make. Sluttrapporten bygger på prosjektleders erfaringsbaserte kunnskap ervervet gjennom samarbeid med Famileklubbene i Norge (FiN) og Blå Kors Senter (BKS).

Blå Kors har som et satsningsområde å gi barn i rusutsatte familier bedre oppvekstforhold. Dette innebærer en økt innsats for familiene og barna innenfor profesjonelt behandlings- og rehabiliteringsarbeid så vel som innen frivillig arbeid. BKS er en avdeling i Blå Kors og en del av tverrfaglig spesialisert rusbehandling, avdelingen består av poliklinikk og dagtilbud.

Famileklubbene i Norge er et frivillig selvhjelpstilbud for rusavhengige og deres familier og BKS har gode erfaringer med pasienter som har benyttet seg av dette tilbudet.

Bakgrunnen for prosjektet var et ønske om utvikling av en metode for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og selvhjelpsektoren i rusfeltet. Prosjektet var et forankrings og utviklingsprosjekt.

Prosjektdeltakere har vært terapeuter og pasienter og deres pårørende ved BKS og Famileklubbene i Norge. Prosjektperioden har strukket seg fra 01.09.11 til 31.12.13. Samarbeidspartnere gjennom prosjektperioden har vært søkerorganisasjon Blå Kors Norge (BKN), Blå Kors Øst AS (BKØ), Blå Kors Senter (BKS) og Famileklubbene i Norge (FiN)

Prosjektets kontaktpersoner er: Arne Falck seniorrådgiver (BKN, Øystein Kjærnes utviklingskonsulent (BKØ), Helga Braathen, Prosjektleder (BKS) Tor Egil Hagen, prosjektansvarlig(BKS).

Takk

Prosjektleder ønsker å rette en spesiell takk til Famileklubbene i Norge og det gode samarbeidet med Daglig Leder Christina Aaseth. Et samarbeid som har vært preget av velvilje, kunnskapsformidling, engasjement og inkludering.

Det rettes også en takk til Direktør ved Blå Kors Øst, Magnar Lie, som underveis har vært oppmerksom og positiv til prosjektet og som har snakket varmt om det ved ulike anledninger.

Undertegnede retter også en stor takk til Styringsgruppen ved Øystein Kjærnes, Petter Solberg, Anita Strand og Tor Egil Hagen, for gode råd og bidrag i prosjektperioden.

Takk også til Live Fyrand for nyttige innspill og kunnskapsdeling.

Ikke minst rettes det også en takk til Ekstrastiftelsen for å ha tro på, og se viktigheten av prosjektet.

Sammendrag

Uansett hvor gode tiltak som tilbys, vil det alltid være begrenset hva behandling i seg selv kan bidra til når det gjelder endringer på sikt. Vedvarende endringer er basert på en total omlegging av livsstil, hvor motivasjon for endringer kan stimuleres like mye utenfor behandling som i behandling. Å bidra til å vedlikeholde motivasjonen for endringer utenfor behandling, er kanskje en av de viktigste sosialpolitiske utfordringer, som ikke kan tillegges behandlingsapparatet alene. Det er behandlingssystemet i samarbeid med lokale og kommunale tiltak som bør utbedres og utvikles, som et integrert og helhetlig tilbud.

BKS hadde god erfaring med selvhjelpstilbudet Familieklubb, og så det som en interessant utfordring og systematisk prøve ut samspillet mellom tradisjonell medisinsk, evidensbasert behandling og selvhjelpsorienterte tiltak.

Målene for prosjektet var kortfattet forankring, rekruttering og formidling av resultater til fagmiljøene i Blå Kors, med sikte på økt bruk av Familieklubber ved institusjoner i Blå Kors.

I løpet av prosjektet har vi kommet frem til noen kritiske suksess faktorer som i korte trekk omhandler forankring i ledelse, strukturer som støtter selvhjelpsarbeid, kompetanse i selvhjelpsarbeid, engasjerte medarbeidere, dokumentasjon på effekt og resultater av prosjektet, brukermedvirkning og finansiering.

Vi har sett at det er ulike barrierer for rekruttering til Familieklubb og at vi finner disse på forskjellige nivåer. Vi finner de i systemet, hos terapeut og hos pasient.

Erfaringene våre er at det er mulig å utvikle handlingsorienterte samarbeid som er lite kostnadskreven, og som gir helhetlig behandling og oppfølging og vi har lyktes i å nå våre hovedmål.

Familieklubb er i dag et oppfølgings og selvhjelps tilbud for pas. og pårørende ved BKS. Metoder er utviklet og forankret i virksomheten. Erfaringer og resultater fra prosjektarbeidet er formidlet og prosjektet har hatt stor nytteverdi. Stafettpinnen er levert videre til andre virksomheter i Blå kors.

Kapittel 1. Bakgrunn for prosjektet/Målsetting

Bakgrunn

Alkoholskader rammer mange fler enn de som selv er storforbruker av alkohol.

Rusproblemene kan oppleves like alvorlig for ektefelle, samboer, barn, foreldre og søsken som for den rusavhengige. Likevel er de pårørende en gruppe som får for liten oppmerksomhet og for få tilbud innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. På den andre siden er forholdet til de aller nærmeste ofte den vanskeligste og vondeste siden av rusproblemet for den rusavhengige. Vanskelige relasjoner til de pårørende gjør den rusavhengige sårbar under rehabiliteringen. Intakte og gode relasjoner til de pårørende har derimot stor bærekraft og betydning i rehabiliteringsarbeidet. Familiemedlemmer og pårørende er samtidig medavhengige som trenger hjelp til å takle sin rolle.

Dette er sterke argumenter for å fokusere mer på hele familien i rehabiliteringsarbeidet. Rusmiddelavhengighet er et gjennomgripende livsproblem både for den som ruser seg og for familien/nære relasjoner og behovet for oppfølging utover behandling kan være stort. For noen kan oppfølging over lang tid og i et livsløpsperspektiv være aktuelt.

Behandlingsapparatet kommer ofte til kort i et slikt perspektiv. Det stilles krav til effektivitet og kort behandling. Det skal være en gjennomstrømming av pasienter og rask tilbakeføring til ordinære liv. I dag er ettervernstilbudet i landet fragmentert og lite variert. Vi vet at uansett hvor gode tiltak som tilbys vil det være begrenset hva behandling alene kan tilby når det gjelder endring på sikt. Varige endringer er basert på en total omlegging av livstil. Behovet for langsiktig oppfølging og fortsatt støtte for å forebygge tilbakefall er stort.

1. januar ble Samhandlingsreformen satt ut i live. På rusfeltet blir reformen først innført i 2014 – 2016, men forberedelsene og tenkningen er i gang. Målet med Samhandlingsreformen er å få til et bedre og mer helhetlig helsetilbud.

Erfaringer

Internasjonalt og etterhvert i Norge viser Famileklubbarbeid seg og være et arbeid som ivaretar viktige behov både hos den rusavhengige og den pårørende.

Denne metoden anser alkoholproblemer som adferd og livstilsproblemer hvor rusmisbrukeren og deres familie/nære relasjoner kommer i en problemvedlikeholdende negativ spiral. Dette gjør det vanskelig å utvikle en vedvarende rusfri tilværelse for alle berørte parter. Det største problemet er ofte ikke å bli rusfri men og holde seg rusfri.
(Fyrand, 2007 s. 9)

Blå Kors Senter har god erfaring med Famileklubber og siden oppstarten i Norge i 1999/2000 har det vært et samarbeid. Famileklubbene som organisasjon ble offisielt stiftet i Norge i mars 2005 og organisasjonen er finansiert gjennom midler fra Helsedirektoratet. Organisasjonen har en daglig leder i 100 % stilling.

Familieklubbmetoden

Familieklubber er for familier som strever med rusproblemer. Det er et gruppetilbud for hele familien, og kan være et godt supplement mens man går i behandling og etter behandling er avsluttet, eller som tiltak alene. Familieklubb er en type selvhjelpsgruppe hvor familier/nære relasjoner møter andre i liknede situasjoner i faste ukentlige møter. Klubbene har en klubbassistent som har gjennomgått ett 50 timers kurs i metoden. I klubben møtes man regelmessig for å møte andre for å dele og bearbeide opplevelser, erfaringer, tanker og følelser. Medlemmene opplever å ha god nytte av refleksjoner og bevisstgjøring som oppstår i et slikt fellesskap.

Familieklubbmetoden er utviklet av professor i psykiatri, Vladimir Hudolin.

Hudolin arbeidet i Jugoslavia, Kroatia. Han var en av de få som fikk anledning til å studere og arbeide i utlandet, og tok bl.a. sterke inntrykk fra Maxwell Jones som var en av dem som utviklet teoriene om terapeutiske samfunn. Hudolin var en ledende kraft i den medisinske retningen som kalles sosial-psykiatri. Da han ble professor og bestyrer for en universitetsklinikk i Zagreb (ca. 1960) måtte han klare seg med nokså kummerlige forhold. Da ble en del av løsningen å sende sin profesjonelle stab ut av sykehuset for å lage terapeutiske grupper i lokale byer og landsbyer. De fant snart ut at det var lite hjelp i tiltak som ikke trakk inn kona eller andre familiemedlemmer. Der hele familien eller lokalsamfunnet gikk sammen om å få til bedring, hadde de store resultater. Først ble det meste drevet av de profesjonelle, men snart viste det seg at gruppene ofte fungerte vel så godt når de var for seg selv. Dermed oppsto ideen om selvstyrte klubber. Det faglige elementet ble ivaretatt av klubbassistenter, ofte med helt annen faglig bakgrunn, og kurs og annen opplæring av klubbmedlemmene.

Hudolin kalte denne arbeidsmåten sosial-økologi, dvs. teorien om balansert sosialt samspill. Dette prinsippet er etter hvert anvendt på mange fagområder, og er en av inspirasjonskildene til såkalt systemiske metoder, som bl.a. benyttes i barnevernet. Innen sitt eget fagfelt, psykiatrien, var Hudolin talsmann for at man ikke kunne begrense seg til å studere eller behandle den enkelte pasient, tiltakene måtte inkludere hele pasientens livssituasjon.

Det måtte tenkes i helheter - det måtte tenkes Familieklubber

http://www.familieklubb.no/opprinnelsen_172.html

Målsetting

BKS så det som en interessant utfordring og systematisk prøve ut samspillet mellom tradisjonell medisinsk, evidensbasert behandling og selvhjelpsorienterte tiltak. Erfaringer fra enkelttilfeller antydte at det lå et stort potensial i slike samarbeidsrelasjoner med god effekt for både pasient og pårørende.

Prosjektmål

1. Familieklubbarbeidet etableres som et oppfølgings- og selvhjelpstilbud for pasienter ved Blå Kors Senter - og deres nære pårørende. Det utvikles metoder for økt rekruttering til familieklubber.

Prosjektets andre mål, som forutsetter at første mål innfris:

2. Erfaringer og resultater fra prosjektarbeidet formidles til fagmiljøene for rusbehandling og rehabilitering i Blå Kors med sikte på økt bruk av familieklubber ved behandlingsinstitusjoner i Blå Kors.

Målgrupper

a) Pasienten og hans /hennes pårørende

Pasienten er henvist fra fastlege, psykolog eller sosialtjeneste og er blitt vurdert til å ha behov for poliklinisk behandling ved en behandlingsinstitusjon.

Nære familiemedlemmer av pasienten som partner eller barn deltar i familieklubben ut ifra egne behov, uavhengig av om pasienten deltar i familieklubben eller ikke. Disse familiemedlemmene kan være henvist fra lege/psykolog/sosialtjeneste eller de kommer på eget initiativ.

b) Polikliniske behandlere/terapeuter og ledere ved senteret representerer den andre målgruppen.

Behandlergruppen består i dag av leger, sosionomer, psykologer, psykologspesialister, psykiatrisk sykepleier, fysioterapeuter og barnevernsterapeuter. Ledergruppen består av virksomhetsleder og to avdelingsledere.

Prosjektets omfang og begrensninger

Prosjektet var et forankrings og utviklingsprosjekt. Ved start hadde vi allerede noen antagelser og fikk underveis nye erfaringer som viste at etablering av familieklubber er en tidkrevende prosess og målene rettet seg mer mot kvalitet enn kvantitet.

Antall nyetablerte klubber var ikke kriteriet for et vellykket prosjekt, men heller funnene om hva som hemmer og fremmer en slik etablering, hvilke metoder og tiltak som fungerer og liknende.

Kapittel 2. Prosjektgjennomføring/metode

Nedenfor følger en fremstilling av like metoder som ble brukt i prosjektperioden.

Forankring

Det første vi gjorde var å forankre prosjektet i ledelsen – dette var allerede i gang før prosjektleder var ansatt og prosjektet offisielt startet. Dette ble gjort gjennom at prosjektets initiativtakere tidlig inviterte lederne til møter for at de skulle få førstehåndskunnskap og eierskap til prosjektet.

Ett av hovedgrepene vi gjorde tidlig etter prosjektstart, var en studietur til Italia. Sammen med virksomhetsleder for Blå Kors Senter, Anita Strand, og rådgiver for prosjektet, Petter Solberg, deltok prosjektleder på Studietur til Italia 10-14 oktober 2011. Målet med turen var å se hvordan spesialisthelsetjenesten i Italia jobber med familie/nettverk og å få et innblikk i samarbeidet og samspill med Familieklubbene i Italia. Vi besøkte leder for Avdeling for avhengighet i Udine, San Daniele klinikken utenfor Udine, samt en Familieklubb i Udine. St. Daniele Klinikken, en døgninstitusjon for alkoholikere som benytter Familieklubb for alle sine pasienter og familiemedlemmer, og pasienten går sammen i terapigrupper flere ganger i uken. Denne studieturen var blant annet viktig for å forankre prosjektet ytterligere hos ledelsen. Det var derfor essensielt at virksomhetsleder var med på turen slik at hun fikk førstehåndskunnskap om prosjektet og Familieklubbmetoden. Besøket bekreftet viktigheten av forankring i behandlermiljøet.

En annen viktig faktor for forankring i ledelsen, er at Virksomhetsleder har vært med i styringsgruppen. Gjennom dette kunne vi kontinuerlig se i hvilken grad prosjektet var forankret i ledelsen og vi kunne eventuelt gjøre endringer underveis.

Familieklubbtilbudet innarbeides i infomateriell og på Websider.

Prosjektleder har laget tekst til prosjektsiden på nettsidene til BKS og samarbeidet med andre prosjektledere ved BKS om hvordan vi kan synliggjøre prosjektene bedre på nettsidene til Blå Kors Senter. Prosjektleder har også skrevet informasjon om prosjektet i forbindelse med arbeidet med anbud til Helse Sør Øst, samt formidlet informasjon om prosjektet i forbindelse med Blå Kors Øst sin årsrapport.

Måling av omfang og effekt

Effekt av deltagelse er tidligere evaluert ved Live Fyrand ved Diakonhjemmets høyskole. Det å måle effekt er tidkrevende og vi vurderte underveis at vi ikke prioriterte å måle effekten av deltagelse ytterligere. Våre erfaringer og Live Fyrands rapport tilsier at Familieklubb er et effektivt konsept for rusavhengige og deres pårørende.

Det vi imidlertid har målt er hvor mange vi har rekruttert til Familieklubb i prosjektperioden. Til sammen dreier dette seg om 41 personer. Disse er rekruttert fra terapeutene på BKS og

har i hovedsak deltatt i Famileklubb parallelt med behandling. De aller fleste av disse har gått i klubb over tid og mange er fortsatt medlemmer.

Blant terapeutene har vi sett at de nå har større kunnskap om Famileklubb og at de har nettverkstenking lenger fremme.

Utvikling av en faglig kultur som inkluderer oppfølgings- og selvhjelpsarbeid

Øke prosjektleders kunnskap

Generelt sett var det vesentlig at prosjektleder ble bedre kjent med Famileklubbkonseptet og selvhjelp og nettverkstenking. Dette ble gjort gjennom deltagelse på seminar om selvhjelp arrangert av Selvhjelp Norge og deltagelse på klubbassistentkurs både i Norge og i Italia. Fra februar 2012 har prosjektleder også vært klubbassistent for en Famileklubb i Oslo. Prosjektleder har i tillegg mottatt ekstern veiledning av Live Fyrand, forsker og professor ved Diakonhjemmets høyskole, som har evaluert Famileklubbene i Norge i 2007.

Kartlegging av kunnskap og ståsted hos behandlerne

I starten av prosjektet undersøkte prosjektleder hvilket fokus terapeutene hadde på familien og de pårørende og hvordan terapeutene jobber med pasienten og familie/ nettverk. Prosjektleder kontaktet den enkelte terapeut direkte og hadde en samtale en til en, for å undersøke. Prosjektleder undersøkte også hvilken erfaring de hadde med Famileklubb og i hvilken grad de kjente til denne modellen.

Prosjektleder stilte spørsmål om hvordan de inkluderer de pårørende i behandlingen, og deres erfaring med dette.

Det var viktig og få en rask forestilling om hvordan behandlerne på BKS tenker og ser på arbeidet med familie/pårørende/nettverk, for å forstå hvilke muligheter og utfordringer prosjektet har.

Øke terapeutenes Kunnskap

Med bakgrunn i kartleggingen fant vi tidlig ut at vi måtte gjøre terapeutene bedre kjent med Famileklubbkonseptet. Ved prosjektstart var det også flere nyansatte med lite kjennskap til Famileklubb. Dette gjorde at dette momentet ble spesielt viktig. Det ble viktig å øke kompetansen hos behandlerne på hva FK er, og hvorfor det var noe BKS ville satse på. Dette gjorde vi i hovedsak gjennom internundervisning. Prosjektet ble grundig presentert, og det var fokus på å formidle følgende:

1. Prosjektet har forankring i ledelsen.
2. Blå Kors har et familiefokus.
3. En generell innføring i metoden.
4. Hva Famileklubb er.
5. Metoder for rekruttering.

Blå Kors Senter hadde også en dag med internundervisning om barneperspektiver hvor prosjektleder for Famileklubbprosjektet var endel av gruppen som forberedte denne dagen. Dette resulterte i at prosjektleder fikk to med erfaring fra Famileklubb (mor og datter) til å komme på internundervisningen og snakke om deres erfaringer med å ha med barn/være barn i Famileklubb.

Et annet tiltak som ble benyttet for å øke kunnskapen til terapeutene om Famileklubb var at de ble invitert til å delta på et Famileklubbmøte. Dette for å få en egenopplevelse av hva dette er. Flere av behandlerne benyttet seg av denne muligheten.

Skape engasjement og fokus

For å skape engasjement og fokus på prosjektet deltok prosjektleder i starten på sentrale møter på BKS. Det er tre møtearenaer hvor det ansås som spesielt viktig at prosjektet ble synlig tidlig i prosessen.

Behandlingsmøte: Prosjektleder har deltatt på fordelings- og behandlingsmøtet hver torsdag. På disse møtene er prosjektleders rolle å ha ekstra fokus på familie og nettverk ved nye saker og ved problemstillinger som tas opp rundt pasienter som er i behandling.

Deltagelse i Famileklubb har vært tema for pasienter dette har vært aktuelt for.

Vurderingsmøte: Vi har underveis kommet frem til at det var lurt for prosjektleder å være med på vurderingsmøtet. På dette møtet vurderes nye henvisninger i forhold til rett til nødvendig helsehjelp og frist for behandling, samt hvilke typer tilbud fra BKS pasienten kan se ut til å trenge under sin behandling. Tanken om hvorfor prosjektleder skulle være med var for å ha et ekstra fokus på familie og nettverk fra første stund, og se på Famileklubb som et mulig tilbud tidlig i behandlingsforløpet.

Diagnose team: I starten var prosjektleder med i diagnoseteamet. Alle pasienter tas opp her etter ca. 5 konsultasjoner. På dette møtet vurderes diagnose, og videre tiltak/behandling drøftes. Prosjektleders deltakelse her var også for å ha et spesielt fokus på nettverk og familie, og en eventuell deltagelse i Famileklubb for pasienter hvor det har vært aktuelt.

Inkludere prosjektleder i poliklinikken

Det har vært vesentlig for prosjektleder å bli en del av poliklinikken. Prosjektet skulle ha varighet også utover prosjektperioden. Prosjekter har en tendens til å bli utenforstående satellitter og integrering av prosjektleder i virksomheten har vært viktig for å forhindre dette. Integreringen var også viktig for at forståelsen av helheten og strukturene i organisasjonen kunne bli tydelige for prosjektleder.

Det ble en naturlig plassering av prosjektleder i familieteamet. Der kommer mange av familiesakene innom og fokus på rekruttering til Famileklubb er naturlig. Prosjektleder har vært en del av Familieteamet ved BKS og har deltatt på veiledning og Familieteamets møter.

Tidlig i prosjektet ble det klart at det var viktig for prosjektleder å ha egne pasienter. Dette for å likestille prosjektleder med behandlerne og for lettere å se hvilke utfordringer behandlerne står i ved rekruttering til Famileklubb, og dilemmaer knyttet til deltagelse av familie i behandlingen. Prosjektleder måtte bli godt kjent med og komme i posisjon til medarbeidere for å gjøre samarbeidet bra.

Rekruttering

I løpet av høsten 2011 bestemte vi oss for å starte en helt ny Famileklubb med tilholdssted på BKS. Det var allerede to eksisterende Famileklubber i Oslo, med tilholdssted på BKS, men medlemsantallet var i midlertid på vei ned og de var også i behov av nye medlemmer. Vi ville rekruttere til disse klubbene samtidig som vi opprettet en helt ny Famileklubb. Den nye klubben ble startet 6. februar 2012.

For å få fart på rekrutteringsarbeidet ble det i styringsgruppa avgjort at terapeutene skulle inviteres til å sette ekstra fokus på rekruttering. Vi laget en konkurranse om rekruttering og delte terapeutene inn i to lag. Dette førte til at vi fikk en positiv vinkling på rekruttering og at terapeutene ikke fikk en følelse av merarbeid.

Prosjektleder hadde også samtaler med noen pasienter i etterkant av konsultasjon, dette i samarbeid med terapeutene, for mulig deltagelse i Famileklubb.

Pilotgruppe

Med bakgrunn i funnene prosjektleder hadde fra intervjurunden med terapeutene i starten av prosjektperioden og annen info, valgte vi etter hvert ut en pilotgruppe.

Pilotgruppen skulle ha ekstra fokus på familie og nettverk og ekstra fokus på å få egne aktuelle pasienter inn i Famileklubb. Disse terapeutene skulle i en periode ha et ekstra fokus på dette. De skulle ha jevnlig møter med prosjektleder for å diskutere aktuelle pasienter og metoder. Vi valgte ut de av terapeutene som viste mest interesse for Famileklubb og fokuserte på disse.

To fra pilotgruppa fikk tilbud om å delta på Klubbassistentkurs i Italia i mai 2012. De reiste sammen med prosjektleder og planen var at de skulle starte ny klubb høsten 2012. Vi mistet beklageligvis disse to terapeutene grunnet nedbemanning. Ny klubb ble derfor ikke startet, men rekrutteringen fortsatte til de allerede eksisterende klubbene.

Tettere kontakt med Famileklubbene i Norge.

Tidlig opprettet prosjektleder kontakt med Daglig leder av Famileklubbene i Norge, Christina Aaseth. Gjennom hele prosjektperioden var det avgjørende for prosjektet å ha en tett dialog med organisasjonen. Prosjektleder har hatt jevnlig kontakt med klubbassistentene i Oslo klubbene og deltatt på arrangementer organisasjonen avholder. Organisasjonen sitter på en unik kompetanse og har vært med på å utvide vår kunnskap om temaet.

Styringsgruppe

Styringsgruppen har hatt det overordnede ansvar for prosjektet. Den har bestått Tor Egil Hagen (prosjektansvarlig) Anita Strand (Virksomhetsleder BKS), Petter Solberg (prosjektrådgiver) Øystein Kjærnes (BKØ).

Styringsgruppen har hatt ansvar for godkjenning og oppfølging av prosjektets rammer.

Avgjørelser i viktige prosjektspørsmål, har vært tatt av styringsgruppen. Styringsgruppen var

gjennom hele prosjektet støttespiller for prosjektleder. Hvor ofte styringsgruppen møtes varierte etter behov.

Formidling

Prosjektet falt ned på å bruke Famileklubbene i Norge sine plakater og infobrosjyrer. Disse er informative og det ansås ikke som nødvendig å utarbeide noen nye brosjyrer. Prosjektleder laget allikevel en intern plakat om gruppene som er lokalisert på Blå Kors senter og prosjektleder har delt ut infobrosjyrer til behandlerne og pasienter etter behov. I november 2012 holdt prosjektet ett foredrag på Nettverkskonferansen til Blå Kors Norge, her var representanter fra de ulike Blå Kors virksomhetene i hele Norge. Famileklubbene i Norge fikk også en plass i ett av parallellseminar og fikk demonstrert metoden ytterligere. I etterkant av konferansen kom det flere henvendelser til prosjektet og det ble opprettet direkte kontakt med døgninginstitusjonene Eina og Østråt for å undersøke muligheten for å starte Famileklubber der. I prosjektperioden var det også meningen prosjektet skulle holde ett innlegg på en konferanse på Sykehuset innlandet. Denne konferansen ble dessverre avlyst.

Endringer i planer

Når det gjaldt endring i planer ble det ingen vesentlige endringer i planene for prosjektet. Vi så imidlertid at det å utarbeide metoder for registrering av effekt var et utfordrende område. Medlemmene i Famileklubbene er på svært ulike stadier og i ulik livssituasjon ved start i Famileklubb. Vi var imidlertid godt kjent med Live Fybrands evalueringsrapport fra 2007 som dokumenterer effekt av deltagelse, og bestemte oss for ikke utforske dette videre. Samtidig har vi spurt flere klubbmedlemmer om deres opplevelse av å delta i Famileklubb parallelt med behandling. Deres uttalelser gir oss grunn til å tro at våre erfaringer om at dette er nyttig fortsatt stemmer. Se mer side 16.

Utover i prosjektperioden så vi det også som mest hensiktsmessig at prosjektleder konsentrerte seg om å finne egnede terapeuter som kunne være interessert i å bli Famileklubbassistenter. Famileklubbene i Norge bør ha ansvaret for å rekruttere kandidater til klubbassistenter fra Famileklubbmedlemmene. Famileklubbene i Norge kjenner best til det enkelte medlems egnethet.

Når det gjelder å formidle prosjektet hadde vi en fin mulighet til dette på seminaret arrangert i regi av Sykehuset innlandet 15. februar 2012. seminaret ble imidlertid avlyst og muligheten falt bort.

«Virkeligheten kommer stadig i veien for mine planer!» sa engang ledelses guru Henry Mintzberg (*Briner, Hastings, Geddes, (2000), s.143*).

Dette fikk dessverre prosjektet erfare og føle konsekvensene av. Etter forhandlinger med Helse Sør Øst fikk BKS beklageligvis ikke den rammebevilgningen som var ønsket. Dette resulterte i nedskjæringer og oppsigelse av to terapeuter. Uheldigvis og tilfeldig var det disse to som var pekt ut i pilotgruppa og som hadde vært i til Italia og utdannet seg til klubbassistenter. Det var planlagt at de to skulle starte klubb og sette ett ekstra fokus på rekruttering til Famileklubber fremover. Slik ble det altså ikke. Når det først var så uheldig at disse to terapeutene måtte slutte, vet vi at de har gjort seg erfaringer og knyttet til seg ny

kunnskap som de kan ta med seg til sitt nye faglige miljø. Således spres kunnskapen om nytten av familiekubb og behandling også videre til andre virksomheter utenfor Blå Kors.

Kapittel 3. Resultater og resultatvurdering

Hva har vi funnet ut?

Vår erfaring er at det er mulig å utvikle handlingsorientert samarbeid som er lite kostnadskreven, og som gir helhetlig behandling og oppfølging. Målene for prosjektet var kortfattet forankring, rekruttering og formidling, og vi har lyktes i å nå våre hovedmål.

Mål 1: Familiekubb er i dag et oppfølgings og selvhjelps tilbud for pas. og pårørende ved BKS! Metoder er utviklet og forankret i virksomheten, eksempelvis: Familiekubb er et punkt i Vurderingsmøtet, i Fordelingsmøtet, på fagdager, og et ekstra fokusområde for familieteamet. Familiekubb skal inn som en viktig del av kultursensitiv behandling, på lik linje med grupper, kurs og andre selvhjelpstilbud som Steg For Steg (aktivitetstilbud).

Mål 2: Erfaringer og resultater fra prosjektarbeidet er formidlet til fagmiljøene for rusbehandling og rehabilitering i Blå Kors med sikte på økt bruk av Familiekubber ved behandlings-institusjoner i Blå Kors. Dette er gjort ved foredrag på Blå Kors Nettverkskonferanse, hvor representanter fra Blå Kors virksomheter fra hele landet var representert. Dette er også gjort ved direkte kontakt med døgninstitusjonene Eina og Østråt.

Prosjektet har hatt stor nytteverdi. Vi har fremskaffet ny kunnskap om muligheter og barrierer ved samarbeid med Familiekubb (selvhjelp) og spesialisthelsetjenesten. Dette er nybrottsarbeid! Vi har ervervet ny kunnskap og har erfart at det er mulig, og at det er god hjelp til pasienter og pårørende med tett samarbeid mellom terapi og oppfølgingsarbeid av typen Familiekubb. Det gir helhetlige tjenestetilbud!

En konsekvens av prosjektet bør være at flere forskningsprosjekter som etterspør samarbeid mellom helsetilbud på ulike nivåer, iverksettes. Det kan se ut som om frivilligsektor vil få mer ansvar for helsetjenester i fremtiden og vi kan være i forkant. Blå Kors Norge bør ta ansvar for å utvikle Familiekubb i flere regioner. Resultatene skal overbringes direktør i BKØ og videre til landsstyret i Blå Kors Norge – med oppfordring om å utvikle dette videre.

Dette kan bli en god modell for Blå Kors.

Forutsetninger for å lykkes

For å lykkes med et prosjekt som Familieklubbprosjektet har vi erfart at noen grunnleggende faktorer må være tilstede og tillegges stor vekt.

1. Forankring i ledelse og styringsdokumenter

Forankring i ledelsen betyr ikke bare et «ja» – ledelsesforankring betyr organisatorisk forankring gjennom involvering og tilstrekkelig oppmerksomhet i organisasjonen og ledergruppa. Ledelsen må sette prosjektet på dagsordenen på synlige og faste arenaer. De må, sikre rammebetingelsene og etterspørre aktivitet og kreve resultater. Forankring i ledelsen og i alle deler av organisasjonen er avgjørende for at prosjektet ikke bare skal bli et blaff, men skape varig endring. På BKS kunne det tidlig i prosessen vært betydelig mer fokus på at prosjektet krevde innsats fra terapeutene og omlegging av deres praksis. Dette kunne muligens ha ført til en raskere og større rekruttering. Men vi ser også at prosjektet var og er godt forankret i virksomheten ikke bare i BKS, men også høyere oppover i systemet.

2. Strukturer som støtter selvhjelpsarbeid

I Oslo låner Familieklubbene i Norge BKS sine lokaler til å ha Familieklubbmøtene sine i. Det er klubbvirksomhet to dager i uken og det er også avholdt juleavslutninger hos BKS. Verdien av samlokalisering er omfangsrik. Det synliggjør Familieklubbsamarbeidet både for både terapeuter og pasienter, og det skaper uformelle møtearenaer.

BKS har også valgt å utdanne mange av sine terapeuter til klubbassistenter, og Familieklubbarbeid tilrettelegges også som del av terapeutens arbeidstid og oppgaver for de av terapeutene som dette er aktuelt for.

Utfordringen er at belønningssystemene innenfor spesialisthelsetjenesten i dag i stor grad er tilrettelagt et individuelt system og det er lite uttelling for arbeid med familier og samarbeid med frivilligsektor.

3. Kompetanse i selvhjelpsarbeid

Det har vært viktig for Prosjektet og BKS å øke kompetansen om selvhjelp. Dette har vært gjort ved hjelp av litteratur, deltagelse på konferanse i regi av Selvhjelp Norge, og gjennom samarbeid med FiN.

4. Engasjerte medarbeidere sentralt plassert i fagmiljøet

Vår erfaring tilsier at Ildsjeler er gode å ha, men alene er det vanskelig å skape varig endring. Kunnskap og engasjement forsvinner med personen. Allikevel må det være engasjerte personer sentralt plassert i fagmiljøet slik at fokus og engasjement holdes oppe.

5. Dokumentasjon på effekt og resultater av prosjektet

Underveis i prosjektet må det gis informasjon om hvorledes prosjektet ligger an og hva som gjøres slik at motivasjon og fokus holdes oppe.

6. Brukermedvirkning

Medlemmer fra Familieklubbene i Norge har vært med på undervisning for behandlergruppen. Et Familieklubbmedlem har også vært invitert inn i Styringsgruppa.

7. Finansiering

Finansiering er avgjørende for prosjekter og prosjektet ble finansiert gjennom midler fra Ekstrastiftelsen.

Modell/metode

Forankringsmetoder Studietur Virksomhetsleder i styringsgruppa Internundervisning om FiN 1-1 samtaler med terapeuter Klubb besøk	Forutsetninger for å lykkes 1. Forankring i ledelse og styringsdokumenter 2. Strukturer som støtter selvhjelpsarbeid 3. Kompetanse i selvhjelpsarbeid 4. Engasjerte medarbeidere sentralt plassert i fagmiljøet 5. Dokumentasjon på effekt og resultater av prosjektet 6. Brukermedvirkning 7. Finansiering
Kompetansemetoder Undervisning til terapeuter Samarbeid med FiN Besøk av familie fra FK (mor + datter) Fokus på fam. og nettverk i vurderingsmøtet	
Rekrutteringsmetoder Konkurranser Pilotgruppe 1-1 samtaler med terapeutene Feedback om nye medlemmer Fokus i valg av perspektiv og metode i behandling	
Formidlingsmetoder Utarbeidelse av materiell - undervisningspresentasjoner - info. materiell Besøk til BKØ virksomheter Foredrag på landskonferanse	

Til tross for store ressurser og høyt fokus har det imidlertid vært vanskelig å få like mange pasienter og pårørende til å delta i Famieklubb som vi kunne ha ønsket oss. Vår erfaring er at rekruttering til Famieklubb tar lenger tid enn forventet, og er en utfordrende prosess. Rekruttering til Famieklubb og oppretting av nye klubber gikk tregere enn vi trodde. Dette har vi sett har flere årsakssammenhenger:

Systemet som barriere

Under kartleggingen kom det frem at alle terapeutene mente å ha familie -og nettverks fokus i behandlingen, og at dette er viktig. Terapeutene har imidlertid ulik grad av fokus på familien/nettverket, og stor grad av forskjellighet når det gjelder erfaring med å ta med pårørende i behandling, og bruk av Famieklubb, under og etter behandling.

BKS er en del av spesialisthelsetjenesten og har primæroppgaver som å vurdere helsehjelp, utrede og diagnostisere og behandle. I første omgang dreier det seg om et individuelt fokus. Det som betyr mest er antall konsultasjoner – 1 til 1 samtaler er mest effektivt sett i forhold til Helse Sør Øst sitt krav til BKS. Dette legger premisser for terapeutenes fokus.

I virksomheten er det også få terapeuter med sosialfaglige utdanninger sammenliknet med terapeuter med psykologiutdannelse. Avtalen med Helse Sør Øst legger premissene for fordelingen. Vi har tverrfaglighet, men terapeuter med sosialfaglige utdanninger er i mindretall.

I en travel hverdag med krav om produksjon er det mye på agendaen og mange prioriteringer som må gjøres. Nettverksarbeid krever et ekstra fokus, men på lengre sikt kan det ofte lette arbeidet for behandlerne.

Terapeuter som barrierer

I utgangspunktet var terapeutene positive til familiekлубbkonseptet og ønsket prosjektet velkommen, men i praksis var det svært få som rekrutterte. Vi kan si vi støtte på en «Mur av velvilje»

Utover i prosjektperioden gjorde vi noen erfaringer om hvem som rekrutterte til Familiekлубb, og vi stilte oss spørsmål om det var noe forskjell type utdanningen terapeutene hadde. Vi synes vi så en tendens til at det var få av de med lengst utdannelse som rekrutterte til Familiekлубb. Psykologene var lite på banen. Forskjellene ble synlige etter rekrutteringskonkurransen.

Resultatene endret seg imidlertid etter vi tok det opp og presenterte tendensen for terapeutene. Etter dette kom terapeuter med psykologiutdanning sterkere på banen.

Vårt inntrykk er at holdninger kan ha betydning om Familiekлубb anvendes. Hovedinntrykket var at jo mer kunnskap og førstehåndskjennskap terapeuten har til metoden, jo større sannsynlighet er det at de foreslår Familiekлубb til sine pasienter.

Men vi har undret oss og stilt spørsmålet om det kan være slik at terapeuter i spesialisthelsetjenesten er betenkte til å ta i bruk nye metoder og tiltak innenfor selvhjelp og brukermedvirkning? Kan det tolkes ditt hen at terapeuter kan være skeptiske til og «dele makt» og at de er engstelige for at den profesjonelle rollen settes på spill.

Vi lurte også på om terapeuter er redde for å miste kontroll? Mener terapeuter at de har enerett på effektiv behandling?

Kan det være at terapeuter i for stor grad har for sterke meninger om hvem Familiekлубb passer for, eller ikke passer for, og ikke overlater avgjørelsen til pasienten? Terapeuter har tenkt at pasientene ikke har noe nettverk og derfor ikke passer i Familiekлубb da de er engstelig for å bekrefte pasientens manglende relasjoner.

Erfaringer viser imidlertid at det kan være vanskelig å vite hvem som nyttiggjør seg tilbudet, og ved at terapeuten begrenser, kan det bidra til at noen utelukkes for tilbudet om å delta i Familiekлубb.

En annen tanke vi har hatt er om nyansatte er lettere å forme, og mer åpne for nytenkning. Vår erfaring tilsier i alle fall dette.

For å få bukt med behandlernes barrierer mot selvhjelpsliknende tiltak har vi sett at det er essensielt å øke deres kunnskap og egenopplevelse.

Pasient/pårørende som barriere

I Norge i dag lever vi i ett individrettet samfunn i den forstand at hver av oss har stor frihet til å velge sitt liv selv. Mange er opptatt av at de ikke vil belaste familie/nettverk. «Det er mitt problem» og «det er jeg som må endre meg». Rusproblematikk er tabubelagt og medfører

ofte skyld og skam. Utsagn som «Tenk om jeg møter naboen» er ikke ukjent. Dette kan være årsaker til at motstand kan oppleves under Famileklubbrekruttering.

I spesialisthelsetjenesten driver vi i hovedsak individorientert behandling. Allerede fra første kontakt legger systemet opp til dette. Vi forteller en pasient via brev at man skal møte én terapeut til individualsamtale, og vi legger en føring om at vanskelige problemer av psykisk- og eller ruskarakter i hovedsak løses ved én til én samtaler. Dette kan føre til at vi har fått høre bemerkninger som «mine problemer angår ikke andre enn min terapeut og meg» når gruppedeltagelse er på agendaen.

Når vi imidlertid har spurt medlemmer om opplevelsen av deltagelse i Famileklubb, og om det har vært nyttig i behandlingen, har vi fått svar som nedenfor.

Utsagn fra Famileklubbmedlemmer:

Kvinne (47): « I tillegg til behandling og parsamtaler tok jeg med meg samboeren min i famileklubb. Det var første gang vi snakket med andre folk om rusproblemet»

Mann (62): «Da terapeuten min sa at jeg burde prøve klubb, var jeg skeptisk. Jeg hadde aldri snakket med noen om rusproblemet til sønnen min. Nå vet jeg at ikke alt er min skyld».

Par:

Mann (32): «Med terapeuten min jobba jeg med angsten og drikkeproblemet mitt. Da jeg startet i klubb med samboeren min fikk jeg øvet på å mestre angsten i en, ja.. litt trygg setting».

Kvinne (31): « I famileklubben lærte jeg at også jeg måtte forandre meg. I dag snakker vi bedre sammen, og mannen min er mye mindre plaget av angst».

Kapittel 4. Oppsummering/konklusjon/Videre planlegging

Oppsummering

Familieklubb er en enkel og dynamisk form for selvhjelp og erfaringsutveksling. Kommunikasjonen oppleves lettere og familien får et rom for å ta opp temaer og situasjoner som er vanskelige og de får samtidig høre andre familiers erfaringer.

Når du har behov for å gjøre endringer i livet ditt kan en Familieklubb være ett godt sted å få støtte i en slik prosess. Familieklubben er gratis å bruke, og en kan delta så lenge en ønsker og føler behov for det. De kan brukes før, under og etter en behandling, men også uten behandlingstiltak. Familieklubben kan være en brobygger fra behandling til sosial integrasjon.

Vi har sett at selvhjelp og spesialisthelsetjenesten kan samhandle på en god og effektiv måte.

Kortfattet ser vi at vi har Familieklubben som en enhet på den ene siden, BKS som spesialisthelsetjeneste på den andre og prosjektet blir stående i midten som et slags verktøy for å skape samarbeid.

Prosjektmodell



Konklusjon

- Deltagelse i en Famileklubb gir vedlikehold av ett positivt grunnlag behandlingen har gitt og kan også bidra til en god utvikling i behandlingsløpet.
- Famileklubb er en trygg arena for utprøving av ny forståelse man tilegner seg i behandling
- Forankring i ledelse er sentralt når ett prosjekt skal implementeres og ansatte skal utvikle ny praksis
- Prosjektleders integrering i virksomhetens generelle drift og jevnlig kontakt med behandlerstaben er viktig for å få behandlerne til å ha fokus på å rekruttere pasienter til famileklubb.
- Terapeutenes kunnskap og egenopplevelse med Famileklubb er vesentlig for deres motivasjon/mulighet til rekruttering.
- Rekruttering til Famileklubb tar lenger tid enn forventet, og er en utfordrende prosess.
- Terapi i samspill med et selvhjelpstilbud som Famileklubb og egen endringsvilje, kan gjøre pasienten i stand til å skape seg et bedre liv uten rus.

Videre planlegging

Utfordringen vil fortsatt være å få terapeutene til å forstå verdien av deltagelse i Famileklubb. Rekruttering til Famileklubb er en kontinuerlig oppgave og et område som må ha fokus jevnlig for at rekrutteringen skal holdes vedlike.

På BKS er Famileklubber godt forankret, men prosjektleder vil fortsette ved virksomheten og den ekstra kompetansen prosjektleder har tilegnet seg blir beholdt. Ansvaret for videre oppfølging og utvikling legges til ledergruppa i BKS og til ledergruppa i BKØ.

I disse dager er Blå Kors i en større omorganiseringssprosess og endret organisasjon med BKS i divisjon med andre behandlingssvirkomheter kan legge til rette for økt formidlingseffekt.

Et realistisk mål vi har satt oss er at vi skal ha minimum tre klubber med tilholdssted på BKS (til enhver tid) men forsøke å ha fire klubber innen utgangen av 2015.

Vi kaster ballen videre til de andre virksomhetene i BKØ og oppfordrer Blå Kors Eina til å opprette en klubb i løpet av 2014. (Det fordrer at de må sende en eller to på kurs i løpet av 2014)

Østråt bør ha en klubb i løpet av 2015. (Må sende en eller to på kurs sammen med Eina)

Referanser/Litteratur

Live Fyrand, (2005) Sosialt nettverk, Universitetsforlaget.

Live Fyrand, (2007) Evalueringsrapport, Klubben er vår livsforsikring, Diakonhjemmets høyskolesenter.

Wendy Briner, Colin Hastings, Michael Geddes, (2000), Prosjektledelse, Gyldendal.

Vladimir Hudolin, Club of treated alcoholics", The European School of Alcoholology and Ecological Psychiatry.

<http://www.familiekubb.no>