



Kompetansesenter rus - region sør

Borgestadklinikken - Blå Kors Sør

Hjelp til gravide og småbarnsfamilier med problematisk bruk av rusmidler

- ressurshefte for kommunene

KoRus - Sør er ett av syv kompetansesentre på rusfeltet som arbeider på oppdrag fra Helsedirektoratet. Vårt hovedansvar er å sikre ivaretagelse, oppbygging og formidling av rusfaglig kompetanse og iverksette og implementere statlige føringer på rusområdet. Vi skal styrke praksisfeltet ved å utvikle forståelse, og formidle og implementere forsknings- og/eller kunnskapsbaserte strategier til de 83 kommunene i region sør: Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder. I tillegg skal vi bidra overfor spesialisthelsetjenesten i helseregion Sør.

Våre kjerneoppdrag er på følgende hovedområder:

- Rusmiddelforebygging/folkehelsearbeid
- Tidlig Intervensjon
- Rusbehandling

Vår visjon er «KoRus Sør, en bro mellom kunnskap og praksis».

Vi skal være en tjeneste for tjenestene som bidrar til vedvarende kompetanse med et særlig fokus på familie- og generasjonstenkning. Vårt arbeid skal bidra til:

- Vedvarende kompetanse
- Kvalitativt gode tjenester
- Samhandling og helhetstenkning
- Folkehelsestenkning

KoRus - Sør er tilknyttet Borgestadklinikken Blå Kors Sør.

For mer informasjon om tilbudene våre, se www.borgestadklinikken.no

Utgiver: Kompetansesenter rus - region sør, Borgestadklinikken
E post: korus@borgestadklinikken.no

Trykk og grafisk utforming:

Reklamehuset Wera

Illustrasjonsbilder

Colourbox/Shutterstock

Redaksjonen avsluttet

10. desember 2014

ISSB: 978-82-999733-2-8

Forord

Forskning og klinisk praksis har gitt oss mye kunnskap om rusrelaterte fosterskader og hvordan foreldrenes rusmiddelbruk kan belaste og skade barn, både på kort og lang sikt. I mange år hadde KoRus - Sør spisskompetanse og nasjonalt ansvar innen området gravide rusmiddelmisbrukere og familier med små barn.

Det er komplisert å arbeide med gravide, sped- og småbarnsforeldre som sliter med en problematisk rusmiddelbruk. Lovverket er omfattende og tiltakene mange, og begge deler krever oppdatert kunnskap. Det er bakgrunnen for at vi har utarbeidet dette ressursheftet.

Ressursheftet retter seg først og fremst mot ansatte i førstelinjetjenesten som er i kontakt med gravide og småbarnsforeldre. Vi håper også at det kan være til nytte for ansatte i spesialisthelsetjenesten. Det er stor variasjon i hvor omfattende problemene i den enkelte familien er. Målet er at heftet skal være nyttig i arbeidet med små og store utfordringer.

Vi har måttet gjøre mange prioriteringer underveis, og har valgt relativt korte tekster som berører både juridiske, medisinske og psykososiale tema. Gjennom hele heftet vises det til hvor en kan finne mer utdypende stoff.

En spesiell takk rettes til den tverrfaglige TIGRIS-gruppen i Horten kommune som har kommet med verdifulle innspill underveis.

Ressursheftet er utarbeidet av spesialkonsulentene Liv Drangsholt og Kristin Håland, og kommunikasjonsrådgiver Hilde Evensen Holm.

God lesning!
Rikke Raknes, Leder Korus - Sør

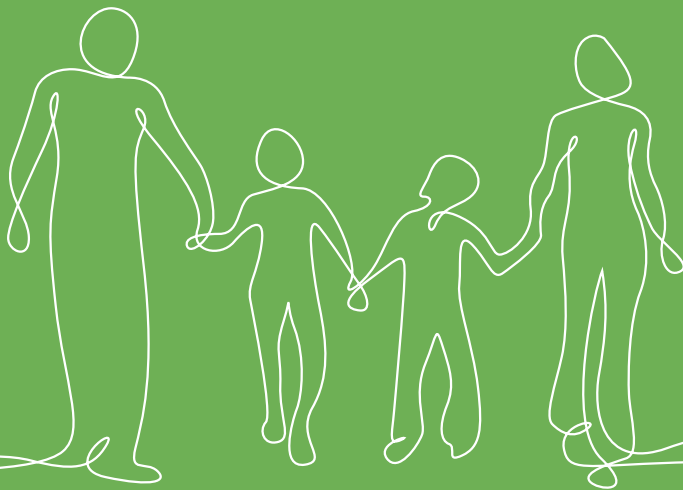
Innhold

DEL 1 RUSPROBLEMATIKK I FAMILIEPERSPEKTIV	6
1.1 Familieperspektivet, en grunnforståelse.....	7
1.2 Hvor mange er berørt.....	7
1.3 Identifisering av familier som trenger hjelp.....	8
1.4 Det rusrelaterte familiesamspillet.....	9
1.5 Samspill og tidlig tilknytning.....	10
1.6 Hva beskytter det risikoutsatte barnet.....	11
1.7 Mulige symptomer hos barn.....	11
1.8 Mulige symptomer hos voksne.....	12
1.9 Komplekse livssituasjoner.....	13
1.10 Psykososial kartlegging.....	13
DEL 2 RUSPROBLEMATIKK OG GRAVIDITET	16
2.1 Rusens påvirkninger på forberedelse av foreldrerollen.....	17
2.2 Tilknytning til det ufødte barnet.....	18
2.3 Levevaner.....	18
2.4 Fosterutvikling og risiko.....	19
2.5 Forskning på rusrelaterte fosterskader.....	19
2.6 Alkohol og graviditet.....	20
2.7 Bruk av andre rusmidler og mulig påvirkning på fosteret.....	21
2.8 Tverrfaglig hjelp.....	22
2.9 Kartlegging av rusbruk i svangerskapsomsorgen.....	23
2.10 Fødselsforberedelse.....	23
DEL 3 SAMTALE OM RUS I FAMILIEPERSPEKTIV	24
3.1 Barrierer i møte med rusrelaterte problemer.....	25
3.2 Mål for samtale om rusmidler.....	25
3.3 Å ta opp bruk av rusmidler som rutine.....	26
3.4 Bruk av kartleggingsverktøy som bakgrunn for samtale.....	26
3.5 Samtale på bakgrunn av konkret bekymring.....	27
3.6 Motiverende samtale med foreldre om alkohol eller andre rusmidler.....	28
3.7 Samtale med barn.....	28

DEL 4 SAMARBEID PÅ TVERS AV TJENESTER MED BARNET I FOKUS	30
4.1 Kommunens ansvar	31
4.2 Ressursgruppe	32
4.3 Meldeplikt uavhengig av taushetsplikt , gravide og barn	32
4.4 Barnevernets rolle i graviditet	33
4.5 Barns rettigheter som pårørende.....	34
4.6 Tiltak overfor gravide og partner	35
4.7 Familieorienterte samtaler	36
4.8 Rusmiddelkontroll for gravide og foreldre	36
4.9 Gravide og familier i LAR behandling	37
4.10 Behandling i institusjon, gravide og familier	38
4.11 Tilbakeholdelse i institusjon på grunnlag av eget samtykke	38
4.12 Tilbakeholdelse av gravide i institusjon uten samtykke	38
4.13 Oppfølging av barn eksponert for rus i svangerskapet	39
4.14 Tverrfaglige opplæringsprogram i regi av kompetansesentrene rus	39
DEL 5 LITTERATUR OG NETTSIDER	40
5.1 Verktøykasse FASD	41
5.2 Aktuelle nettsider	42
5.3 Sentrale dokumenter	43
5.4 Referanser	44

Del 1

Rusproblematikk i familieperspektiv





1.1 Familieperspektivet, en grunnforståelse

Når blir rusmiddelbruk til et rusmiddelproblem? Psykologspesialist Frid Hansen definerer dette slik: *Det eksisterer et rusproblem når bruken av rusmidler virker forstyrrende inn på de oppgaver og funksjoner som skal ivaretas i familien, og når de følelsesmessige båndene mellom menneskene belastes og forstyrres av en annens bruk av rusmidler (Hansen, 1990).*

Denne definisjonen innebærer en utvidet forståelse og en dreining av fokus i arbeidet med rusmiddelproblematikk. I et individuelt perspektiv vil rusmiddelbrukens omfang, hyppighet og varighet ha konsekvenser for utvikling av avhengighet og ulike helsemessige og sosio-økonomiske problemer. Men for barn og andre pårørende er de negative konsekvensene ved rusmiddelbruket ikke knyttet opp til mengden eller typen rusmidler, men til funksjonelle og relasjonelle skadevirkninger.

Rusmiddelavhengighet oppstår gradvis og over tid. Den foregår innenfor en sosial kontekst hvor personer ofte står i et gjensidig omsorgs- og ansvarsforhold til hverandre. Når vi bruker en familieorientert forståelse av problemutvikling, så er det åpenbart at barn og partner kan oppleve inntak av rusmidler som belastende lenge før den rusmiddelavhengige får en diagnose.

Bruk av rusmidler kan virke forstyrrende inn på oppgaver og funksjoner i familien. Med dette som utgangspunkt er det viktig å ha kunnskap om hvilke funksjoner som er av grunnleggende betydning med tanke på omsorg for barn. Sosionom/Dr. philos Kari Killén (2009) har gjennom sin forskning beskrevet sentrale foreldrefunksjoner som må ivaretas godt nok for at omsorgen skal være forsvarlig:

- Evne til realistisk oppfatning av barnets behov
- Evne til realistiske forventninger om de behov hos voksne barnet kan dekke
- Evne til realistiske forventninger til barnets mestring
- Evne til å engasjere seg positivt i samspill med barnet
- Evne til empati med barnet
- Evne til å prioritere ivaretagelse av barnets mest grunnleggende behov framfor egne behov
- Evne til å bære egen smerte og aggresjon uten å måtte avreagere på barnet

Allerede fra graviditeten må vi ha fokus på de vordende foreldrenes evne til å ivareta disse funksjonene, og mulige tiltak for styrking av dem.

I arbeidet med å utvikle en felles faglig forståelse og et godt tverretattlig samarbeid, kan det være nyttig å se de grunnleggende foreldrefunksjonene og definisjonen av rus i et familieperspektiv i sammenheng. En kombinasjon av disse to innfallsvinklene gir et godt grunnlag for kartlegging, vurdering og tidlig intervensjon.

1.2 Hvor mange er berørt

Det er vanskelig å identifisere den enkelte familie, og dessuten å beregne hvor mange gravide og barnefamilier som er berørt av rusproblemer. Vi vil trekke fram noen sentrale norske undersøkelser.

I 2011 gjorde Folkehelseinstituttet for første gang en systematisk beregning av hvor mange barn som hadde foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk. De kom fram til at det i løpet av det siste året var:

- 90 000 barn (8,3%) som bodde i familier der en av foreldrene eller begge hadde et diagnostiserbart alkoholmisbruk
- 70 000 barn (6,5%) som bodde i familier der en av foreldrene eller begge hadde et moderat eller alvorlig alkoholmisbruk
- 30.000 barn (2,7%) som bodde i familier der en av foreldrene eller begge hadde et alvorlig alkoholmisbruk

Dette er tall som gjelder for et år. I et livstidsperspektiv vil tallene være enda høyere.

Vi har ikke samme beregninger for barn som bor sammen med foreldre med andre typer rusavhengighet. Alkohol er imidlertid det mest brukte rusmiddelet i Norge, og det meste av misbruket er også knyttet til dette. Misbruk av alkohol er ifølge epidemiologiske undersøkelser om lag ti ganger vanligere enn misbruk av legemidler eller ulovlige rusmidler (Folkehelseinstituttet, 2011).

Enkelte beregninger sier noe om andelen av familier som får tiltak på bakgrunn av rusproblemer. Ser vi på barnevernsstatistikken er foreldrenes rusmisbruk en vanlig begrunnelse for iverksetting av barnevernstiltak. Når det gjelder voksne i tverrfaglig spesialisert rusbehandling har SINTEF beregnet at 11% av pasientene som var innlagt i institusjon på et gitt tidspunkt i 2011 hadde omsorg for barn under 18 år. Samme prosentandel oppgav at de ønsket behandling for å kunne få tilbake omsorgen for egne barn (Ose & Pettersen, 2014).

Når det gjelder gravide med rusproblemer har vi ikke tall på hvor mange som får spesiell oppfølging i kommunene. Blant de kvinnelige pasientene som til enhver tid er innlagt i rusinstitusjon er to prosent gravide. To av tre er frivillig innlagt (Ibid).

I Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) vises det til at det pr. 01.01.11 var født ca. 300 barn av kvinner som har brukt metadon eller buprenorfin i svangerskapet. Utfra de beregninger som er gjort, regner en med at det i tiden framover vil bli født mellom 30 og 60 barn årlig i Norge som har vært eksponert for metadon eller buprenorfin i fosterlivet (Helsedirektoratet, 2012).

1.3 Identifisering av familier som trenger hjelp

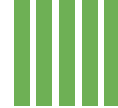
Det er ofte utfordrende å identifisere familier som trenger hjelp. Solbakken og Lauritzen har utarbeidet en modell der de deler familiene inn i fire grupper (Solbakken, 2006).

Gruppe A der rusmiddelproblemet hos foreldrene er kjent og det også er tegn til mistilpasning hos barnet. Disse barna er lettest å identifisere.

Gruppe B der rusmiddelproblemet hos foreldrene ikke er kjent, men barna viser tegn til mistilpasning. Når en ikke kjenner til foreldrenes problemer er det fare for at barnas symptomer behandles uten at en forholder seg til at det er foreldrenes rusproblem som er den sentrale årsaken.

Gruppe C der rusmiddelproblemet hos foreldrene er kjent, men barna ikke viser tegn til mistilpasning. Barna i disse familiene kan framstå upåfallende, og til og med ekstra ressurssterke. Selv om de framstår velfungerende kan de slite med emosjonelle vansker.

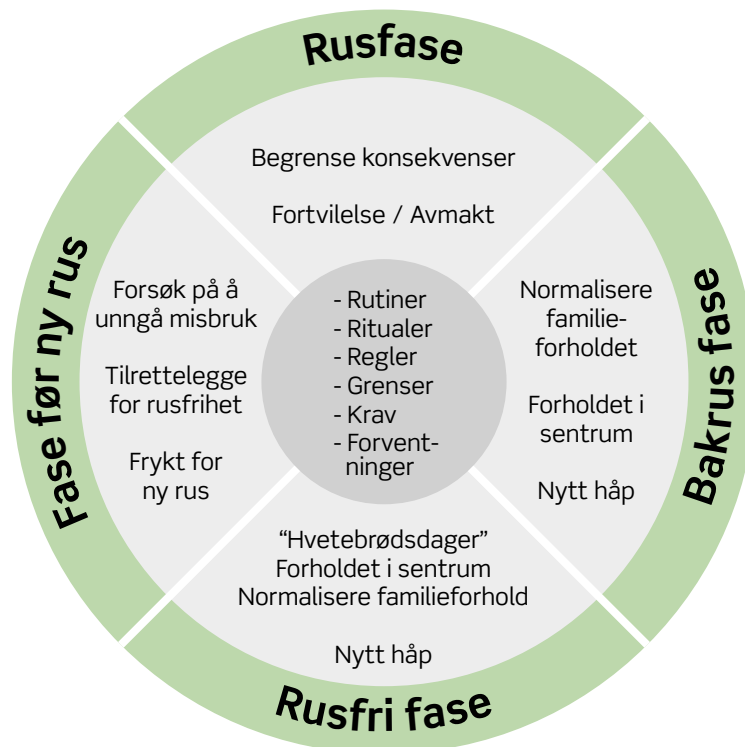
Gruppe D der rusmiddelproblemet foreldrene ikke er kjent, og barna heller ikke viser tegn til mistilpasning. Disse barna er vanskeligst å identifisere og intervensjoner overfor. De kan ha samme emosjonelle vansker som barna i gruppe C.



1.4 Det rusrelaterte familiesamspillet

Et hovedtrekk ved samspillet i familier med rusmiddelproblematikk er at familiens oppmerksomhet rettes mot rusmiddelmisbrukerens skiftende tilstand. Rusmiddelmisbruk kan variere i omfang og hyppighet, men vil alltid bestå av faser som utgjør en «syklus» - rusfase, bakrusfase, edru fase, fase før ny rus.

Plansjen nedenfor er utviklet på Borgestadklinikken og viser de voksnes samhandling som er rammen rundt og setter betingelse for omsorgsutøvelsen. Barna blir også involvert i dette samspillet. Den rusfrie forelderens situasjon er preget av at hun eller han prøver ulike løsningsstrategier i møte med et problem som ligger utenfor egen kontrollmulighet.



Kilde: Borgestadklinikken

Rusmiddelmisbrukets syklus påvirker familien og rutiner, ritualer, regler, grenser, krav og forventninger kan variere i de ulike fasene. Omsorgen for barnet styres i stor grad av de voksnes tilstand, ikke barnets behov. Barnet blir opptatt av å «lese» og tilfredsstille de voksnes behov. Roller byttes og barnet overtar omsorgsoppgaver. Barnets situasjon blir preget av uforutsigbarhet og en konstant beredskap.

Det rusrelaterte familiesamspillet fører til at barnet bruker mye krefter på å forsøke å få kontroll, tilpasse seg og utvikle strategier for å håndtere stadig skiftende spilleregler. Noen opplever en slags «forutsigbar uforutsigbarhet», ved at det samme rusmønsteret går igjen over tid. I andre familier opptrer rusmiddelmisbruket mer tilfeldig. Uansett holdes beredskapen oppe ikke bare i periodene med aktiv rus, men også før og etter. Mange gir uttrykk for at de rusfrie periodene er verst. Da kan barnet være opptatt av å ikke utløse en ny rusepisode. Slik kan det oppleves som en lettelse når forelderen ruser seg. Da slipper barnet å grue seg, og det blir rolig en stund i etterkant.

Familiesamspillet kan føre til svikt fra begge foreldrene. I familier hvor en av foreldrene har et rusmiddelproblem og den andre er rusfri, ser vi at den rusfrie forelder ofte blir fanget i et samspill hvor rusmiddelmisbruket dominerer og en mister fokus på barnets situasjon.

Familier med rusmiddelproblematikk kan være preget av taushet og hemmelighet omkring rusproblemene. Det blir snakket lite om, og blir til en pseudohemmelighet. Familien kan også trekke seg unna sosial omgang med andre for å hindre innsyn i hva som foregår hjemme. Vi vet også at det er beskrevet aktiv bruk av psykisk forsvar gjennom benektelse og bagatellisering. Barna i familiene kan også oppleve løftebrudd, uforutsigbarhet og et høyt konfliktnivå (Hansen, 1990).

For barna kan vanskelighetene føre til økt risiko for å utvikle egne psykiske og fysiske helseproblemer. De kan få atferdsproblemer, skolevansker og har økt risiko for selv å få rusproblemer (Christoffersen & Sothill, 2003; Folkehelseinstituttet, 2011).

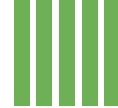
Det er to viktige innfallsporner til å forstå hva som er belastende og skadelig for barn i familier med rusmiddelproblemer. Det er det vonde som skjer, traumatiske opplevelser knyttet til situasjoner med rus. Men det kan også handle om de gode opplevelsene som uteblir. Det handler om opplevelser som er vanlige i vår kultur, som ferieturer, familiesammenkomster og liknende. I arbeidet med rusfamilier kan det være nærliggende å fokusere ensidig på de aktive belastningsfaktorene, den ytre dramatikken som utspiller seg, og som i utgangspunktet kan være lettere både å oppdage og forstå. Mangeltilstander som følge av rus i familien kan imidlertid være av like stor betydning for utvikling av problematikk og hjelpebehov hos barnet. For mange barn vil det dreie seg om en kombinasjon av traumatiske opplevelser og mangeltilstander.

1.5 Samspill og tidlig tilknytning

Forskning viser betydningen av tidlig tilknytning og samspill for barnets utvikling helt fra fødsel og spedbarnsperiode. Rusmiddelmisbruk er en av flere risikofaktorer som kan belaste tilknytnings- og samspillsprosesser. Barnets tilknytning utvikles i de daglige omgivelsene. Barnet er avhengig av hvordan foreldrene klarer å dekke dets grunnleggende behov, gi oppmerksomhet, beskytte og trøste. Når barnets tilknytningssystem aktiveres, utvikles forskjellige tilknytningmønstre (Hart, 2009).

Barn som har erfaring med å få sine behov dekket kan utvikle en *trygg tilknytning*. Mye tilsier at en trygg tilknytning medfører en beskyttelse mot påkjenninger i oppvekst og voksenliv.

Barn som erfarer at foreldrene ikke er fortrolige med at barnet søker nærhet og trøst kan utvikle en *utrygg eller unnvikende tilknytning*. Barnet demper sitt tilknytningsarbeid og prøver å «klare seg selv». Barn som har erfaring med at foreldrenes tilgjengelighet varierer gjør ofte det motsatte. De «skrur opp» sitt tilknytningsarbeid for å forsikre seg om foreldrenes tilgjengelighet. Det kan medføre at disse barna ofte oppleves som klengete og krevende. Disse barna kan utvikle et *utrygt ambivalent tilknytningmønster*. Et barn som utsettes for trussel eller fare av den personen som det er avhengig av kan utvikle *desorganisert tilknytning*. De er ofte vanskelige å forstå seg på fordi deres reaksjoner er uforutsigbare. De har erfaring for at de ikke kan forutse foreldrenes reaksjoner i tilknytningsrelevante situasjoner. Forskning viser at barn som utvikler en desorganisert tilknytning er i risikogruppen for utvikling av sosiale og atferdsmessige problemer (Barne- og familiedirektoratet, 2013).



1.6 Hva beskytter det risikoutsatte barnet

Barn som vokser opp i en familie hvor det er rusmiddelproblemer er ingen heterogen gruppe. Familiene kan ha store livsproblemer men ha ulik omsorgsevne og evne til å fungere (Folkehelseinstituttet, 2011).

Hva vet vi om de mekanismene som kan virke beskyttende mot en negativ utvikling? Her står begrepet «resiliens» sentralt. Det blir ofte brukt som en fornorsket versjon av engelske «resilience». Resiliens betyr å klare seg på tross av risiko og defineres som prosessen som gjør at utviklingen når et tilfredsstillende resultat til tross for at barnet har hatt erfaringer som innebærer relativt stor risiko for å utvikle problemer eller avvik (Borge, 2010).

Den danske forskeren Helle Lindgaard (2006) peker på betydningen av i hvilken grad en rusfri forelder kan kompensere for den som har et rusmiddelmisbruk. Hun peker videre på betydningen av informasjon og følelsesmessig støtte, og at konfliktnivået i familien holdes nede. I følge Bente Haugland (2012) er familiens sosioøkonomiske status en viktig faktor, og hvorvidt familien har sosial støtte og et sosialt nettverk. Haugland beskriver også betydningen av opprettholdelse av rutiner og ritualer i familier der en av foreldrene misbruker rusmidler.

Egenskaper hos barnet selv kan også virke beskyttende og verne det, til tross for at det er risikoutsatt. Det handler om barnets intelligens, temperament, den sosiale kompetansen det har og evnen til å knytte bånd til personer rundt seg. Det å ha tilgang til et ytre støtteapparat i skolen og/eller på fritiden er betydningsfullt. Videre tro på egen mestring, grad av sårbarhet, om barnet har et positivt selvbilde og evne til å distansere seg fra det som er vanskelig hjemme (Borge, 2010).

Skolen er en viktig arena for barn med store belastninger i oppveksten. Her er store muligheter for mestring, gode opplevelser og faglig og personlig utvikling som kan være en beskyttende faktor. Det gir økt selvfølelse. Positive relasjoner til voksne som støtter, anerkjenner og gir trygge grenser er viktig for dem, samt det å ha anledning til å utfolde seg sammen med jevnaldrende. Forskning viser at å styrke barnets kognitive og sosiale funksjoner gjør det mindre sårbart for en rekke problemer (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 2013).

1.7 Mulige symptomer hos barn

Tegn på at et barn lever med foreldre med rusproblemer er forskjellige fra barn til barn, og kan variere med barnets alder. Mange symptomer er også sammenfallende med tegn barn viser når de lever i andre vanskelige livssituasjoner. Barn som har foreldre med for eksempel psykiske problemer kan oppleve samme typer vansker knyttet til skamfølelse, uforutsigbarhet, familiehemmeligheter, uro, overdreven ansvarsfølelse og høyt konfliktnivå.

I Helsedirektoratets veileder «Fra bekymring til handling» beskrives tegn som kan vekke bekymring:

- Tristhet, mangel på mimikk, konsentrasjonsproblemer, ufrivillig vannlating og avføring, motorisk uro, angst, problemer med venner og sosial tilhørighet, følelsesmessig ustabilitet
- Manglende matpakker og gymtøy, dårlig eller skittent tøy, manglende tilbakemeldinger fra foreldre på skoleoppgaver eller meldinger til hjemmet, høyt fravær, mye syk, manglende hjemmearbeid

- Observasjoner av samspill mellom foreldre og barn kan indikere at barnet lever med foreldre med rusproblem/omsorgssvikt. Er samspillet preget av konflikt? Viser foreldrene lite medfølelse med barnet og har i liten grad sin oppmerksomhet rettet mot barnet? Er barnet ekstremt opptatt av foreldrene?
- Barn kan også kompensere for foreldrenes manglende omsorg ved å være overdrevet ansvarlige og tilpasningsdyktige (Helsedirektoratet, 2009).

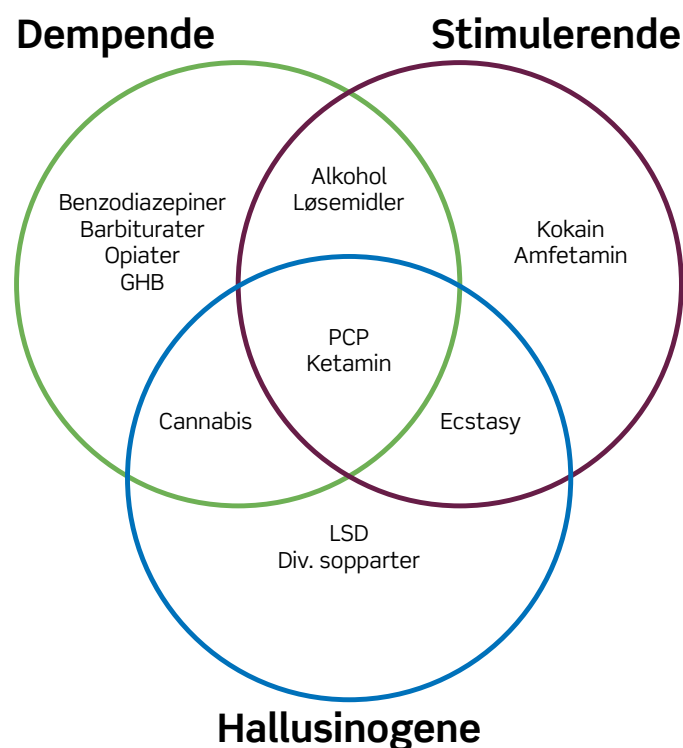
Noen barn vil vise tydelige tegn, og vil til og med fortelle åpent om alvorlige episoder i hjemmet. Andre barn skjuler at noe er galt. De kan fungere godt og kan ytre sett ha det tilsynelatende bra. Dette kan handle om ambivalens knyttet til skam, skyldfølelse, tabuisering, frykt for represalier og barns sterke lojalitet til sine foreldre. Ambivalensen kan gi seg utslag i motstridende krefter i barnet. Barnet har behov for å bli sett og ivaretatt samtidig som det ønsker å skjule hva som foregår.

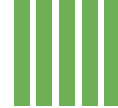
1.8 Mulige symptomer hos voksne

Tegn på at foreldre har problemer med rus kan variere fra person til person avhengig av alvorlighetsgrad, sosial tilhørighet, nettverk og psykisk helse. Mulige tegn kan være:

- Påfallende trøtthet/mye fravær etter helger over lengre tid
- Lukter av alkohol eller er synlig ruset
- Problemer med å holde avtaler
- Fravær av interesse for barnas skolegang eller barnehagesituasjon
- Manglende oppfølging av barnas fritidsinteresser
- Dårlig økonomistyring, prioriterer ikke tiltak for barna
- Mye fravær fra arbeid eller utdanning
- Forandring over tid i interesser, humør og temperament (Helsedirektoratet, 2009).

Hovedgrupper rusmidler:





De forskjellige rusmidlene kan gi noe forskjellige symptomer. Vi deler rusmidlene inn i tre hovedgrupper: dempende, stimulerende og hallusinogener. Modellen her viser hvilke hovedgrupper de mest brukte rusmidlene hører til. Noen rusmidler, som for eksempel alkohol, kan gi til dels både dempende og stimulerende effekt.

For mer informasjon om rusmidlene, se fakta om rusmidler på Folkehelseinstituttets hjemmeside.

1.9 Komplekse livssituasjoner

Rus, vold og psykisk helse er ofte knyttet tett sammen. Når man drikker alkohol øker sannsynligheten for at man både utsetter andre for vold, og at man selv utsettes for vold. Hvor ofte man drikker ser ut til å ha større betydning enn mengden alkohol (Pape & Stefansen, 2004). En regner med at så mange som ca. 70% av alle voldsforbrytelser har med alkohol å gjøre (Barne- og familiedepartementet, 2000).

En landsdekkende undersøkelse i Norge (Haaland, Clausen, & Schei, 2005) viser at omfanget av vold i nære relasjoner er omfattende. Mer enn 25% av alle kvinner over 15 år har opplevd vold fra ektefelle eller samboer. Vi vet at vold ofte utøves i sammenheng med rus, og at når dette foregår i hjemmet blir barna også rammet. Det er uforutsigbart og utrygt å leve med rusmiddelproblematikk og vold i hjemmet.

HUBRO, en helseundersøkelse av befolkningen i Oslo utført av Folkehelseinstituttet, viser en klar sammenheng mellom å bo sammen med noen med alkoholproblemer og å være utsatt for vold, seksuelle overgrep og trusler som voksen. Det å være utsatt for mishandling, vold og overgrep kan få store konsekvenser for den utsattes psykiske helse. I tillegg kan rus, vold og dårlig psykisk helse forringe foreldrenes omsorgsevne. Forskning viser også at kvinner med psykiske plager kan være mer utsatt for vold (Hjemdal, Sogn, & Schau, 2012).

Forekomsten av en negativ faktor i et barns liv øker risikoen for ytterligere negative forhold. Når det utøves vold mellom foreldrene er det større risiko for at barna i tillegg blir utsatt for seksuelle overgrep. Når barn lever med foreldre som ruser seg eller er psykisk syke, øker dette risikoen for at de utsettes for vold, og det medfører også at de tar mer skade av volden. De ulike belastningene ser ut til å forsterke skadevirkningene. Dette kalles polyviktisering. Summen av belastningene er større enn delene (Steinsvåg & Heltne, 2011).

Familier som har komplekse livssituasjoner der rus, vold og dårlig psykisk helse er en del av hverdagen, vil dermed ha sammensatte behov for hjelp og støtte.

1.10 Psykososial kartlegging

Foreldre vi kommer i kontakt med kan ha varierende omfang av problemer når det gjelder bruk av rusmidler. I den ene enden av skalaen kan det være snakk om et par som venter sitt første barn og er godt etablert både når det gjelder arbeid, bolig og nettverk, men har et alkoholforbruk som bør justeres av hensyn til den kommende omsorgsrollen. I den andre enden av skalaen kan det være snakk om et par med langvarig og alvorlig rusmiddelproblematikk som mer eller mindre preger hele familielivet, og der barna allerede har opplevd traumatiske hendelser knyttet til rus. Mellom disse ytterpunktene finner vi alle nyanser.

Psykososiale forhold kan i stor grad også prege foreldrenes mulighet for å gi barna en trygg omsorgssituasjon. For noen vil rusen prege de fleste områder i livet, og de vil ha behov for sammensatte hjelpetiltak som favner mange områder av livene deres og involverer flere

tjenester (Wiig, Haugland, Halså, & Myhra, 2014). For andre er en utvidet samtale tilfredsstillende hjelp.

Riktig tilpasset hjelp er avhengig av et godt kartleggingsarbeid. For rett hjelp må vi ha rett «diagnose», og oversikt over både utfordringer og ressurser. Under beskriver vi områder som kan være aktuelle å gjøre en vurdering av, avhengig av kompleksiteten i familiens problemer. Oversikten er basert på en kartlegging som kan gjøres i alvorlige og sammensatte saker. Enkelte elementer kan være aktuelle å kartlegge i mindre alvorlige saker. Der det er to foreldre kan deres forhold til rus være meget forskjellig. Avklaring av dette er også en del av kartleggingen.

Parets historie

Det å bli foreldre er utfordrende for et par. Hvor godt de kjenner hverandre henger blant annet sammen med hvor lenge forholdet har vart. Hvordan løser de problemer og hvordan takler de stress. Hvordan preger rusen historien deres som par og dagliglivet deres nå. Er det snakk om et par med alvorlige rusproblemer vil livet bli preget av om de har kjent hverandre fra rusfrie perioder. Kartlegg også deres forhold til rus individuelt.

Rushistorie

Parets rushistorie gir viktige opplysninger. Det handler om hvor gamle de var da de prøvde rusmidler første gang, hvor mange år har de brukt rusmidler regelmessig, hvilke rusmidler de har brukt, hvilke rusmidler de har brukt i tiden før graviditeten ble oppdaget, omfang av bruk, eventuelt tidligere behandling både poliklinisk og ved institusjonsinnleggelse.

Beskrivelse av barna

Barn kan reagere forskjellig på foreldrenes problemer. Hvis det er flere barn i familien må en få en beskrivelse av hvert enkelt barn. Snakk med foreldrene eller barnet selv om barnets forhold til venner, posisjon i familien og spesielle utfordringer. Har noen snakket med barna om problemet, og i så fall hvilke forklaringer er gitt? Forhør deg også nærmere om foreldrenes kontakt med barnehage, skole og fritidsarenaer. En kartlegging av barnets situasjon kan gjøres ved samtale med foreldrene eller i samtale med barnet, se kapittel 3.5, Samtale på bakgrunn av konkret bekymring og kapittel 3.7 Samtale med barn.

Rusens betydning

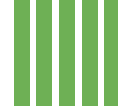
For å kunne forstå graden av avhengighet kan det være meget relevant å etterspørre i hvilke situasjoner de bruker rus? Hva anses som positive og attraktive rusvirkninger? Det kan for eksempel handle om smertelindring eller beroligende effekt. Rus kan også brukes som selvmedisinering for å dempe psykiske plager. Har de kunnskap om rusens konsekvenser for barnet og for dem selv som foreldre? Er problemet holdt hemmelig?

Forhold til skole, utdanning, arbeid

Bruk av rus kan påvirke skoleprestasjoner og arbeidsforhold. Det kan være viktig å snakke om hvordan rusen kan ha påvirket resultatene fra skolegangen. Hvor hen befinner de seg i løpet nå? Har de grunnskolen, påbegynt eller avsluttet videregående utdanning, eller har de utdanning utover dette? Erfaringer fra jobber - kortvarige eller faste - og hvorvidt de er i jobb nå har stor betydning for deres videre liv.

Økonomi

Økonomi og inntekt er en grunnleggende del av tilværelsen. Er inntektskilden slik at de kan forsørge en familie? Klarer de å disponere penger på egenhånd slik at de kan ta ansvar for betaling av faste utgifter og beholde hjemmet? Omfang av eventuell gjeld og hvordan gjelden blir betjent viser om de har struktur og oversikt. Noen må ha hjelp til forhandling med kreditorer.



Bolig

Det må vurderes om de har en bolig som egner seg som bolig for barn, og om de kommende foreldre klarer å sørge for vanlig orden og renslighet. Er det et trygt miljø eller er det preget av rus og vold? Hjemmebesøk kan være nødvendig for å vurdere slike forhold.

Daglige rutiner og aktiviteter

Dagsrytmen er viktig når man skal ha ansvar for barn. Det er viktig å snakke om hvordan en vanlig dag er. Når står de opp, og opprettholder de tilnærmet normal døgnrytme? Har de regelmessige måltider med variert kost? Hvordan inntar de måltider, foran TV eller kan de skape en hyggelig stemning rundt et måltid? Markering av vanlige høytider som 17. mai og jul kan være gode samtaleemner, da noen vil trenge tips og kunnskap om hvordan de kan lage gode rutiner og tradisjoner. Det er også viktig å snakke om hvor mye av dagen foreldrene bruker til å skaffe rus og ruse seg.

Nettverk

Nettverk er viktig for alle i familien. Hvilken kontakt har paret med foreldre og søsken? Kommer de fra en familie preget av rusproblemer? Får de støtte i foreldrerolle fra familie, eller må de eventuelt skjerme barnet fra familiemedlemmer som ruser seg? Har de opprettholdt kontakt med venner som ikke ruser seg, og har de venner som har barn som de kan ha fellesskap med?

Fysisk og psykisk helse

Rus kan ha innvirkning på fysiske sykdommer eller psykiske lidelser, og det er viktig å kartlegge den generelle helsetilstanden. Noen kan ha vært utsatt for traumer. Ved graviditet, kartlegg spesielt om kvinnen har vært utsatt for overgrep som kan medføre problemer med å gjennomføre kontroller, eller har en spesiell angst for fødselen.

Kriminalitet

Det kan være aktuelt å kartlegge om foreldrene er under etterforskning for kriminelle forhold eller om de er domfelte. Vurder alvorlighetsgrad og kartlegg spesielt om de er dømt for voldelige handlinger. Har de dommer som venter? Kriminalitet er ofte knyttet til skam, og det er viktig å tematisere dette på en respektfull måte.

Del 2

Rusproblematikk og graviditet





2.1 Rusens påvirkninger på forberedelse til foreldrerollen

Svangerskap er en tid med store endringer for de vordende foreldrene. Hos kvinner gjennomgår kroppen fysiske endringer, samtidig som det foregår indre psykologiske prosesser. Barnet blir til i morens tankeverden og hennes følelser. Det dannes følelsesmessige bånd, som gjør henne i stand til å bli mor og ha ansvar for et barn. Parforholdet får en ny dimensjon, og graviditet gir både kvinnen og partneren nye roller i samfunnet. Det å skulle bli foreldre medfører for de fleste sterke følelser av både forventning, glede, usikkerhet og ansvar.

Vordende foreldre kan ha varierende grad av problemer når det gjelder bruk av rusmidler. I den ene enden av skalaen kan det være snakk om et par som er godt etablert både når det gjelder arbeid, bolig og nettverk, men har et alkoholforbruk som bør justeres av hensyn til kommende omsorgsrolle. I den andre enden av skalaen kan det være snakk om et par med langvarig og alvorlig rusmiddelproblematikk som mer eller mindre preger hele livet deres. Mellom disse ytterpunktene finner vi alle nyanser. Forekommer det alvorlig rusmiddelbruk hos den ene av de kommende foreldrene, kan dette gi gi konsekvenser for hvordan de forbereder seg på den nye rollen. Det er ikke alltid begge foreldrene er like klare for endring. Noen ganger kan et svangerskap føre foreldrene sammen, mens i andre saker kan det at den ene opprettholder rusmiddelbruken føre til brudd.

Den nye rollen som foreldre påvirkes av kvinners og menns tidligere erfaringer, både de gode og de vanskelige erfaringene. Hvor mye rusen har preget deres historie og påvirket livsstilen, kan si noe om de vordende foreldrenes evne til å ta seg av et barn, se kapittel 1.10. Psykososial kartlegging.

Vordende foreldre som har vokst opp med rusmiddelproblematikk og psykososiale utfordringer i hjemmet, kan mangle gode modeller for utvikling av egen foreldrerolle. Det kan være nyttig at de får hjelp til å sortere erfaringene sine, reflektere over hva de ønsker å bringe med seg videre og hva de ikke ønsker å gi videre til barnet.

Gravide er ofte tilgjengelige og åpne for å dele sine tanker om morsrollen. Tilknytning til det ufødte barnet og et ønske om å bli gode mødre, gjør at svangerskapet er en tid som gir utgangspunkt for endringsmuligheter. En undersøkelse av rusmiddelbrukende gravide viser at selv om svangerskapet ikke var planlagt, ønsket kvinnene å bli mødre og de håpet at livssituasjon skulle endre seg når de skulle stifte ny familie. Dette var avgjørende for at kvinnene tok valget om å bære fram barnet (Dahl & Hecksher, 2007).

2.2 Tilknytning til det ufødte barnet

Det har stor betydning at de kommende foreldrene knytter seg til barnet gjennom svangerskapet. Tilknytning til barnet dannes gjennom følelsesbånd som sikrer barnets fysiske og psykiske overlevelse i en utfordrende verden. Mødre som har fått en trygg tilknytning er gjennomgående mer følelsesmessige tilgjengelige og lydhøre for sine barns signaler. De er mer årvåkne for sine barns behov, både når det gjelder nærhet og trøst og impulser til selvstendig utforskning. Barn som opplever gode følelsesbånd til sine foreldre vil ha mulighet til å utvikle god fleksibilitet, nærhetssøking og autonomi. De lærer seg balansen mellom å utforske nye ting og å søke trøst og nærhet når de trenger det. Barn som ikke opplever beskyttelse, men opplever at omsorgspersonene selv blir en kilde til frykt, fanges mellom motstridende impulser og kan få et forstyrret følelsesapparat og bli traumatisert (Wennerberg, 2011). Hos gravide som ruser seg kan det være vanskelig å fokusere og knytte seg til barnet. For noen kan det også være usikkert hvorvidt de skal få omsorgen for det ufødte barnet etter fødselen. Redselen for å bli fratatt omsorgen for barnet kan oppleves som en stor belastning. Uansett hva som skjer etter fødselen er det av stor betydning at den gravide skaper følelsesbånd til barnet mens det er inne i magen.

Tilknytningen kan fremmes ved å undre seg sammen med de kommende foreldrene over hvem barnet i magen er. Dette kan gjøres i samtale om disse temaene:

- Snakke om barnet, og hvilke drømmer de har for barnet
- Etterspørre og bruke navn / kallenavn på barnet
- Undre seg over fosterbevegelsene i forhold til personlighet, temperament og egenskaper
- Fokusere på praktisk planlegging, klær og utstyr
- Etterspørre foreldrenes opplevelse av å se barnet ved ultralydundersøkelse og vise interesse for bildene
- Undre seg over forventninger til kjønn
- Snakke sammen om forventninger i barnets nettverk (Brodén, 2004).

2.3 Levevaner

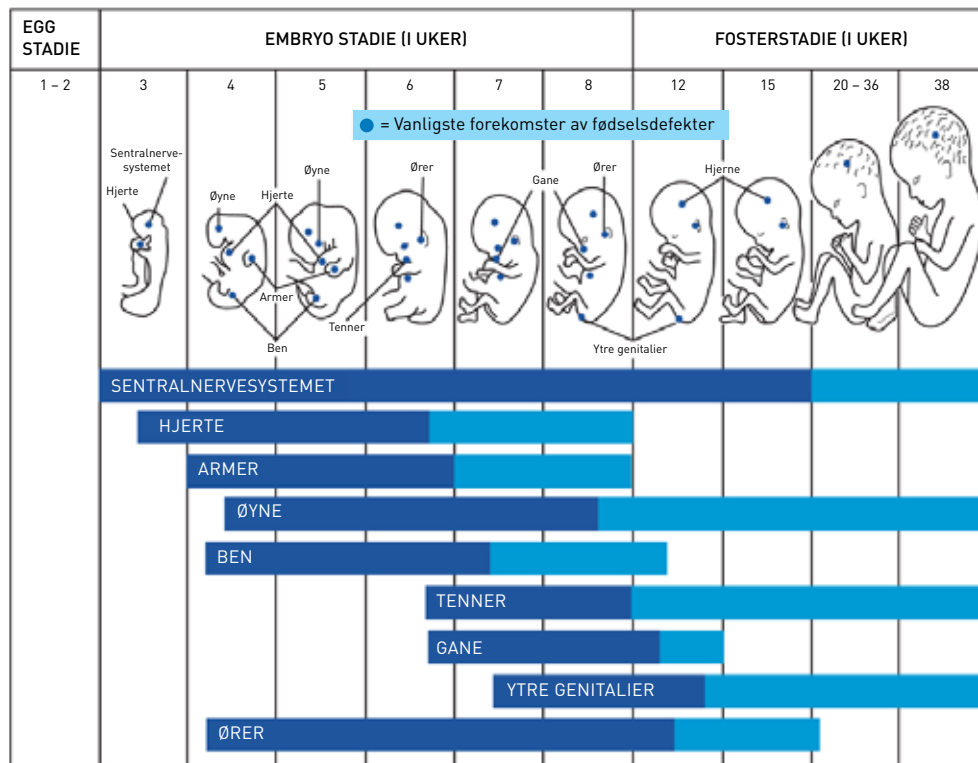
Rusmiddelbruk og graviditet oppfattes av de fleste som uforenelig. I tillegg til rusmiddelproblematikk kan foreldrene ha ulike vansker i hverdagen. Det kan handle om å ha en struktur på daglig stell og gjøremål. Noen trenger hjelp og støtte til å få en normal og sunn døgnrytme og til å organisere dagens innhold. Egenomsorgen kan være begrenset, og det er viktig å kunne klare å ivareta de primære behovene hos seg selv før man får ansvar for et lite barn. Mange kan også slite med å få til et godt kosthold og organisere faste måltider. En undersøkelse viser at selv om rusmiddelbrukende gravide opplever at de endrer matvaner i svangerskapet, kan det være store sprik mellom hva som anbefales av myndighetene av ernæring og hvilke endringer kvinnene gjør. Det kan for eksempel være at kostholdet endrer seg kvantitativt, kvinnene får økt oppmerksomhet på at de spiser noe hver dag. Mens hva de kvalitativt inntar, får mindre betydning. Kostholdet kan dermed være usunt, ensidig og mangle viktige næringsstoffer. Det kan også være en stor utfordring å slutte med både rus og røyk. Undersøkelsen viser at kvinner ofte prioriterer å slutte med rus framfor røyk (Dahl & Hecksher, 2007).

Noen foreldre vil trenge hjelp til å få orden på sin økonomi, og til å kunne planlegge og fordele de utgifter som er i husholdningen. Utstyr til det nye barnet som kommer kan det være bra å få gode innspill på, slik at de er forberedt og samtidig ikke bruker unødvendig mye penger på ting de egentlig ikke trenger. Det er viktig å kartlegge hvilke endringer som gjøres, anerkjenne deres egne risiko- og skadereduserende strategier og motivere til videre endringsarbeid der det trengs.



2.4 Fosterutvikling og risiko

Korus Bergen – Stiftelsen Bergensklinikkene



Oversatt og tilrettelagt for norsk av Bergensklinikkene fra Coles (1994)

Utviklingen av de ulike organer hos foster skjer i forskjellige tidsrom. I disse tidsrommene er også de spesifikke organene mest utsatte for påvirkninger. Kosthold, røyk, stråling og rus er eksempler på ytre faktorer som kan påvirke vekst og utvikling.

I fosterlivet er hjernens utvikling prioritert. Allerede fra unnfangelsen foregår et dynamisk samspill mellom de genetiske og medfødte forutsetningene, og det miljøet man er en del av. Hjernen er følsom for både gode og skadelige påvirkninger i denne perioden. Ved fødselen er nesten alle nevronene utviklet, og hjernen veier ca 10% av fosterets totale vekt. Hjernen er videre avhengig av stimulering og erfaring fra miljøet for å få en god utvikling og modning (Hart, 2011).

2.5 Forskning på rusrelaterte fosterskader

Forskningen på konsekvenser for fosteret når mor bruker legale eller illegale rusmidler under graviditeten er kompleks. Det kan av flere grunner være vanskelig å skille ut hvilken effekt et spesifikt rusmiddel har på fosterets helse. Det kan være at mor underrapporterer, og at en også må korrigere for hennes helse og ernæringstilstand og at hun røyker m.m. Arvelige faktorer, samspill med barnet, omsorgsmiljø og sosioøkonomiske forhold vil også virke inn og kan gjøre det vanskelig å konkludere. Behovet for forskning på dette området er stort! Det er grunn til å tro at flere skadevirkninger vil bli avdekket i årene som kommer. Rusmidler bør unngås i svangerskapet. Der det er usikkerhet om skadevirkningen må «føre var-prinsippet» gjelde.

2.6 Alkohol og graviditet

Når en gravid kvinne inntar alkohol fordeles alkoholen i blodet via mage og tarm, og overføres videre til barnet via morkaken. I løpet av få minutter sirkulerer alkoholen i fosterets blod, og fosteret får raskt samme promille som mor. Noe av alkoholen kommer også over i fostervannet som fosteret drikker. Barnet får dermed i seg mer alkohol enn moren, og bruker lengre tid på å bryte den ned og få alkoholen ut av kroppen. En alkoholmengde som ikke har noen merkbar langtidseffekt hos moren, kan gi varige skader hos barnet ved at den kan hemme vekst i celler og vev og forstyrre dannelsen av livsviktige organer. Alkoholinntak kan være skadelig i hele graviditeten. I de tre første månedene anlegges de forskjellige organene, og dette er derfor en sårbar periode, da alkoholinntaket kan føre til misdannelser i disse. Tidspunktet for alkoholinntak i svangerskapet vil være avgjørende for hvilke organer som kan skades (Sosial- og Helsedirektoratet, 2006).

Alle svangerskap er forskjellige. At moren drikker i svangerskapet påvirker ikke alle fostre på samme måte. Fostre har ulik sårbarhet. Det betyr at samme mengde alkohol kan gi forskjellige utslag. Den gravide kvinnen trenger ikke å ha et jevnt inntak av alkohol for at barnet kan bli påført skade. Forskning har vist at et høyt inntak av alkohol øker faren for føtale alkoholskader. Til og med moderat inntak av alkohol kan gi nevrologiske skader (Flak et al., 2014).

Bruk av alkohol tidlig i svangerskapet kan gi økt risiko for spontanabort. I alle faser av svangerskapet kan alkohol redusere fosterveksten. Skadene fosteret blir påført er varige (Sosial- og Helsedirektoratet, 2006).

Sosial- og helsedirektoratet nedsatte i 2004 en ekspertgruppe som fikk i oppgave å utarbeide en nasjonal strategi for forebygging av alkoholrelaterte fosterskader. I 2006 kom rapporten «Alkohol og graviditet», der ekspertgruppen også oppsummerer aktuell forskning innen feltet. Denne rapporten danner grunnlag for at vi i Norge har fått en retningslinje som tilsier at vi skal anbefale totalavhold i graviditet. På nettsiden nofas.org og nettsiden fasdcenter.samhsa.gov finnes det oversikt over nyere forskning.

Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) er en internasjonal samlebetegnelse for et vidt spekter av skader som er forårsaket av alkoholbruk i svangerskapet. En diagnose under FASD er Føtalt alkoholsyndrom (FAS). Dette innebærer veksthemning, skader på sentralnervesystemet og karakteristiske ansiktstrekk: smal overleppe, glatt leppefure og korte øyespalter. Videre bør det være kjent at mor drakk alkohol i svangerskapet. Andre betegnelser som brukes er delFAS, partiell FAS, Alcohol Related Neurodevelopment Disorder (ARND) og Alcohol Related Birth Defect (ARBD). Forekomst av FASD og FAS er sannsynligvis underrapportert i Norge grunnet for lite kunnskap om emnet (Elgen, Bruaroy, & Laegreid, 2007). For å kunne forebygge, intervensjon tidlig og behandle alkoholskader er det svært viktig at en både har fokus på emnet og kunnskap om det.

Noen gravide kvinner har drukket alkohol før de visste at de var gravide. Dette kan skape bekymring. Det er viktig å møte disse kvinnene på en respektfull og god måte og motivere dem til å kutte helt ut alkohol i resten av svangerskapet. Hver dag man lar være å drikke er et bidrag til at barnet får en god start. Alkohol er det rusmiddelet som gir de største konsekvensene for barnet (ibid). Til tross for at alkoholrelaterte skader er fullt mulige å forhindre, er de i dag en av de vanligste årsakene til utviklingshemning i den vestlige verden (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011-2012).



2.7 Bruk av andre rusmidler og mulig påvirkning på fosteret

Denne oversikten ble utarbeidet i november 2014 av avdelingsoverlege Yngvar Torjussen ved Borgestadklinikken etter gjennomgang av nyere forskning.

Vi viser ellers til Folkehelseinstituttets hjemmeside der det under «Fakta om ulike rusmidler» også er tatt med en del rusmidlers mulige påvirkning på fosteret. Videre vises til kapittelet «Narkotika og legemiddelmisbruk i svangerskapet» i Veileder i fødselsmedisin utgitt av Norsk Gynekologisk Forening (H. Nordeng og M. Jeppestad 2014).

Cannabis

Cannabis er det mest brukte illegale narkotiske stoffet i Norge. Nyere forskning, der en har gått igjennom de siste 20 års data, viser at 1 av 10 som har brukt cannabis utvikler en avhengighet av stoffet, for ungdom og unge voksne så mange som 1 av 6 (Hall & Degenhardt, 2014).

Bruk av cannabis kan gi redusert fødselsvekt, for tidlig fødsel samt gi abstinenssymptomer hos den nyfødte. Det er foreløpig ikke vist at det kan føre til misdannelser. Det er vist i flere studier at barn født av mødre som har brukt cannabis i svangerskapet har økt risiko for å utvikle atferdsforstyrrelser i forhold til oppmerksomhet, impulsivitet og evne til problemløsning.

THC er hovedkomponenten for ruseffekt og de skadelige effektene ved cannabisbruk. THC-innhold i cannabisprodukter har de senere årene vist en relativt kraftig økning. Mye av den forskningen som foreligger i dag baserer seg på relativt lavgradig bruk av cannabis med lavt THC-innhold (Marihuana). Det er grunn til å frykte at det i framtiden vil bli dokumentert flere skader både på bruker og foster. Cannabis frarådes under graviditet.

Opioider

Blant kvinner som misbruker opioider i svangerskapet, er det høyere forekomst av spontanaborter, for tidlig fødsel, og lav fødselsvekt. Det er økt risiko for krybbedød. De nyfødte barna kan få kraftige abstinenssymptomer etter fødselen og ha behov for nedtrapping på morfin. Det er risiko for langvarige funksjonsforstyrrelser de første månedene og mulige lære/atferdsvansker i barneårene. Vanlige opioider er heroin, morfin, kodein, metadon, buprenorfin og oksykodon. I medisinsk behandling benyttes også en rekke andre opioider (fentanyl, petidin m.fl).

Amfetamin

Amfetamin kan gi økt risiko for spontanabort, morkakeløsning, for tidlig fødsel, fødselskomplikasjoner og misdannelser bl.a. i hjerte. Inntak av større mengder amfetamin i svangerskapet kan føre til abstinenssymptomer hos det nyfødte barnet. Det er videre risiko for hjerneblødning. Noen studier har vist at barn av mødre som misbrukte amfetaminer i svangerskapet senere kan utvikle atferdsvansker og svekket intelligens.

Kokain

Kokain er et kraftig sentralstimulerende stoff i likhet med for eksempel amfetamin. Røyking, injisering og sniffing av sterke kokainforbindelser gir hurtig innsettende og kraftig rus, med stor fare for avhengighetsutvikling.

Det er risiko for spontanabort, morkakeløsning, for tidlig fødsel, lav fødselsvekt og redusert lengdevekst. Enkelte studier viser også mindre hodeomkrets ved fødsel. Noen studier viser misdannelser hos fosteret blant annet i blodårer, urinveier og nyrer, mens andre studier ikke viser tilsvarende misdannelser. Bruk av kokain kan gi hjerneskade på grunn av surstoffmangel.

Barnet kan få en forsinket motorisk utvikling, manglende affektkontroll og oppmerksomhets- og atferdsvansker.

Benzodiazepiner

Benzodiazepiner under graviditet er i enkelte studier assosiert med enkelte misdannelser, blant annet leppe- og ganespalte, andre studier har ikke funnet slik sammenheng. Generelt er risikoen for misdannelser lav ved lave terapeutiske doser. Det er ikke kontraindisert, men bør unngås i første trimester og kun gis etter nøye vurdering senere i graviditeten.

Når benzodiazepiner brukes i siste del av svangerskapet, kan de også være årsak til «Floppy infant syndrome», en tilstand hvor nyfødte er slappe, med lavt blodtrykk, dårlig temperaturregulering og dårlig sugesevne. Slappheten hos barnet påvirker også det viktige tidlige samspillet med omsorgspersoner. De nyfødte barna kan få abstinenssymptomer.

Khat

I en studie ble det vist at barn født av kvinner som brukte khat i svangerskapet, hadde signifikant lavere fødselsvekt enn barn født av kvinner som ikke bruker khat. Dyrestudier har vist at blodstrømmen til morkaken blir redusert ved khatbruk, noe som kan påvirke barnets vekst. Gravide som bruker khat, har ifølge studier økt sykkelighet. Studier tyder på at virkestoffet i khat går over i morsmelk, og omdannelsesprodukter av khat kan påvises i urin hos barn som ammes.

Ecstasy

Noen studier har vist at bruk av ecstasy i svangerskapet gir økt risiko for redusert fostervekst. Ecstasy er et sentralstimulerende middel som har mange av de samme virkningene på den gravide og fosteret som bruk av amfetamin.

2.8 Tverrfaglig hjelp

Kommunen skal tilby hjelp til kommende foreldrepar når det gjelder bruk av rusmidler, se kapittel 4,1. Livssituasjon og problemer kan være svært varierende, og i svangerskapet må en gjøre en vurdering av hva slags behov for hjelp og støtte de kommende foreldrene har. Det kan handle om et par som på egenhånd kan gjennomføre justeringer i livsstil, eller det kan være et par som har behov for støttetiltak. Hos noen vil problemene være så alvorlige at en må forberede en omsorgovertakelse allerede ved fødsel.

Tidsaspektet har stor betydning i graviditetsperioden. Det er viktig at den gravide kvinnen får hjelp til å stanse bruken av alle rusmidler så fort som mulig for å hindre skade på barnet. Hvis paret må gjennomføre betydelige endringer i livsstil, må de så raskt som mulig få hjelp til å starte på denne endringsprosessen.

Der det avdekkes omfattende rusmiddelproblematikk i svangerskapet, er det viktig å få igang et tverrfaglig samarbeid. Kommuner er organisert på ulikt vis, og det er viktig at jordmor og fastlege kjenner til de ulike faggruppene i sin kommune og hvordan de kan kontaktes. Samarbeidspartnere kan for eksempel være rustjenesten, barnevernet, kommunepsykologer, familiekontor og NAV. Se mer om samarbeid, rettigheter og plikter angående tverrfaglig arbeid i kapittel 4.

Gravide som lever med rusbruk kan ha dårlige erfaringer når det gjelder tillit til andre mennesker. Det er av stor betydning at mennesker i hjelpeapparatet viser varme og omsorg, slik at man får bygget opp en så god relasjon som mulig til kvinnen. Manglende tillit kan føre til hemmeligholdelse, dårligere forutsetninger for å avdekke rusbruken og derved manglende muligheter for oppfølging av risikoutsatte barn. I det tverrfaglig arbeidet med gravide er det



derfor viktig at det er åpenhet og ærlighet om de tanker og vurderinger som gjøres. Dette gjelder også foreldrenes omsorgsevne. Noen rusmisbrukende kvinner og menn kan ha en atferd som utfordrer helsepersonellets opplevelse av deres tillit og troverdighet. Felles mål og åpenhet hos behandler og de kommende foreldrene kan gi tillit og tiltro og kan aktivere ressurser, også hos klienter som er noe ustabile og lever under kaotiske forhold (Dahl & Hecksher, 2007).

2.9 Kartlegging av rusbruk i svangerskapsomsorgen

«Helsekort for gravide» er journalen som lege og jordmor bruker i svangerskapet. Helsekortet oppbevares av kvinnen selv. På Helsekortet er det en egen rubrikk for kartlegging av alkoholforbruk som kategoriseres etter hyppighet av inntak; «daglig», «av og til» og «nei». Det er en rubrikk for avkryssing av «stoffmisbruk». Det er også en rubrikk for bruk av «faste medikamenter» som graderes etter «daglig» eller «av og til». Når det gjelder medikamentbruk bør en også huske å spørre om vandedannende medikamenter, evt. også forbruk som ikke er foreskrevet av lege.

Helsekortet er under omarbeiding og forventes å være ferdig tidlig i 2015.

Hvordan helsepersonellet spør har stor betydning for hvilke svar kvinnen gir. Se kapittel 3 om kommunikasjon. På nettsiden snakkomrus.no finner du veiledning i bruk av kartleggingsverktøy som er aktuelle å bruke, som TWEAK (spesielt tilrettelagt for å kartlegge alkoholbruk i forbindelse med graviditet, AUDIT (kartlegging av alkoholbruk) og DUDIT (kartlegging av bruk av narkotiske stoffer og legemidler).

2.10 Fødselsforberedelse

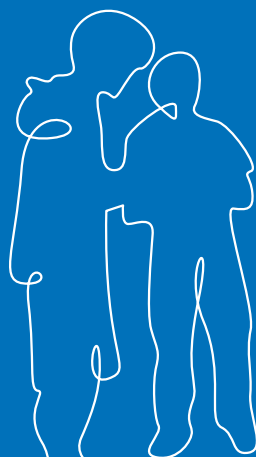
Kvinner som ruser seg kan bære med seg vanskelige livserfaringer som overgrep og misbruk. Vonde barndomserfaringer kan aktiveres når kvinner blir gravide, og dette kan virke forstyrrende inn på både tilknytningsprosessen med barnet, kvinnenenes tanker og følelser omkring fødsel og fødselsforløp. Det er derfor av stor betydning at vi lytter og finner ut hvilke behov kvinnene har. Noen kvinner vil ha nytte av hjelp til å forholde seg til egen historie, og andre kan trenge hjelp til å bearbeide traumatiske erfaringer. Trygghet i seg selv som kvinne og mor er viktig både i foreldrerollen og samlivet. Ifølge Nasjonal retningslinje for svangerskapsomsorgen har jordmor mulighet til å følge tettere opp kvinner med ulike psykososiale behov. Dette vil gjelde for kvinner med rusmiddelproblematikk.

På de fleste sykehus finnes det muligheter for å få samtale med jordmor. Her kan kvinnene stille spørsmål, bli kjent med fødeavdelingens rutiner og lage fødselsplaner sammen med jordmor. En fødselsplan er et dokument som jordmor utarbeider sammen med kvinnen. Utgangspunktet er den enkelte kvinnes spesielle ønsker og behov for støtte og hjelp i fødselsforløpet og barseltiden. Jordmor kan gi faglige råd og veiledning, og sammen kan de skape realistiske forventninger til oppholdet på føde- og barselavdelingen. Fødselsplanen kan oppbevares i kvinnens journal på sykehuset, slik at den jordmoren kvinnen møter på sykehuset får informasjon om det som er viktig. Kvinnen kan eventuelt ha en egen kopi som hun kan oppbevare sammen med Helsekortet for gravide.

Mulighet for smertelindring er et tema mange gravide er opptatt av før fødsel. Kvinner som har et rusmiddelbruk har samme rett til smertelindring under fødsel som andre kvinner. En bør vise varsomhet med å gi kvinnen sterke smertelindrende medikamenter over tid, men det er ingen generelle anbefalte restriksjoner for disse kvinnene i fødselsforløpet.

Del 3

Samtale om rus i familieperspektiv





3.1 Barrierer i møte med rusrelaterte problemer

Å være redd for å ta feil er kanskje den største barrieren fagpersoner har i møte med rusmiddelproblematikk. Vi ved KoRus - Sør erfarer i prosjektarbeid og undervisning at redselen for å ta feil, å miste relasjonen til vedkommende, å tillegge noen et problem de ikke har og kanskje bidra til å gjøre en vanskelig situasjon enda verre, er barrierer mange kjenner seg igjen i.

Rusproblematikk utfordrer oss som mennesker, som fagpersoner og det utfordrer samarbeidsrelasjonene våre. Kanskje er det ekstra vanskelig å sette alkoholrelaterte problemer på dagsorden, fordi alkohol er et legalt rusmiddel de fleste bruker.

Barrierene kan være faglig funderte, gjennom en opplevelse av at en ikke har nok kunnskap om problematikken. En vet ikke nok eller har ikke oversikt over hvordan rusproblemet skal løses og en mangler kunnskap om andre etaters mandat, ansvarsområder og hjelpetilbud.

Det kan være juridiske barrierer, en tenker at dette er ikke min etat eller min enhets oppgave å gjøre noe med.

Det kan være økonomiske barrierer, da situasjonen kan være ressurskrevende.

Vi snakker også om kulturelle barrierer ved at fagpersonen(e) har en oppfatning om at rusproblemer er en personlig ting som en ikke skal ta opp.

Noen forteller også om personlige barrierer gjennom egne opplevelser og erfaringer som gjør det vanskelig å nærme seg temaet. Da kan det største barrieren være redsel for egne reaksjoner og det å bli minnet om egne problemer og opplevelser. Noen sier de er redde for å bli avvist, for å få kritikk og kjeft og det er redsel for aggresjon og trusler.

Vårt råd er: Ta opp barrierer som tema i fagmøter og med kollegaer i arbeid med enkeltsaker. Søk støtte hos leder og be om veiledning! Kontakt gjerne samarbeidspartnere for drøfting og råd.

3.2 Mål for samtale om rusmidler

Samtale med gravide og foreldre om bruk av rusmidler kan ha forskjellige mål. Samtalen kan være av informativ karakter. Den kan være en del av et kartleggingsarbeid, eller den kan ha som mål å tilby hjelp i en sak der en har en uttalt bekymring. For alle samtaler er det viktig at hvis det avdekkes et problem så skal dette følges opp med et tilbud om hjelp.

Et viktig mål for en samtale med gravide og partnere er å informere om hvordan rusmidler kan skade fosteret, og videre å drøfte rusvaner i den kommende foreldrerollen.

For de som er foreldre er det aktuelt å samtale om hvordan rusvanene kan påvirke barnet. I noen familier er det en utfordring at foreldrene har forskjellige syn. Andre kan ha behov for en samtale om vanskelige opplevelser i egen barndom.

Forslag til spørsmål som utgangspunkt for samtale med nye foreldre:

- Hvordan var det å avstå fra alkohol i svangerskapet?
- Hvilke tanker har dere om det å være foreldre og bruk av alkohol?
- Hvilke forandringer har dere gjort i alkoholvaner etter at dere ble foreldre?
- Hva tenker dere om fest og barn?
- Har dere gjort dere noen tanker om alkohol og amming?
- Hvilket forhold vil dere at deres egne barn skal ha til alkohol?
- Hvordan tror dere barna opplever at de voksne drikker alkohol?
- Har du noen minner om alkohol fra egen barndom?

3.3 Å ta opp bruk av rusmidler som rutine

Noen tjenester er pålagt å rutinemessig snakke med foreldre om deres bruk av rusmidler. Det gjelder innenfor svangerskapsomsorgen der lege eller jordmor, ifølge Retningslinje for svangerskapsomsorg, skal ta opp den gravides bruk av alkohol og andre rusmidler ved første konsultasjon. Helsesøster skal også rutinemessig snakke med foreldrene om bruk av alkohol i forbindelse med foreldrerollen.

Selv om tjenesten ikke er pålagt å ta opp temaet, kan det være nyttig å innføre det som en rutine i flere tjenester. Det gjelder for eksempel i undersøkelsessaker i barnevernet, ved inntak i barne- og ungdomspsykiatrien og i pedagogisk psykologisk tjeneste.

Det er flere fordeler ved å ta opp dette temaet rutinemessig:

- Det er lettere å presentere temaet for foreldrene når en kan forklare at det er noe en snakker med alle foreldre om. Temaet blir både viktig og alminneliggjort.
- Det blir lettere for foreldre som er bekymret for partnerens rusbruk, eller som eventuelt har vokst opp med rusmisbruk, selv å be om hjelp.
- Det gir grunnlag for en bedre kartlegging av hjemmeforhold som kan påvirke barnet.

Det er utarbeidet flere gode brosjyrer som kan brukes i forbindelse med samtalen. Bak i heftet finner du oversikt over nettsider der du kan bestille brosjyrer.

3.4 Bruk av kartleggingsverktøy som bakgrunn for samtale

Som en del av satsingen på tidlig identifikasjon og intervensjon på rusfeltet, prøves nå ut bruk av kartleggingsverktøy overfor bestemte målgrupper. Dette gjelder blant annet gravide. Det prøves ut bruk av en kombinasjon av kartleggingsverktøyene TWEAK og AUDIT - C. Disse verktøyene inneholder spørsmål om den gravides bruk av alkohol siste år før graviditet og i graviditet. Målet er å identifisere gravide som trenger særlig oppfølging så tidlig som mulig. Det kan være behov for oppfølging i forhold til å avstå fra alkohol i graviditet, eller at paret bør endre rusvaner i forbindelse med forberedelse til foreldrerollen. I Sverige brukes kartleggingsverktøyet AUDIT som bakgrunn for samtale både i svangerskapsomsorg og på helsestasjoner.



KoRus - Sør, Borgestadklinikken gjennomførte i 2014 en undersøkelse om jordmødre og gravides vurdering av bruk av kartleggingsverktøy og samtale om alkoholbruk (Kristiansen, Kompetansesenter rus - region sør, 2014). Jordmødrene som deltok i undersøkelsen vurderte bruk av skjema som et godt hjelpemiddel for en bevisstgjørende samtale. De gravide rapporterte om følgende effekt av bruk av skjema og samtale: Hos 24% påvirkes alkoholvaner i graviditet, hos 26% påvirkes alkoholvaner i småbarnsperioden og hos 23% påvirkes alkoholvaner senere i livet.

Presentasjon av TWEAK, AUDIT og andre kartleggingsverktøy finner på nettsiden snakkomrus.no. Her finner du også nyttig litteratur og små videoklipp med eksempler på samtale i forbindelse med bruk av de forskjellige kartleggingsverktøyene.

3.5 Samtale på bakgrunn av konkret bekymring

De som arbeider med barn opplever jevnlig situasjoner der barnets adferd eller noe barnet forteller gir grunn til bekymring. De voksnes rusavhengighet/rusproblem vil påvirke barnet/barna i familien, og i et tverrfaglig samarbeid er det viktig at det tas stilling til hvem som skal ta ansvar for å snakke med den/de voksne om dette.

Frid Hansen skriver i i sin bok «Familieorientert rusmiddelbehandling» (Hansen, 2012) nærmere om barnefokusert samtale med foreldrene. Her beskrives samtaler om samspillet i familien der målet er at både foreldrene selv og terapeut/hjelper skal få innsikt i barnas situasjon.

Målet for denne prosessen er:

- Å kartlegge situasjonen og få oversikt over hvilke konsekvenser rusen har for barnet
- At foreldrene skal bli bevisst hvilke belastninger rusmiddelmisbruket er for samhandlingen og for barna i familien
- Å kartlegge hvilke endringer som må til for å rette opp belastninger og risikofaktorer
- At barnets utviklingsbetingelser skal ivaretas på en god måte
- Å vurdere hvordan tiltak for foreldrene kan avhjelpe barnas situasjon

I boken er det også et kapittel om samtaler med foreldre når det er nødvendig med melding til barnevernet, om ulike samtaletyper med barn og ulike hjelpetiltak for barnet.

Å snakke med foreldre når det er bekymring for et barn er ofte blitt betegnet som «den vanskelige samtalen». Ved å tenke på den som «den nødvendige samtalen», snus fokuset. Hold fast ved at samtalen er nødvendig for barnets del.

Tips til planlegging og gjennomføring av en slik samtale finner du på nettsiden barnirusfamilier.no. Her beskrives «den nødvendige samtalen» gjennom forberedelse, gjennomføring og oppfølging, både i et hefte og i en film som er tilgjengelig på nettsiden.

Det er sårt og vanskelig å være foreldre og måtte ta inn over seg at deres valg og livsstil ikke er bra for barnet. Alle er opptatt av å være gode foreldre, også de som har rusproblemer. Det er mye skam og sorg forbundet med det å ikke klare å ta godt nok vare på egne barn. Det er ikke unaturlig at en kan møte på både sinne og benekting, og det må vurderes fra person til person hvor mye tid en trenger på å etablere tillit og trygghet i kontakten/relasjonen.

Det er også viktig å huske at familier er ulike og har forskjellige måter å håndtere rusmisbruket på. Barn har også ulik sårbarhet. Vær åpen for å utforske det unike i den enkelte familie, også når det gjelder familiens ressurser. Som hjelper er det en balansegang mellom å være tydelig på at rusavhengighet er til skade for barn og de bekymringer og utfordringer det gir

familien, samtidig som det er viktig at foreldrene blir sett på som ansvarlige med en intensjon om å ville det beste for barnet sitt. I alle menneskers liv kan det i perioder være et gap mellom intensjon og faktisk handling, mellom ønske og realitet. For å lykkes med en utforskende samtale med et barneperspektiv, er det viktig å ikke bidra til mer skyld og skamfølelse. Legg vekt på saklig informasjon og å formidle at det er håp i hjelpen og støtten som tilbys.

Det er også situasjoner der en som hjelper vil møte stor motstand hos foreldrene, der det er liten evne til refleksjon og selvinnsikt, og der barneperspektivet ser ut til å være svært mangelfullt. Foreldrene kan trenge mer tid på egen prosess, men det må foretas en faglig vurdering av om hvorvidt barnet har tid til å vente på foreldrenes refleksjon og selverkjennelse. Se kapittel 4,3 Meldeplikt uavhengig av taushetsplikt, gravide og barn.

3.6 Motiverende samtale med foreldre om alkohol eller andre rusmidler

MI - Motiverende Intervju - er en samtalemetode som egner seg godt til samtale der fokuset er endring. MI defineres som en samarbeidsrettet samtalestil som har til formål å styrke en persons egen motivasjon og engasjement for å gjøre endringer. Metoden omfatter et sett med holdninger, prosesser, kommunikasjonsferdigheter og strategier (Rollnick, Miller, & Butler, 2009). Metoden har grunnleggende vekt på etablering av en trygg relasjon og empatisk lytting - evnen til å ta den andres perspektiv - som forutsetninger for god kommunikasjon rundt vanskelige og ømfintlige tema. Hovedfokus rettes mot den gravides/foreldrenes utgangspunkt, motivasjon og potensiale for endring. Grunnleggende kommunikasjonsferdigheter er bruk av åpne versus lukkede spørsmål, bekreftelser, refleksjoner og oppsummeringer. Strategisk bruk av disse kommunikasjonsferdighetene er til hjelp i å belyse aktuelle utfordringer, håndtere motstand, tilby og utveksle informasjon, tydeliggjøre motivasjon og grad av tiltro til egen mestringsevne, utforske ambivalens og dilemmaer knyttet til å skulle foreta endringer, hjelpe den gravide/foreldrene til å reflektere både rundt egen situasjon og fosterets/barnets behov og til å foreta valg. Den empatiske lyttingen ligger til grunn for å hente fram og forsterke endringssnakk - her ligger kjernen i Motiverende Intervju. Det er viktig at metoden ikke blir redusert til ren teknikk, men at kommunikasjonsferdigheter og strategier benyttes innenfor rammen av en respektfull og ikke-dømmende holdning.

Det å ta den andres perspektiv i samtaler med voksne må aldri gå på bekostning av å sette fosteret/barnet i fokus. De sentrale prinsippene i MI kan også brukes til å kommunisere nødvendigheten av å prioritere barnets behov, og i siste instans til å gå inn med tvangsvedtak der den gravide/foreldrene ikke er motivert for eller klarer å foreta nødvendige endringer.

På nettsiden snakkomrus.no finner du mer informasjon om MI.

3.7 Samtale med barn

Barns rett til å bli hørt og ivaretatt som pårørende er gradvis blitt innarbeidet i det norske lovverket. Se også kapittel 4, 5 Barns rettigheter som pårørende. Det er i flere lover presisert at barn som har fylt 7 år, og også yngre barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, skal informeres og gis anledning til å uttale seg før det tar avgjørelse i saker som gjelder dem. Se Lov om barn og foreldre (1982) § 31 og Lov om barneverntjenester (1992) § 6-3. Oppmerksomheten rettes mot barnets situasjon og hvordan barnet opplever sin verden. Barnet er en viktig informant når vanskelige tema som rus, vold og omsorgssvikt rammer, men barnet skal også følges opp med hjelp. Slik hjelp kan gis gjennom samtaler.

De voksne som skal snakke med barnet bør ha god kunnskap om barn og deres utvikling, og



om hvordan en samtaler med barn på en god måte. I barnevernet er det ofte to hovedformål for samtaler med barn: De skal informere og være bearbeidende og de skal undersøke/avdekke vanskeligheter i barnets liv. Ofte er samtaler med barn i barnevernet komplekse og kan inneholde alle disse elementene. En profesjonell barnesamtale får mindreårige barn i tale på en måte som styrker barnets pålitelighet. Profesjonalitet innebærer både å støtte barnet og å hjelpe det til å formidle. Men også andre fagpersoner kommer opp i situasjoner hvor de bør/skal snakke med barn om følsomme tema. Dette kan oppleves som særlig vanskelig når det som er sensitivt skjer i familien. Ansatte i barnehager, skoler, og helsetjenester har både et ansvar og gode muligheter for tidlig å oppdage og avdekke at barnet har det vanskelig.

For at samtaler skal kunne gjennomføres på en faglig forsvarlig måte opplever nok mange fagpersoner behov for mer kunnskap, men i følge psykolog Åse Langballe fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), er det bedre å snakke om vold og overgrep med et krenket barn enn å la være. Taushet bygger opp under tabuene som omgir denne problematikken, og barnet kan få forsterket sin opplevelse av å være annerledes.

Ifølge Langballe (2010) er noen viktige holdninger som følger:

- Barnet er ekspert på egen virkelighet
- Selv små barn kan gjenkalle og fortelle om selvopplevde hendelser
- Barn må føle seg trygge for å tørre å fortelle
- Voksne har en viktig rolle i å hjelpe og motivere
- Samtalens forløp er den voksnes ansvar
- Barn blir ikke bedre til å fortelle enn den voksne er til å lytte
- Barn trenger oppriktige, tydelige og direkte voksne
- Barn trenger tid

Del 4

Samarbeid på tvers
av tjenester med
barnet i fokus





4.1 Kommunens ansvar

Kommunen har et likeverdig ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester til alle personer som oppholder seg i kommunen, se Helse- og omsorgstjenesteloven (hotjl) § 3-1, første ledd. Det følger av andre ledd at ansvaret omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder også personer med rusproblemer. Den enkelte pasienten skal ha et forsvarlig tilbud på den måten at tilbudet er helhetlig, koordinert og verdig, se hotjl §4-1 .

Organisering av det spesifikke rusarbeidet varierer fra kommune til kommune. Noen kommuner har organisert hele eller deler av ansvaret for rusarbeidet inn under NAV, mens andre har egne enheter for psykisk helse og avhengighet, eller et sosialmedisinsk senter. Dette medfører noen ganger usikkerhet i enkeltsaker. Det kan være utydelig for samarbeidspartnere hvem som er ansvarlig for tiltak. Det er viktig at kommunen tydeliggjør innad i kommunen og overfor samarbeidende instanser hvor ansvaret er plassert, og informerer om det hjelpetilbudet en har i kommunen. Dette er spesielt viktig i hastesaker. Hvem har for eksempel ansvar når en gravid ruser seg? Hvem skal fastlegen melde fra til, og finnes det en slik plikt? Både i graviditet og i spe- og småbarnsperioden kan mye defineres som hastesaker. Det enkelte barnet kan ikke vente til vi har klargjort rutiner.

Veilederen « Sammen om mestring» fra Helsedirektoratet (2014b) er et godt verktøy når en skal utvikle lokale tiltakskjeder.

For at den enkelte familien skal få et så godt tilpasset tilbud som mulig, må ofte flere tjenester samarbeide. Det finnes mange enkeltbestemmelser om samarbeid, spesielt om plikten til samarbeid. Kommunens plikt til å tilby et koordinert tilbud er beskrevet i Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 7. Her beskrives kommunens plikt til å tilrettelegge for individuell plan, tilby koordinator og opprette egen koordinerende enhet. Samhandling skal som hovedregel skje i samarbeid med og etter samtykke fra bruker. KS har utarbeidet Veilederen «Taushetsplikt og samhandling i kommunalt arbeid for barn, ungdom og familier» (Kommunesektorens organisasjon, 2013). Den gir god oversikt over regelverket knyttet til taushetsplikt, de begrensninger regelverket medfører, men også muligheter for godt tverrfaglig samarbeid innenfor regelverket.

Det er utgitt et eget rundskriv som omhandler tiltak overfor gravide med rusproblemer. Rundskriv I-46/95 fra Sosial- og helsedepartementet og Barne- og familiedepartementet, «Tiltak overfor gravide rusmiddelmissbrukere». Rundskrivet er fra 1995, og mange av de lovene som er omtalt her er nå erstattet av nye lover. Det er ikke kommet nytt rundskriv som omhandler dette fagområdet.

I 2012 kom «Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert behandling og oppfølging av familier fram til barnet når skolealder» (IS-1876) (Helsedirektoratet, 2012). Dette er en retningslinje som omhandler gravide og familier i LAR-behandling, men av forordet går det fram at veldig mange av anbefalingene vil gjelde familier som ikke er i LAR. Det kan for eksempel være barn som har vært eksponert for rusmidler i svangerskapet, barn født av foreldre som tidligere har vært rusmiddelavhengige og andre.

Retningslinjen gir i alt 217 anbefalinger, og omhandler både svangerskap og sped- og småbarnsperioden. Den beskriver rolle og ansvar både for førstelinjetjeneste (helse, rustjeneste, barnevern) og spesialisthelsetjeneste (fødselshjelp, nyfødttmedisin, barne- og ungdomspsykiatri og rusbehandling). Det er derfor et viktig dokument som bør benyttes når den enkelte kommune utarbeider rutiner for samarbeid.

4.2 Ressursgrupper

Det å arbeide med gravide og familier med rusproblemer medfører utfordringer på mange områder. Vi må forholde oss til et komplekst lovverk. Arbeidet tar tid. Det er saker som berører. Vi blir utfordret på våre egne holdninger både når det gjelder forholdet til avhengighet, og holdninger overfor samarbeidende tjenester.

Gjennom utviklingsarbeid har KoRus-Sør høstet god erfaring med opprettelse av faste ressursgrupper sammensatt av representanter fra flere tjenester i den enkelte kommunen (Gustavsen, Møller, & Vardheim, 2013). Dette er en modell som vi vil anbefale. Mindre kommuner kan samarbeide i interkommunale grupper. Det kan også være hensiktsmessig å inkludere familier med annen problematikk i målgruppen. Mange familier har sammensatt problematikk, og hjelpetiltak skal tilbys av det samme hjelpeapparatet.

Disse tjenestene bør være representert i en ressursgruppe som omfatter både gravide og sped- og småbarnsfamilier med sammensatt problematikk:

Jordmor/representant for svangerskapsomsorgen, helsesøstertjenesten, barneverntjenesten, helse- og omsorgstjenesten (den tjenesten som har fått ansvar for tiltak for rusmiddelavhengige). Andre tjenester som kan være aktuelle, avhengig av hvordan kommunen har organisert tiltak: PP-tjeneste, familiesenter, NAV osv. Noen kommuner har også god erfaring med å ha med en representant for spesialisthelsetjenesten, som f.eks. Bup.

Det er viktig at ressursgruppen får et klart mandat. Aktuelle oppgaver er:

- Utvikle, evaluere og vedlikeholde interne rutiner i kommunen angående oppfølging av gravide og familier med små barn med spesielle behov
- Bidra til å utvikle gode og samordnede tiltak som dekker både de voksnes og barnas behov for hjelp
- Opparbeide spesialkompetanse på dette fagområdet både juridisk, psykologisk og sosialfaglig
- Tilby råd og veiledning i enkeltsaker, eventuelt tiltre i ansvarsgrupper

4.3 Meldeplikt uavhengig av taushetsplikt, gravide og barn

I arbeid med gravide og enkeltfamilier kan vi komme i den situasjon at vi er pålagt å samarbeide ved å melde fra til annen tjeneste på grunn av sakens alvorlighetsgrad.

Når det gjelder gravide har følgende meldeplikt uavhengig av taushetsplikt:

- Helsepersonell, jfr Lov om helsepersonell § 32 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999)
- Ansatte i barneverntjenesten, jfr Lov om barnverntjenester § 6-7 (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, 1992)
- Ansatte i familievernet, jfr Lov om familievernkontorer § 9 (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, 1997)



De tre paragrafene har tilnærmet samme ordlyd. Lov om Helsepersonell § 32 sier: *Uten hinder av taushetsplikt etter § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten, når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3. Også etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven, skal helsepersonell gi slike opplysninger.*

Grunnlaget for å melde er altså «når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade».

Men hvem skal en melde fra til? Av loven går det fram at melding skal gå til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Som beskrevet i kapittel 4.1, Kommunens ansvar, så er oppfølging av personer med rusproblemer organisert forskjellig fra kommune til kommune. Det er veldig viktig at den enkelte kommunen går ut med tydelig informasjon om hvilken enhet som har fått ansvar for å følge opp gravide med rusproblemer. Det er ikke uvanlig at helsepersonell tror at melding om en gravid som ruser seg skal gå til barneverntjenesten.

Når det gjelder plikt til å melde saken til barneverntjenesten, så omfatter den alle offentlige myndigheter, også ansatte i private organisasjoner som utfører oppgaver for det offentlige. Det går fram av Lov om barneverntjenester § 6-4. Denne meldeplikten er også tatt inn i flere særlover.

Grunnlag for å melde fra til barneverntjenesten er:

- Når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt
- Når et barn har vist vedvarende alvorlige atferdsvansker
- Når det er grunn til å tro at det er fare for utnyttelse av et barn til menneskehandel

Meldeplikten innebærer at en skal melde saken på eget initiativ, og uavhengig av taushetsplikt.

Barneverntjenesten kan også pålegge offentlige ansatte å gi opplysninger uavhengig av taushetsplikt. En skal merke seg at vi har plikt til å melde både når det gjelder gravide og barn uavhengig av om vi vet at andre melder fra. Hver fagperson har en selvstendig meldeplikt. Forskjellige fagfolk kan sitte inne med ulike opplysninger.

I visse svært alvorlige tilfeller vil alle ha avvergeplikt. Straffeloven § 139 inneholder en plikt for alle til å avverge visse alvorlige straffbare handlinger ved anmeldelse eller på annen måte. Den mest aktuelle måten å oppfylle avvergeplikten på er gjennom anmeldelse til politiet. Bestemmelsen går foran eventuell lovpålagt taushetsplikt. For at meldeplikten skal gjelde må det være tale om forholdsvis alvorlige straffbare handlinger.

4.4 Barnevernets rolle i graviditet

Lov om barneverntjenester kommer ikke til anvendelse før barnet er født. Når det gjelder gravide har vi derfor ikke hjemmel for å melde en sak til barnevernet uavhengig av taushetsplikt. Vi har imidlertid god mulighet for å innlede samarbeid med barnevernet når den gravide samtykker, se Rundskriv I-46/95 Tiltak overfor gravide rusmiddelmissbrukere.

Om forholdet til barneverntjenesten under graviditet sier rundskrivet følgende:

- Meldeplikten til barneverntjenesten kommer ikke til anvendelse før barnet er født. Det er kun når det gjelder faktisk omsorgssvikt overfor et barn som er født at denne loven kommer til anvendelse
- Barnverntjenesten kan ikke iverksette undersøkelse eller tiltak hvis den gravide motsetter seg dette
- Det er ingenting i veien for at barneverntjenesten iverksetter hjelpetiltak hvis den gravide samtykker
- Kommer barneverntjenesten i kontakt med en gravid kvinne er det viktig at en samarbeider om mulige tiltak for å forebygge omsorgssvikt
- Tiltak kan hjemles i Lov om barnverntjenester § 4-4.

I en del saker er det en utfordring at foreldrene ikke kan pålegges å samarbeide med barnevernet i graviditeten. Dette spørsmålet er også berørt i Prop.106 L (2012-2013), Endringer i barnevernloven. Det går fram av proposisjonen at det skal nedsettes et utvalg som skal utrede tiltak knyttet til vern av barn som ikke er født.

4.5 Barns rettigheter som pårørende

Økt oppmerksomhet og kunnskap om barns sårbarhet ved alvorlige vansker og sykdom hos foreldre har resultert i flere lovendringer som sikrer barn som pårørende rett til informasjon og ivaretagelse. Fra 1. januar 2010 ble det gjort endringer i helsepersonelloven og i spesialisthelsetjenesteloven som handler om ivaretagelse av barn som pårørende, (se Rundskriv IS-5/2010; Barn som pårørende). Formålet er å forebygge problemer hos barn og foreldre gjennom å sikre tidlig hjelp, og å sette barnet i stand til å mestre situasjonen når foreldre opplever psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom. Helsepersonell skal hjelpe foreldre til å ta vare på barna sine. Derfor skal arbeidet med barn som pårørende så langt det er mulig skje i samråd og samarbeid med pasienten. Alt helsepersonell i Norge omfattes av lovbestemmelsen om barn som pårørende, både innen kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og private virksomheter.

I følge Helsepersonelloven § 10 har helsepersonell plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn ved blant annet å:

- Samtale med pasienten om barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. En skal også tilby barnet og den som har omsorg for barnet å ta del i slik samtale
- Innhente samtykke til å foreta den oppfølgingen som helsepersonellet anser som hensiktsmessig
- Bidra til at barnet og den som har omsorg for barnet gis informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og mulighet for samvær

Det understrekes at all informasjon skal gis i en form som er tilpasset barnets individuelle forutsetninger. Dersom helsepersonell vurderer det som nødvendig at barnet får videre oppfølging, skal det innhentes samtykke fra begge foreldrene. Dette kan for eksempel være samtykke til å snakke med barnet. En endring i pasientrettighetsloven § 4-4 gjør det imidlertid mulig å yte helsehjelp med samtykke fra bare én av foreldrene, dersom kvalifisert helsepersonell vurderer at helsehjelpen er nødvendig for å unngå skade.



Dersom foreldre ikke samtykker til videre oppfølging, og det foreligger grunn til å tro at barnet blir mishandlet i hjemmet, eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, skal det sendes bekymringsmelding til barnevernet.

Helseinstitusjoner innen spesialisthelsetjenesten skal i følge Lov om spesialisthelsetjenester §3-7a ha barneansvarlig personell. Kommunene omfattes ikke av dette, men de kan velge å opprette barneansvarlige.

Sentrale oppgaver for en barneansvarlig er:

- Koordinere, veilede og medvirke sammen med annet helsepersonell i saker der pasienter har barn
- Fremme barneperspektivet i det helsefremmende arbeidet
- Informere annet helsepersonell om barn som pårørende
- Sikre behandlingsflyt og samarbeid med eksterne samarbeidspartnere

Behandlingsansvarlig for den voksne som har et rusproblem har en viktig rolle overfor barnet/barna. Det er behandlingsansvarlig som skal sørge for å kartlegge om pasienten har barn og sørge for at barnet får informasjon og videre hjelp og oppfølging.

Hjelpen til barn som pårørende skal være sammenhengende, helhetlig og meningsfull. Helsepersonell må derfor søke samarbeid rundt barna, både internt og eksternt.

For mer informasjon om tema barn for pårørende se: barnsbeste.no

4.6 Tiltak overfor gravide og partner

Vurdering av den enkeltes behov for tiltak bygger på en grundig kartlegging (se kapittel 1.10, Psykososial kartlegging). Kommunen skal ha tilbud både til dem som har behov for enklere tiltak som støttesamtaler, og de som trenger omfattende og sammensatte tiltak. Dette gjelder både den gravide kvinnen og partneren.

Dersom en av foreldrene har rusmiddelproblematikk vil dette påvirke samspillet og stemningen i familien. Hovedmålsettingen er at foreldrene skal få et tilbud som både er individuelt tilpasset og forsvarlig, slik at det legger til rette for en trygg start for barnet. I arbeidet med personer som har rusmiddelproblematikk er det en ekstra utfordring at en ofte får oppgaver når det gjelder både kontroll og støtte. Teamarbeid og veiledning vil kunne bidra til at hjelperne balanserer dette på en ryddig og respektfull måte. Kontroll av rus må alltid vurderes (se kapittel 4,8). I de fleste tilfeller bør begge foreldrene få støtte og hjelp til å arbeide med tilknytningsprosessen til barnet. Dette kan vurderes annerledes for eksempel der det er vold i parforholdet.

Aktuelle kommunale tiltak er beskrevet i Retningslinje for gravide og familier i LAR-behandling, kapittel 6. Vi vil spesielt trekke fram følgende for gravide med rusproblemer:

- Informasjon og støttesamtaler for både den gravide og partneren
- Råd og veiledning for kommende foreldrerolle
- Individuell plan/behandlingsplan
- Opprettelse av ansvarsgruppe
- Koordinator
- Rusmiddeltesting
- Hjelp med psykososiale problemer
- Frivillig henvisning til poliklinisk rusbehandling

Det må fortløpende vurderes om kommunen har et forsvarlig tilbud til den aktuelle familien, eller om det er aktuelt med samarbeid med spesialisthelsetjenesten, enten poliklinisk tiltak eller innleggelse i institusjon (se kapittel 4,10).

4.7 Familieorienterte samtaler

Forskning gjort av blant andre den danske psykologen og forskeren, Helle Lindgaard, viser at familieorienterte intervensjoner har god effekt. Når man trekker med hele familien øker sannsynligheten for at den avhengige søker behandling, og effekten av behandlingen øker. Effekten er reduksjon av psykososiale problemer hos barna, større tilfredshet i parforholdet, færre skilsmisser og bedre familiefunksjon med tanke på konflikter, omsorg og samhørighet. Slik behandling/hjelpetiltak gir også reduksjon av vold i hjemmet (Lindgaard & Wiemann, 2012).

Når det er rusmisbruk hos en eller begge voksne er det foreldrene som har skapt vanskeligheter for barnet, men det er også foreldrene som er de viktigste når det gjelder å hjelpe barnet. Det er et mål at samtaler og refleksjoner rundt problematisk bruk av rusmidler skal bidra til at foreldrene forstår og får innsikt i hvordan barnet påvirkes både på kortere og lengre sikt, og får innsikt i hvordan de gjennom et godt foreldreskap kan hjelpe barnet videre.

Noen foreldre kan trenge råd og veiledning om hvordan de skal snakke med barna sine, og de kan trenge hjelp til å få en bedre relasjon og et tryggere klima i familien. Noen ganger kan helsesøster ta ansvar for den type samtaler, andre ganger kan det være aktuelt med en ruskonsulent eller henvisning til et familiekontor.

Fagpersoner som følger familien har en viktig rolle i å støtte og reflektere sammen med foreldrene i en prosess som kan være smertefull. En kan også oppleve at foreldre vegrer seg og er ambivalente fordi de er urolige for hva barnet vil fortelle. Når skam og taushet om rusproblematikken har fulgt familien i lang tid kan dette være en tøff prosess. Men det har stor betydning for barnet når familien får hjelp til å bryte tausheten, slik at barnet får aldersadekvat informasjon om hva et rusmiddelproblem er og hvordan det har påvirket familien. Dette er et viktig steg i familiens forandringsprosess (Hansen, 2012).

De voksne i familien kan tilbys samtaler/terapi sammen eller hver for seg, og det kan være aktuelt med gruppetilbud. Noen kommuner har «foreldreskoler» eller «foreldrekurs» for dem som strever med foreldreskapet sitt. Tema i slike kurs kan for eksempel være: livsstil og helse, foreldreskapet, relasjoner, barnets utvikling, selvspekt, grensesetting og forandring.

Et eksempel på særskilte tiltak for barna er tilbud om barnegrupper. En del foretak og kommuner har i samarbeid eller på egenhånd valgt å tilby psykopedagogiske grupper for barn som er pårørende. Her kan barna få treffe andre barn i samme situasjon og få støtte og hjelp til å bryte tausheten og snakke om hvordan de har det hjemme når mamma eller pappa har et rusproblem.

4.8 Rusmiddelkontroll for gravide og foreldre

En av utfordringene ved å samarbeide med foreldre med rusproblemer er at tiltakene noen ganger må inkludere kontroll. Avhengighet kan medføre at den voksne ikke klarer å ta kontroll over rusbruken uavhengig av hvor sterkt ønsket er. Jevnlige rusmiddelkontroll, etter plan og stikkprøver, kan være en god støtte i å holde seg unna rus. Men kontrollen er også et ømtålig tema. Når vi introduserer rusmiddelkontroll impliserer det at vi ikke stoler på det den andre selv rapporterer. Ved tilbud om rusmiddeltesting er det viktig at selve gjennom-



føringen og tilbakemeldingen om resultater gjøres på en så skånsom måte som mulig. Selve kontrollsituasjonen, det å avgi f.eks. urinprøve, kan oppleves som meget nedverdiggende. Det må lages rutiner som tar hensyn til at prøver ikke blir manipulert, samtidig som verdigheten til den som skal avgi prøve ivaretas.

Det er viktig å holde fokus på begrunnelsen for kontrollen. Det skal være en hjelp til ikke å skade et ufødt barn, eller hjelp til å skape en trygg omsorgssituasjon for barna.

En skiller mellom medisinske prøver versus prøver for kontrollformål. Med medisinske prøver menes prøver som tas som ledd i en behandling. Dette vil være aktuelt i LAR og ved abstinensbehandling. Prøver for kontrollformål vil være aktuelt i barnevernsaker der positiv test kan medføre sanksjoner (Helsedirektoratet, 2014a). På samme måte kan positiv test danne grunnlag for at en fremmer sak for Fylkesnemnda for tvangsinnleggelse av en gravid.

Rusmiddeltesting kan som utgangspunkt kun utføres dersom den som avgir prøven har samtykket. I tillegg finnes det enkelte lovhjemler for å avkreve rusmiddeltesting uten samtykke. Regler knyttet til avleggelse av rusmiddeltester finnes for eksempel i straffegjennomføringsloven, barnevernloven, psykisk helsevernloven, helse- og omsorgstjenesteloven og helsepersonelloven. Testingen er til dels knyttet til opphold i insitusjon, og det forutsettes at det er fattet vedtak.

Det må gjøres en skriftlig avtale med den som skal avlegge frivillige prøver. I avtalen bør det også gå fram hva som er konsekvens av positive prøver, hvem dette skal meldes til og hvilke tiltak som da kan bli aktuelle.

Helsedirektoratet har under utarbeidelse en ny Prosedyre for rusmiddeltesting. Den er tilgjengelig som høringsutkast. (ibid). Denne prosedyren skal erstatte Rundskriv IS 13/2002, Kvalitetskrav ved rusmiddeltesting i medisinsk sammenheng og Rundskriv IS-14/2002, Kvalitetskrav til rutiner for rusmiddeltesting hvor positivt analysesvar kan danne grunnlag for alvorlige sanksjoner. I disse rundskrivene finnes oversikt over ulike prøver som er aktuelle, kvalitetskrav, forslag til avtaler osv.

4.9 Gravide og familier i LAR behandling

Vi regner med at det fødes 30-60 barn pr. år av kvinner i LAR (IS -1876 Nasjonal retningslinje). De fleste graviditetene blir oppdaget tidlig og de fleste kvinnene er under oppfølging av hjelpeapparatet. Oppfølgingen av de gravide, og etter hvert barn/foreldre, krever både god kompetanse og god samhandling mellom foreldre og hjelpere i kommune og spesialisthelsetjeneste.

Som beskrevet i kapittel 4.1, Kommunens ansvar, så kom det egen retningslinje for gravide og familier i LAR i 2012 (ibid). Retningslinjen gir konkrete og kunnskapsbaserte anbefalinger og inneholder også en redegjørelse for det internasjonale kunnskapsgrunnlaget for området. Den inneholder 217 anbefalinger som er gradert etter hvor godt dokumentert de er. De beskriver god praksis fra graviditeten oppdages og fram til barnet når skolealder. Anbefaling nr. 48 sier at metadon eller buprenorfin bør opprettholdes under graviditeten. Dette er den anbefalingen som har vært mest omdiskutert og fått mest oppmerksomhet i mediene. De andre anbefalingene er det i hovedsak stor enighet om.

4.10 Behandling i institusjon, gravide og familier

Det er få land som har egne behandlingsavdelinger for gravide og familier, men dem har vi flere av i Norge. Du finner oversikt over de forskjellige avdelingene ved å gå inn på nettsiden frittsykehusvalg.no og søke under rus- og avhengighetsbehandling i den aktuelle regionen.

I Retningslinje for gravide og familier i LAR finner du også i kapittel 10 en oversikt over enheter innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling som har spesiell kompetanse på gravide og familier med rusproblemer. Som eksempel på en slik avdeling som tilbyr rusbehandling både for gravide og familier med barn opp til skolealder, kan vi nevne »Familieenheten» ved Borgestadklinikken. Du finner informasjon om denne avdelingen på nettsiden borgestadklinikken.no. De som har henvisningsrett til slike avdelinger er: lege, helse- og omsorgstjenesten og barneverntjenesten. Henvisningsretten omfatter både den personen som har et rusproblem og deres familier (se Lov om spesialisthelsetjenester § 2-1a, punkt 5)(Helse- og omsorgsdepartementet, 2001).

Helsedirektoratet har utgitt veilederen «Prioriteringsveileder, tverrfaglig spesialisert rusbehandling». Denne gir god veiledning i kartlegging, vurdering og henvisning.

4.11 Tilbakeholdelse av gravide i institusjon etter eget samtykke

Personer med rusproblemer kan ha et ambivalent forhold til innleggelse. Når russuget melder seg kan det være fare for at de trekker samtykket, og ber seg utskrevet umiddelbart. Det finnes en mulighet for at pasienten ved innleggelse samtykker til tilbakeholdelse i inntil tre uker. Dette står omtalt i helse- og omsorgstjenestelovens § 10-4.

4.12 Tilbakeholdelse i institusjon uten samtykke (bruk av tvang)

Så vidt vi vet er Norge det eneste landet i verden som har en paragraf som gir mulighet for tvangsinnleggelse av gravide. Dette er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3.

Grunnlag for tvangsinnleggelse er: «*Dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet blir født med skade, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig*».

Formålet med oppholdet er: «*Å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade*». Videre skal det under oppholdet legges vekt på at kvinnen tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmisbruk og hjelp til forberedelse av foreldrerollen. Det er den enheten i helse- og omsorgstjenesten som har ansvar for tiltak for personer med avhengighet som kan fremme sak om tvangsinnleggelse av en gravid. Saken skal behandles i Fylkesnemnda. En evaluering av tvangsbestemmelsen og praktiseringen peker på at vedtak om tvang overfor gravide, i hovedsak er knyttet til narkotika og ikke alkoholbruk, til tross for at alkohol er mer skadelig for fosteret enn narkotika (Lundeberg 2010).

Det er mange vanskelige avveininger når en vurderer tvangsinnleggelse. KoRus - Øst har laget en arbeidsmanual til hjelp ved bruk av tvang. Du kan laste ned/bestille fra nettsiden rus-ost.no

Vi anbefaler denne for videre lesning. Helsedirektoratet har en egen veileder ved bruk av tvang under utarbeidelse. Denne forventes ferdig våren 2015.

I Norge har vi noen egne avdelinger som er spesielt tilpasset gravide som er tvangsinnlagt. Du finner en oversikt over disse avdelingene ved å gå inn på nettsiden frittsykehusvalg.no under avhengighetsbehandling og under den aktuelle regionen.

Et eksempel på en slik avdeling er Skjermet enhet for gravide på Borgestadklinikken. Du finner mer informasjon om denne avdelingen på nettsiden borgestadklinikken.no.



4.13 Oppfølging av barn eksponert for rus i svangerskapet

Barn som har vært eksponert for rusmidler i svangerskapet bør følges nøye gjennom sped- og småbarnsperioden. Mulige skader kan ikke alltid påvises ved fødsel eller i tidlig spedbarnsperiode. Begrensninger viser seg ofte når barna blir større og begynner å bevege seg og få språk. Det kan være snakk om fysiske skader som syn og hørsel eller neurologisk skade.

Som beskrevet i kapittel 4.1 kan mange av anbefalingene i Retningslinjer for gravide og familier i LAR-behandling også være hensiktsmessige for barn vi vet har vært eksponert for rusmidler i svangerskapet. Kapittel 7 i retningslinjen beskriver tiltak under fødselen og i nyfødtp perioden. Kapittel 8 beskriver mulige tiltak i sped- og småbarnsalder.

Når det gjelder nyfødtp perioden vil vi særlig framheve følgende tiltak som aktuelle:

- Observasjon av mulig NAS og eventuelt behandling av dette
- Samspillsveiledning
- Kontroll av rus hos foreldrene
- Oppfølging av andre behov (råd, veiledning, psykososiale behov)

Når det gjelder sped- og småbarnsperioden beskriver retningslinjen rollen til både helsestasjon, fastlege, barnevern, barnehage, den kommunale rustjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det anbefales opprettelse av ansvarsgruppe. Familier som er i LAR-behandling skal få tilbud om individuelt tilpasset oppfølging fram til skolestart for barnet. Andre barn som vi vet har vært utsatt for rus i svangerskapet bør få samme tilbud, og retningslinjen sier at anbefalingene også kan benyttes overfor denne gruppen. Det er viktig at foreldrene får tilbud om støtte slik at de slipper å ta initiativ til dette selv.

For en del barn er skaden vanskelig å avdekke og diagnostisere tidlig. Dette har en erfart i arbeid med barn som er skadet av alkohol i svangerskapet (FASD). Forskning tilsier imidlertid at det viktigste tiltaket for at barn med FASD skal utvikle sitt potensiale er at de får en diagnose før de begynner på skolen, og at de vokser opp i stabile hjem med god omsorg (Streissguth, 1997). Det er utarbeidet filmer, pedagogisk veileder og brosjyrer om tilrettelegging for barn med FASD i hjem, barnehage og skole. Du finner oversikt over dette bak i heftet.

(For informasjon om hvordan rusmidler kan skade fosteret se kapittel 2.7.)

4.14 Tverrfaglige opplæringsprogram i regi av Kompetansesenter rus

De regionale kompetansesentrene rus tilbyr flere tverrfaglige opplæringsprogram som har som mål å bedre tverrfaglig samarbeid om gravide og familier med rusproblemer:

«Tidlig inn» - et tverrfaglig opplæringsprogram i bruk av kartleggingsverktøy og samtalemetodikk i møte med gravide og småbarnsforeldre. Programmet omhandler også tema som psykisk helse og vold i nære relasjoner.

«Barn i rusfamilier» - et tverrfaglig opplæringsprogram med særlig fokus på tidlig intervensjon i barnehage og skole

«Bedre tverrfaglig innsats (BTI)» - opplæring i en tverrfaglig samarbeidsmodell

Informasjon om alle programmene finner du på nettsiden borgestadklinikken.no/kompetansesenteret og nettsiden [nettsiden tidligintervensjon.no](http://tidligintervensjon.no).

Del 5

Litteratur og nettsider





5.1 Verktøykasse FASD

Under finner du beskrivelse av filmer, pedagogisk veileder og annet materiell til hjelp for barn og ungdom med FASD.

Livsviktig - en film om alkohol og graviditet (2009)
17 minutter, svensk undervisningsfilm som er teksten på norsk.

Født med alkoholskade - en film om unge med FASD (2012)
36 minutter. Norsk film produsert av Statped i samarbeid med KoRus - Sør, Borgestad-
klinikken og RBUP. (Første del «Å leve med FASD» finnes også i engelsk versjon.)

Recovering hope - mødre snakker ut om FASD. Film, 60 minutter
Produsert for Department of Health and Human Services, av Center for Substance Abuse
and Prevention (SAMHSA), USA. Filmen er tilrettelagt for bruk i Norge av KoRus - Sør, Borge-
stadklinikken og R-bup sør og øst.

Åpne for læring (2012)
Pedagogisk veileder, hefte, 30 sider, utarbeidet av SAHMSA og oversatt og tilrettelagt for
norske forhold av Sørlandet Kompetansesenter.

BROSJYRER:

Alkoholrelaterte fosterskader - Informasjon om FASD (finnes også i engelsk versjon)

Hei lærer - en brosjyre spesielt for skolen

Alt materiell kan bestilles ved henvendelse til KoRus - Sør, Borgestadklinikken

5.2 Aktuelle nettsider

Her er tips om nettsider der du finner mer oppdatert fagstoff, oversikt over nyere litteratur og filmer. Noen av organisasjonene har også egne facebook-sider der de legger ut nyheter.

www.avogtil.no

Av-og-til er en kampanjeorganisasjon for alkovett. På denne siden finner du blant annet brosjyremateriell.
Har egen facebook-side.

www.barnirusfamilier.no

Hjemmesiden til programmet «Barn i rusfamilier». Her finner du fagstoff om hvordan rus kan påvirke oppvekstsituasjonen. Her er film og praktisk materiell om «Den nødvendige samtalen» og gode eksempler på tidlig intervensjonstiltak i barnehage og skole.
Har egen facebook-side.

www.barnsbeste.no

Hjemmesiden til Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende. Her er filmer, oversikt over litteratur og forskning som også handler om barn som pårørende i familier som er preget av rusproblemer.
Har egen facebook-side.

www.bevissteforeldre.no

Blå Kors og KLP samarbeider om denne siden. Her finner du brosjyrer som kan brukes i samtale med gravide og foreldre om bruk av rus og foreldrerollen.

www.blakors.no

Her finner du hjelpemateriell av forskjellig slag, se spesielt kampanjen «Jeg ser».
Har egen facebook-side.

www.borgestadklinikken.no

Hjemmesiden til Borgestadklinikken, med informasjon om ulike behandlingstilbud og om Kompetansesenter rus - region sør (KoRus - Sør) med oversikt over opplæringstilbud, kommunale utviklingsprogram og innsatser, nyheter, tips om litteratur osv.
Kompetansesenteret har egen facebook-side og blogg.

www.fasdcenter.sahmsa.gov

Hjemmesiden til FASD Center for Excellence. Her finner du artikler med nyere forskning, brosjyrer, filmer om FASD. Har egen spørrespalte.

www.forebygging.no

Kunnskapsbase for rusforebyggende og helsefremmende arbeid.
Har egen facebook-side.

**www.helsenorge.no/gravid**

Nettside i Helsedirektoratets regi. Her finner du aktuelt stoff om graviditet og materiell til kampanjen «Den beste starten», om alkohol og graviditet.

www.nofas.org

Hjemmesiden til National Organization of Featal Alcohol Syndrom. Her finner du aktuelt fagstoff om FASD.

www.snakkomrus.no

Nettsted der du finner kartleggingsverktøy, filmer og annet læringsmateriell som handler om samtale om rus.

www.tidligintervensjon.no

Kunnskapsbase for identifikasjon og tidlig intervensjon innen rusfeltet. Her finner du veilederen «Fra bekymring til handling».

www.vfb.no

Hjemmesiden til organisasjonen Voksne for barn. Her finner du stoff om oppvekstvilkår og psykisk helse, brosjyrer, plakater og filmer. Programmet «Hvem kan hjelpe Jesper» er også utarbeidet av Voksne for barn.

Har egen facebook-side.

5.3 Sentrale dokumenter

*Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR),
Helsedirektoratet, IS - 1876*

*Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne,
Helsedirektoratet*

*Veileder: Taushetsplikt og samhandling i kommunalt arbeid for barn - ungdom - familier,
Kommunesektorens organisasjon, 2013*

*Fra bekymring til handling, en veileder om tidlig intervensjon på rusområdet,
Helsedirektoratet 2010.*

5.4. Referanser

Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet (1982). Lov om barn og foreldre (barneloven). www.lovdatab.no

Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet (1992). Lov om barneverntjenester (barnevernloven). www.lovdatab.no

Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet. (1997). Lov om familievernkontorene www.lovdatab.no

Barne- og familiedepartementet. (2000). Handlingsplan mot barne- og ungdomskriminalitet: St.meld.nr.17(1999-2000). Oslo: Barne- og familiedepartementet.

Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. (2013). Oppvekstrapporten 2013. En god oppvekst varer i generasjoner.

Borge, A. I. H. (2010). Resiliens: risiko og sunn utvikling: Gyldendal Akademisk.

Brodén, M. (2004). Graviditetens möjligheter: en tid då relationer skapas och utvecklas [Possibilities in pregnancy: a time when relationships are created and developed]. Stockholm: Natur och Kultur.

Christoffersen, M. N., & Soothill, K. (2003). The long-term consequences of parental alcohol abuse: a cohort study of children in Denmark. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(2), 107-116.

Coles, C. (1994). Critical periods for prenatal alcohol exposure: Evidence from animal and human studies. *Alcohol Health & Research World*, 18(1), 22-29.

Dahl, H. V., & Hecksher, D. (2007). Graviditet og misbruk -belyst ud fra kvindernes perspektiv: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Elgen, I., Bruaroy, S., & Laegreid, L. (2007). Lack of recognition and complexity of foetal alcohol neuroimpairments. *Acta Pædiatrica*, 96(2), 237-241.

Flak, A. L., Su, S., Bertrand, J., Denny, C. H., Kesmodel, U. S., & Cogswell, M. E. (2014). The association of mild, moderate, and binge prenatal alcohol exposure and child neuropsychological outcomes: a metaanalysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 38(1), 214-226.

Folkehelseinstituttet. (2011). Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser (Vol. 2011:4). Oslo: Folkehelseinstituttet.

Gustavsen K, Møller G, & Vardtheim I. (2013). Ny profesjonell praksis på oppvekstfeltet? Evaluering av Tigris og Barn i rusfamilier. (Vol. 318). Telemarksforskning.

Haaland, T., Clausen, S.-E., & Schei, B. (2005). Vold i parforhold - ulike perspektiver: resultater fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge: NIBR.

Hall, W., & Degenhardt, L. (2014). The adverse health effects of chronic cannabis use. *Drug Testing and Analysis*, 6(1-2), 39-45.

Hansen, F. A. (1990). Rusmisbruk i et familieperspektiv: hvilke utviklingsmessige konsekvenser kan dette få for barn. Skien: Borgestadklinikken.

Hansen, F. A. (2012). Familieorientert rusmiddelbehandling: hvordan inkludere familien inn i behandlingen- hvordan kartlegge og vurdere barnas situasjon og hjelpebehov. Skien: Borgestadklinikken Blå kors forl.

Hart, S. (2009). Fra interaksjon til relasjon: tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore og Fonagy. Oslo: Gyldendal akademisk.

Hart, S. (2011). Den følsomme hjernen: hjernens utvikling gjennom tilknytning og samhørighetsbånd. Oslo: Gyldendal akademisk.

Haugland, B. S. (2012). Familiefungering og psykososiale problemer hos barn av alkoholmisbrukende foreldre, «Barn som pårørende», Oslo: Abstract forlag,



Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). Lov om helsepersonell m.v. www.lovdata.no

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011-2012). Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkohol - narkotika - doping Stortingsmelding 30.

Helsedirektoratet. (2009). Fra bekymring til handling: en veileder om tidlig intervensjon på rusområdet. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2012). Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2014a). Prosedyrer for rusmiddeltesting, høringsutkast. <http://www.helsedirektoratet.no/Om/hoyringar/Sider/prosedyrer-for-rusmiddeltesting.aspx>.

Helsedirektoratet. (2014b). Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeide og rusarbeide for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten, Oslo: Helsedirektoratet

Hjemdal, O. K., Sogn, H., & Schau, L. (2012). Vold, negative livshendelser og helse: en gjennomgang av data fra to regionale helseundersøkelser (Vol. 1/2012). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Killén, K. (2009). Sveket 1, Barn i risiko- og omsorgssviktsituasjoner. Oslo: Kommuneforlaget.

Kommunesektorens organisasjon. (2013). Veileder: Taushetsplikt og samhandling i kommunalt arbeid for barn - ungdom - familier. www.ks.no

Kristiansen, R., Kompetansesenter rus - region sør. (2014). Med framtida i magen: er kartleggingsverktøyet «TWEAK med tilleggs-spørsmål» til hjelp for jordmor og for den gravide? Rapport

Langballe, Å. Kamst K.T, Javobsen M (2010). Den vanskelige samtalen: barneperspektiv på barnevernarbeid : kunnskapsbasert praksis og handlingskompetanse Rapport , Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress : online), Vol. 2/2010.

Lindgaard, & Wiemann. (2012). Familier med misbrug i langtids-døgnbehandling. Relationen som motivernde og forandringskabende element. Stofbladet, Danmark, 20, 114-121.

Lindgaard, H. (2006). Familieorienteret alkoholbehandling: et litteraturstudium af familiebehandlingens effekter. København: Sundhedsstyrelsen, Viden- og dokumentationsenheden.

Lundeberg, Mjåland, Søvig, Ravneberg (2010), Tvang overfor rusmiddelavhengige. Evaluering av Lov om sosiale tjenester §§6-2, 6-2a og 6,3-, Uni Rokkansenteret

Nordeng H. og Jettestad M (2014), Narkotika og legemiddelmisbruk i svangerskapet, i Veileder i fødselsesmedisin, Oslo: Norsk gynekologisk forening

NOU. (2003: 31). Retten til et liv uten vold: menns vold mot kvinner i nære relasjoner Vol. NOU 2003: 31. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltning.

Ose, S. O., & Pettersen, I. (2014). Døgnpasienter i TSB 20. november 2012, Oslo: Rapport SINTEF

Pape & Stefansen. (2004). Den skjulte volden? En undersøkelse av Oslobefolkningens utsatthet for trusler, vold og seksuelle overgrep (Vol. nr 1/2004). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2009). Motiverande samtal i hälso- och sjukvård: att hjälpa människor att ändra beteende, Lund: Studentlitteratur AB

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

Sosial- og helsedir. (2006). Alkohol og graviditet: Hva er farlig for fosteret? Hvordan forebygge og behandle? : Rapport fra en ekspertgruppe. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Steinsvåg, P. Ø., & Heltne, U. (2011). Barn som lever med vold i familien: grunnlag for beskyttelse og hjelp. Oslo: Universitetsforl.

Streissguth, A. P. (1997). Fetal alcohol syndrome: A guide for families and communities: Paul H Brookes Publishing.

Wennerberg, T. (2011). Vi er våre relasjoner. Oslo: Arneberg.

Wiig, E. M., Haugland, B. S. M., Halså, A., & Myhra, S. M. (2014). Substance-dependent women becoming mothers: breaking the cycle of adverse childhood experiences. *Child & Family Social Work*, doi: 10.1111/cfs.12190





Borgestadklinikken
Blå Kors Sør

Postboks 1, Sentrum
3701 Skien

Telefon: 35 90 47 00
E post: korus@borgestadklinikken.no
www.borgestadklinikken.no