

DE USYNLIGE BARNNA

Barn av psykisk syke
og rusmiddelavhengige foreldre



Helsedirektoratet



Barne-, ungdoms-
og familiedirektoratet



INNHOOLD

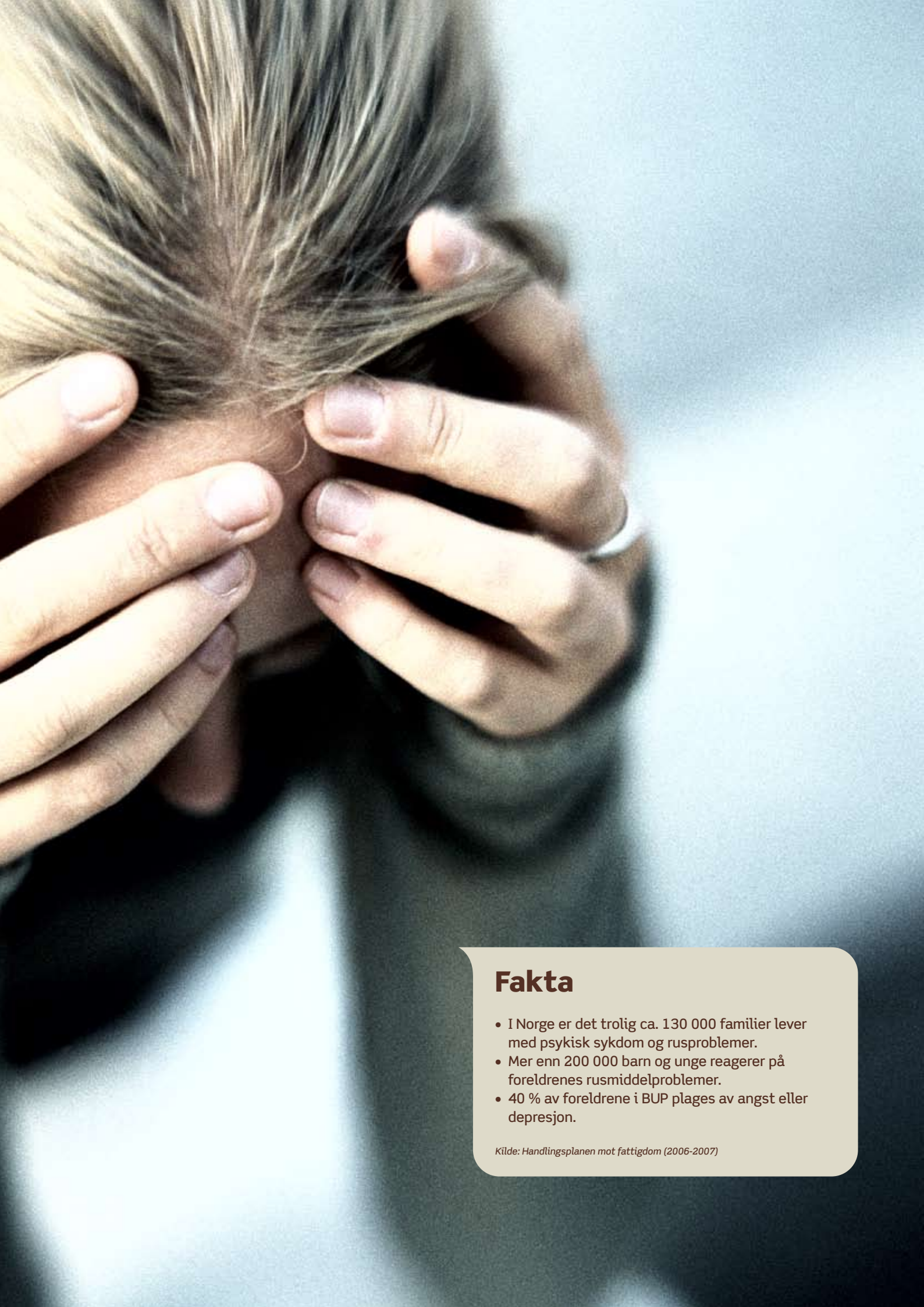
Innledning.....	4
Regjeringens satsing.....	6
Barn som blir sett klarer seg best.....	8
De glemte ungdommene	11
Eksempel fra praksis: Førdemodellen	14
Utfordringer når barn tar rollen som «voksen» i familien	16
Eksempler fra praksis: Lokale tiltak i Asker og Bærum	17
Erfaringer fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling	18
Slik hjelpes barn i familie med alkoholproblemer i Danmark	20
Familieambulatoriet Forebyggelse og behandling ved tidlig og tverrfaglig intervensjon.....	24
Hvordan bryte generasjonsoverføringen av psykiske problemer	28
Litteraturliste	30

INNLEDNING

De usynlige barna har vi kalt heftet du holder i hånden. Det dreier seg om barn av foreldre som enten er psykisk syke eller som misbruker rusmidler. Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet vil gi disse barna et løft i form av satsing innen hjelpeapparatet. Innholdet i dette heftet tar utgangspunkt i utdrag av innlegg på den nasjonale oppstartskonferansen i Oslo den 14. november 2007. Langsiktig oppfølging og økt forskningsaktivitet er blant tiltakene som settes i verk. Dette heftet viser hvordan norske myndigheter satser på dette viktige feltet og inneholder også relevant fagstoff og erfaringer fra andre nordiske land. Bakerst finner du en fylldig litteraturliste for videre fordypning.

Dersom du har behov for å drøfte bekymringer eller om du er allment interessert i å drøfte problemstillinger knyttet til barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre, kan du ta kontakt med helsesøster i kommunen, skolehelsetjenesten, barneverntjenesten, fastlegen, pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT), NAV, Helseforetakene, Barne- og ungdomspsykiatrien (Bup) eller brukerorganisasjoner som Mental Helse og Mental Helse, ungdom eller Voksne for barn.





Fakta

- I Norge er det trolig ca. 130 000 familier lever med psykisk sykdom og rusproblemer.
- Mer enn 200 000 barn og unge reagerer på foreldrenes rusmiddelproblemer.
- 40 % av foreldrene i BUP plages av angst eller depresjon.

Kilde: Handlingsplanen mot fattigdom (2006-2007)

REGJERINGENS SATSING



Tiltak i regi av Helse- og omsorgsdepartementet

I Norge er det trolig mer enn 200 000 barn med foreldre som ruser seg slik at barna reagerer, og 130 000 familier som sliter med psykisk sykdom og rusproblemer. Regjeringen har satt barn og unge høyt på dagsorden og vil styrke arbeidet mot sårbare grupper av barn og unge. I Soria Moria-erklæringen gir vi løfte om at barn med psykisk sykke og rusmiddelavhengige foreldre skal få oppfølging og hjelp. Målet er at tjenestene skal oppdage og følge opp barn som trenger det på en langt mer systematisk måte enn vi gjør i dag. Barn som opplever at mor eller far er rusmiddelavhengig eller psykisk syk, vil ofte beskytte foreldrene sine for enhver pris, og de tier om at mamma tar for mange piller eller at pappa drikker. Mange barn må ta ansvar for husarbeid og småsøsken. Ofte er det bråk i hjemmet, og mange slike familier har dårlig råd. Men vi må huske at rusproblemer og psykisk sykdom også finnes i de såkalt beste familier - høyt opp på den sosiale rangstigen.

I 2007 startet vi en flerårig satsing på tiltak for barn og unge som lever i familier der foreldrene sliter med rusproblemer eller psykiske lidelser - eller begge deler. Dette er en satsing på tvers av departementer, etater og ulike tjenester på alle nivåer. Det handler om holdninger,

åpenhet, om strategier, gode tiltak og om penger. Målet er tidligere og mer langsiktig hjelp til barna, styrke veiledning og kompetanse, øke forskningsaktiviteten, og stimulere frivillige organisasjoner til tiltak.

Nasjonalt kompetansenettverk for forebygging og behandling av problemer hos barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre, ble etablert av departementet i 2007. Sørlandet sykehus HF leder nettverket som skal samle, formidle kunnskap og spre kunnskap til tjenestene. Kompetansenettverket har fått navnet BarnsBeste. Barn av rusmiddelavhengige og psykisk syke foreldre med minoritetsbakgrunn, er særlig sårbare. Helsetilsynet har påpekt at de har et mangelfullt tilbud. Denne utfordringen vil jeg prioritere. Jeg vil vurdere om det er behov for informasjon som legger spesiell vekt på språk og kulturelle forhold.

Sykehus i Nord-Trøndelag og Asker og Bærum har forsøk med lavterskeltilbud for langsiktig oppfølging av gravide mødre og barnet fra fødsel og til skolealder. Målet er å unngå skader hos barnet og bidra til en god utvikling i familien. Dette er spennende forsøk som kan gi oss nyttige erfaringer. Mange alvorlig psykisk syke og rusmiddelavhengige pasienter har barn. Flere helseforetak utvikler nå ordninger med barneansvarlige på avdelinger og poster.

Mange barn strever for å holde på hemmeligheten om rusmiddelavhengighet og psykisk sykdom i familien. Barn skal få informasjon slik at de forstår at de ikke er alene, og at de ikke er skyld i foreldrenes problemer. I samarbeid med *Voksne for barn* har vi laget flere informasjonshefter for barn og unge. En bok for barn i førskolealder er nylig sendt

alle barnehagene i landet. I dag har barna til foreldre med psykisk sykdom og rusmiddelavhengighet, ingen lovfestede rettigheter i helsetjenesten. Helsehjelpen de får, er ofte tilfeldig og mangelfull. Helsepersonell må ta større ansvar i slike situasjoner. Våren 2008 sendte jeg derfor på høring et lovforslag om at helsepersonell skal bidra til å ivareta disse barnas behov.

Jeg ønsker at enhver helsetjeneste som har å gjøre med rusmiddelavhengige og alvorlig psykisk eller fysisk syke foreldre, skal ha gode rutiner for å snakke med dem om barnas informasjonsbehov, trivsel, helse og utvikling. Dersom voksne ikke samtykker til å informere barnet eller i at andre hjelpere skal kontaktes, må dette respekteres etter reglene om taushetsplikt. I høringsnotatet er prinsippet fra FNs barnekonvensjon om barnets beste, lagt til grunn. Hensynet til hva som er best for barnet, veier så tungt at han eller hun bør kunne få viktig informasjon fra helsepersonellet i de mest alvorlige tilfellene.

Jeg ønsker at spesialisthelsetjenesten skal ha helsepersonell med særskilt ansvar for å følge opp barn, såkalt barneansvarlig personell, som allerede er satt i gang ved flere sykehus. Dette vil styrke barnas muligheter for å bli sett og få vurdert hva slags oppfølging de trenger. Jeg vil derfor lovfeste en slik ordning. Jeg tar sikte på å legge fram lovforslag for Stortinget våren 2009.

Jeg har etablert en egen temaside på departementets hjemmeside hvor det blir lagt ut samlet informasjon om alle tiltakene under vignetten *Barn som pårørende*.

Bjarne Håkon Hanssen
Helse- og omsorgsminister



Tiltak i regi av Barne- og likestillingsdepartementet.

Når mor eller far enten er psykisk syke eller misbruker rusmidler, rammer det også familien, spesielt barna. Dette er en sårbar gruppe barn som har vært forsømt lenge. Jeg er derfor glad for at vi nå er godt i gang med nye og gode tiltak for å hjelpe dem.

Barn gjør alt for å dekke foreldrene sine – deres lojalitet er nærmest grenseløs. De fleste barn går gjennom ild og vann for å skjule at far drikker eller at mor har en psykisk sykdom. Dessverre er fars lever sterkere enn barnets psykiske helse. Derfor er det viktig at vi oppdager barna som vi i dette heftet kaller «de usynlige barna». Og vi må tørre å se etter tegn på problemer. Vi må tørre å stille de vanskelige og såre spørsmålene. Både til foreldre og barn.

Rus og psykisk sykdom er fremdeles tabu i vårt samfunn. Men heldigvis ser vi en økende åpenhet både i fagmiljøene og hos folk flest. Fastlegen kan forhøre seg om bruk av alkohol og andre rusmidler. Psykisk sykdom kan være tema i både barnehage og skole. For alle kjenner vi en «Sinnadame». Vi har alle en person som drikker litt for mye i vårt nærmiljø.

Og hvis vi voksne vil, ser vi de barna som rammes av foreldrenes misbruk eller sykdom. Vi ser at de kommer uten matpakke på skolen. Vi ser at de kommer dårlig kledd midt på vinteren. Læreren kjefter på en utilpass tenåring, men spør kanskje ikke hva som skjer hjemme? Vi undrer oss over at barnet ikke deltar på fritidsaktiviteter eller skoleturer, men hvorfor spør vi ikke hvorfor foreldrene aldri stiller på foreldremøter eller på fotballkamp. Noen ganger er det kanskje nødvendig å spørre to ganger, eller insistere på å få et svar – et ordentlig svar.

For barnas skyld må vi snakke om det. For barnas skyld må vi spørre. For barna må få lov til å være barn. De skal slippe å ta ansvaret som egentlig ligger hos de voksne. Eller som et barn uttrykker det:

Den du støtter deg til støtter seg til deg. Mamma satte sine behov foran mine. Er redd for søsteren min. Ønsker egentlig å flytte i fosterhjem. Men hvem skal da passe på søsknene? Vi skulle vært tatt bort hjemmefra.

Det er i første rekke Helse- og omsorgsdepartementet sammen med Barne- og likestillingsdepartementet som har satt i gang tiltak for å hjelpe barna og familiene deres. De skal ha hjelp fra det ordinære tilbudet, og fra mer spesialiserte tjenester. Derfor har vi nå ansatt en koordinator sentralt i Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. I tillegg har vi ansatt fem regionale koordinatorene, én i hver barnevernregion. Disse barnevernsarbeiderne skal arbeide systematisk for å øke kompetansen hos de ansatte i kommunene som møter familiene i hverdagen.

Barne- og likestillingsdepartementet har også startet et forsøk i 26 kommuner. Målsettingen er å få på plass et samarbeid mellom de ulike hjelpetjenestene. På den måten kan kommunen komme tidlig inn og legge til rette for en systematisk oppfølging av barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre – fra graviditet til skolealder. Barne- og likestillingsdepartementet gir penger til dette forsøket. Kommune møtes til regionale og nasjonale nettverks-samlinger. Her deles erfaringer og her høstes kunnskap – erfaring og kunnskap som vil komme «de usynlige barna» til gode.

Barn av foreldre med rusproblemer og psykisk sykdom er en sårbar gruppe. De fortjener at vi gjør alt vi kan for å se og hjelpe dem så tidlig som mulig. Tiltakene vi nå setter i gang vil gi oss mer kunnskap og bedre verktøy til å hjelpe. Vi må se de usynlige barna, vi må hjelpe foreldrene deres, og lytte til det de forteller. For som et av barna som hadde gått alene i årevis, sier:

Det er som den sorte klumpen blir mindre når jeg forteller hvordan det egentlig står til hjemme hos oss.

Anniken Huitfeldt
Barne- og likestillingsminister



BARN SOM BLIR SETT KLARER SEG BEST

Øyvind Kvello,

førsteamanuensis ved Psykologisk institutt, NTNU

Mange barn klarer seg bra, tross risikofaktorer som foreldre med psykiatriske problemer eller rusmiddelbruk. Grunnen til dette er at det finnes beskyttelsesfaktorer, for eksempel at barna blir sett og at det er voksne som bryr seg.

Kvello har undersøkt hvordan det går med barn av foreldre med psykiske vansker og rusmiddelavhengighet – om barna oppdages, hvilke tilbud som gis og hva som hjelper.

Temaet barn av psykisk syke oppleves av mange som vanskelig fordi det rører ved ferdigheter i å være ærlig og å ivareta en tredje part. Interessene mellom foreldre og barn kan være den samme, men også stå i motstrid til hverandre. Befolkningen og ansatte i hjelpeapparatet har ofte den voksne klart plassert øverst i sitt lojalitetshierarki. Det er foreldrene vi ofte identifiserer oss sterkest med. Men FN's konvensjon om barnets rettigheter, Barnekonvensjonen, gir tydelig barnet en plass høyt i et lojalitetshierarki, sier førsteamanuensis Kvello.

Øyvind Kvello peker på at psykiatriske pasienter ofte ber om at deres familier skal få bistand. Mange voksenpsykiatriske klinikker har utviklet rutiner på å vurdere situasjonen til barna hos pasientene. Men dette har ikke ledet til noen tydelig endring i hvordan barna håndteres.

Rusmiddelmissbruk er knyttet til voldsbruk, relativ fattigdom, dårlige boforhold, sosial isolasjon, stigmatisering, kaotisk og lite strukturert livsstil, omsorgssvikt, mishandling og seksuelle overgrep mot barn. Barn av foreldre med psykososiale vansker er en høyrisikogruppe for utvikling av vansker. Likevel får ikke majoriteten av barna en psykisk lidelse. Mange av dem har imidlertid belastninger og symptomer som tyder på psykososiale vansker, sier førsteamanuensis Kvello.

Den årlige statistikken fra SSB viser at det er få meldinger til barneverntjenesten fra voksenpsykiatrien, barnehager, helsestasjoner, fastleger, barneklirikker, rusomsorgen og habiliteringstjenestene for barn og unge. Dette til tross for

at Lov om barneverntjenester fra 1992, paragraf 6-4, gir meldeplikt til barnevernet når barn har atferdsvansker med en varighet på over seks måneder, ved rimelig grunn til å anta at barnet er utsatt for omsorgssvikt eller mishandling.

Det er betenkelig at det er så få bekymringsmeldinger til barnevernet, fordi barna er mest utsatt i den perioden de er under oppfølging av helsestasjon og barnehage. Man venter ofte til man ser symptomer hos barnet før man handler. Har vi fokus på symptomer, kan det gå feil, fordi symptomene kan endre seg raskt i de første leveårene. Venter vi på symptomer, har vi god tid på vegne av barnet, mens livet trøbler seg stadig mer til. Spesielt førskolebarn lider av at både foreldre og fagfolk tenderer mot å se an situasjonen og ha en sterk tiltro til spontan heling. Forskning viser at betydelige psykososiale vansker hos spedbarn kan vare i flere år, sier Øyvind Kvello.

Forskeren mener at symptomer best kan forstås innen i stedet for mellom utviklingsfasene til barnet. Spesielt vanskelig er det å vurdere symptomer opp til treårsalderen, fordi mange symptomer barn har på vansker i denne aldersperioden er forbigående. Andre symptomer er tidlige uttrykksformer for senere, mer omfattende og alvorlige, problemer. Det er ikke lett å skille mellom disse to symptomgruppene. I påvente av mer spesifikk kunnskap, er det best å vurdere barns vansker i denne alderen ut fra intensiteten i symptomene, altså høye framfor moderate skårer på sjekklister for vansker. Mange psykiske lidelser kan i dag oppdages innen barnet er 1,5 år gammelt. Øyvind Kvello fastslår at barna som lider under foreldres psykiske sykdom eller rusproblemer bare oppdages i svært varierende grad. Fortsatt er det for mange barn som ikke oppdages. De som oppdages tilhører ofte to grupper: De som har utviklet lidelser og barn som er så grovt forsømt

eller mishandlet at barnevernet fremmer sak om omsorgsovertakelse. Det som hjelper barna er tidlig intervensjon og identifisering av risikogrupperne. Man må benytte kunnskap om hvordan uttrykk på å lide overlast fluktuerer. Det er ugunstig å vente til det foreligger så mange stabile symptomer at en sikker diagnose kan bli stilt.

Det er viktig å ha kunnskaper om hvordan beskyttelsesfaktorer virker beskyttende på barnet: Når foreldre med psykiske lidelser får det bedre, så blir det også bedre for barnet. Både foreldre og barn trenger bistand. Men behandling av den voksne leder ikke automatisk til at det blir bedre for barnet. Foreldre mangler ofte omsorgsferdigheter i tillegg til de psykiske problemene. I slike tilfeller er det behov for foreldretrening, sier Kvello.

Det finnes en del lovende tiltak rettet mot barn av psykisk syke: Barn av psykisk syke (BAPP) – i hovedsak basert på Van Doesums KOPP-program – og tiltak av ansatte i hjelpeapparatet etter å ha deltatt i videreutdanningen «Barn av psykisk syke». Tilbudet preges generelt av å være et felt i den spede oppstartfasen, med ildsjeler, lite systematikk og mangel på forskning og dokumentasjon.

Førsteamanuensis Øyvind Kvello framhever dette som noe av den mest skadelige oppdragsatferden som ofte forekommer hos foreldre med psykiske lidelser: Avreagering av egen smerte og frustrasjon på barnet, fiendtlighet rettet mot barnet, aktiv involvering av barnet i paranoide vrangforestillinger og psykotiske oppfatninger. Videre er det skadelig med sterkt maktorientert grensesetting og hyppig bruk av grove trusler, inkonsistent grensesetting, mangel på sensitivitet på barnets signaler og lite kjærlighet og varme.

Fakta

- 20 til 23 prosent av befolkningen kan sies å ha psykososiale vansker. Omkring halvparten har én eller flere psykiske lidelser.
- Tall fra SINTEF helse (2006) viser at ca 15 000 barn og unge lever i en familiesituasjon med foreldre som får behandling i spesialisthelsetjenesten. I følge levekårundersøkelsen fra 2005 vil to av tre av disse barna utvikle psykiske problemer, og en av tre får alvorlige problemer.
- Psykiske lidelser er ofte tilstede før rusmiddelmisbruket.





DE «GLEMTE» UNGDOMMENE

Organisasjonen Voksne for Barn har i mange år arbeidet for at barns behov skal bli ivaretatt når mor eller far er psykisk syk. For å bidra til at det gis riktig og relevant hjelp, har organisasjonen spurt dem det gjelder om hva de mener er viktig i en slik situasjon. Dette er barn og unge i alderen 10 - 18 år, fra ulike steder i landet, og som har foreldre som er, eller har vært, psykisk syke. Tre av dem deltok på oppstartskonferansen.

HER ER NOEN AV SPØRSMÅLENE:

- Hva eller hvem hjelper deg å håndtere å leve med en syk forelder?
- Hvilken type støtte eller hjelp skulle du ønske at du kunne få?
- Hva er det viktig at voksne som møter barn som er i denne situasjonen tenker på?
- Hvordan ønsker du å bli møtt – fra din mors/fars behandlere, skole, helsestasjon etc?
- Har du ideer om hvordan man kan finne fram til barn som er i denne situasjonen?
- Hvilke råd vil du gi til fagfolk som arbeider med barn og unge som har en psykisk syk forelder?

Konsekvenser i hverdagen:

- Det er mye kaos rundt en. Du mister sjansen til et normalt liv.
- Du tar på en maske om mor/an. Vi skjuler at vi eller foreldrene har det vondt. Får mye ansvar, for eksempel overfor søsken. Tar ansvaret til foreldrene.
- Man får en vanskelig hverdag og slitsomme dager. Er ofte sliten og får ingenting i orden. Det er et problem å få skole, fritid og familie til å gå sammen.
- Jeg måtte takle voksenproblemer og følte press overfor situasjonen hjemme.
- Den du skal støtte deg til, støtter seg til deg.
- Det er vanskelig med venner. Man vet ikke om man kan gå ut eller om man tør ta med venner hjem.
- Vi hadde det tøft hjemme, og jeg prøvde å få til noen lettelser på skolen. Da fikk jeg høre at jeg bare var i trassalderen!

Om følelser:

- Frykten, den går igjennom alt.
- Du føler frykt for å bli syk selv.
- Du er misfornøyd med deg selv og tenker negative tanker.
- På samlingene kom det fram mye redsel. Mange av oss er redde for selv å bli syke – hadde hørt at det var arvelig. Man er redd for å føre det videre til egne barn. Flere hadde selvmordstanker, spiseforstyrrelser. Det var selvskading.

Om uvissheten:

- Uvissheten om hva som skal skje er vanskelig. Ikke vite om mamma kan bli syk igjen og hvor lenge det vil vare.
- Jeg visste ikke at mamma var syk. Hadde ønsket å vite det.
- Man blir ensom. Får mange spørsmål man ikke kan svare på, vet ikke hvor man får hjelp. Det er mye usikkerhet, vanskelig å prate.

Om hva som kan være god hjelp:

- Alt vi vil, er at noen skal bry seg! Det spiller ingen rolle hvem som bryr seg, bare noen gjør det. Folk har for lite kunnskap. De trenger kunnskap.
- Viktig med hjelp tidlig, før man utvikler en psykisk sykdom selv.
- De voksne må lære seg å oppdage signalene hos barna.
- Man trenger informasjon som man skjønner, det må være riktige ord.
- Vi trenger å snakke med og møte andre som har opplevd det samme som oss selv.
- Dere som jobber med dette må finne oss, og vise oss det dere har å tilby. Det er ikke så lett for oss å gå til dere, mye er tabubelagt. Vi har behov for å være vanlige ungdommer av og til!
- Jeg fikk god hjelp av en helsesøster. Men fra en barnevernsarbeider fikk jeg høre at jeg var trassig, og bare var opptatt av å flytte hjemmefra.
- Vi har møtt mange bra folk, men også mange systemer som ikke fungerer.
- Det har vært viktig å dele erfaringer i samtalegrupper. Noe som går igjen i gruppene er at det er viktig at noen bryr seg. Mange lurer på hvorfor det er så vanskelig å bry seg?
- På skolen har det vært lite oppfølging fra lærere og helsesøster. De hadde ikke kunnskap til å hjelpe.

De unges erfaringer, synspunkter og forslag finnes samlet i en rapport på Voksne for Barns nettsider, www.vfb.no.



Råd til dem som skal hjelpe:

- Det er bra med informasjon fra dem som jobber med dette – ikke bare fra foreldrene.
- Skulle ønske at noen kom på uanmeldt hjemmebesøk for å se hvordan barna har det når foreldrene er syke. Man må snakke med barna også, uten at foreldrene er til stede, for barn er veldig lojale.
- Det er viktig hvordan man blir møtt når man ber om hjelp. Det må være voksne som gir deg håp, som er engasjerte og som viser at det går å gjøre noe for å få det bedre.
- Ikke vær så «intelligente», kom dere ned på vårt nivå!
- Vi mangler forbilder og håp.



Fakta

Barnevernstatistikken viser at:

- 16 % av barnevernsbarna hadde foreldre med psykiske lidelser.
- 14 % av barnevernsbarna hadde foreldre med rusmiddelproblemer.
- 61% oppgir bekymringer om «forholdene i hjemmet».

EKSEMPEL FRA PRAKSIS FØRDEMODELLEN

I Førde i Sogn- og Fjordane er det etablert et tverrfaglig konsultasjonsteam for saker som gjelder spedbarn og småbarn i risiko.

Konsultasjonsteamet er et samarbeidsprosjekt mellom Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) ved fagteamet i Sogn og Fjordane og Psykisk helsevern for barn og unge i Sogn og Fjordane, etablert i 2003. Saksmengden har økt jevnt og trutt, fra fire saker det første året, 28 saker i 2005 til 33 saker i 2007, opplyser fagteamleder Anne Kristin Kleiven i Sogn og Fjordane som er leder for konsultasjonsteamet.

Konsultasjonsteamet er et forebyggende tiltak der en ønsker å oppnå raskere og bedre koordinering av tiltak med god faglig kvalitet for aldersgruppen 0-6 år. Dette er et lavterskeltilbud for fagpersoner og etater som arbeider med gravide, småbarnsforeldre og barn. Teamet gir anledning til å drøfte sped- og småbarn-saker anonymt eller med samtykke fra foreldrene. De faste representantene i teamet er lederen for fagteam, psykologen i fagteamet, en psykologspesialist fra Barne- og ungdomspsykiatrien (Bup) i Førde, samt lederen av Blåklukka barne- og foreldresenter. Aktuelle brukere av teamet er det kommunale barnevernet, sosialtjenesten, psykiatritjenesten, helsestasjon, lege, habilitering, voksenpsykiatri, rusvern, psykisk helsevern for barn- og unge, familievernkontoret, Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) og sykehuset.

I tillegg til arbeidet i konsultasjonsteamet, har fagteamet i Bufetat og det oppsøkende psykoseteamet i voksenpsykiatrien (OP-teamet) faste møter hver sjette uke. Teamet arbeider med personer som har alvorlige psykiske lidelser, og som trenger tett oppfølging utenfor institusjon. Noen av disse har barn under 18 år, opplyser fagteamleder Kleiven.

Møtene blir brukt til gjensidig konsultasjon på anonymiserte problemstillinger knyttet til psykisk lidelser og omsorg for barn. Fagteamet kan bidra med kunnskap om barnevern (juss, faglig forståelse, saksbehandling, informasjon om hjelpealternativ). Psykoseteamet bidrar overfor Bufetat med forståelse av psykiske lidelser hos foreldrene (behandling, prognose mv). Samarbeidet har pågått i et par år. Det har resultert i at OP-teamet har fått til et konkret samarbeid med kommunalt barnevern i flere saker. Samarbeidet har ført til at man ser barnas situasjon tydeligere i familier der en eller begge foreldre har psykoseproblematikk. Det leggestil rette for hjelpetiltak med fokus på alle i familien. Fagteamets kompetanse på psykoseproblematikk har økt, og OP-teamet har økt fokus på barnas behov. Fagteamet inviterer også samarbeidspartene til lokale kompetansestyrkingstiltak for kommunene når temaene er faglig relevante.

UTFORDRINGER NÅR BARN TAR ROLLEN SOM «VOKSEN» I FAMILIEN

Tormod Rimehaug,
psykolog ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Midt-Norge

Mange psykisk syke og rusmiddelavhengige som har omsorg for barn er gode nok foreldre, og alle gjør sitt beste. Men for noen barn blir det ikke godt nok.

Ifølge Rimehaug er det stor spennvidde blant disse barna. De kan fungere godt og være lite berørt av foreldrenes problemer. Andre er overtilpassede barn med kamouflerte problemer, og noen er sårbare, vanskelige, alvorlig traumatiserte, forsømte og plagede barn. De negative konsekvensene skyldes både genetisk sårbarhet, rusmiddelskader, omsorgssvikt og traumatisering.

Den vanligste måten å tilpasse seg på, er å gå inn som «voksne» og ta ansvar i hjemmet. Disse barna ser ut som om de fungerer godt, men plages ofte av skyldfantasier og skamfølelse og bekymring for foreldre og egen framtid og helse. Andre tilpasningsformer er å bli barnslig og umoden i reaksjonene, ta en «klovnerolle» eller å unngå hjemmet og familien.

BUP spør ikke rutinemessig om foreldreproblemer og særlig rusproblemer er tabuisert og fortiet av familiene. Det bør være rutine å gjøre seg kjent med personer, verdier og problemer i familie og slekt for eksempel ved hjelp av familiekart. Behandlere må bygge en allianse og relasjon til både barn/ungdom og foreldre. Da tåles det bedre at en både anerkjenner foreldrenes betydning og gode intensjoner, men også kan påpeke problemer uten at det oppleves bebreidende. Psykiatrien har hatt et tradisjonsproblem ved at bekymringsmelding til barnevernet

har vært ensbetydende med å gi opp, en siste utvei først når alt annet er prøvd. Egne tiltak opphører og en forsøker heller å «diktere» barneverns-tiltakene. Løsningen burde være å arbeide langsiktig og åpent med bekymringsmeldinger som en del av en prosess i stedet for at det blir et endepunkt og et brudd i samarbeidsalliansen. Men både barne- og ungdomspsykiatrien og barnevernet forsøker iblant å «eksportere» problemer til hverandre heller enn å samarbeide om vurderinger og tiltak, sier Rimehaug.

Rimehaug legger vekt på at psykiatriens viktigste utfordring er å gå inn i forpliktende samarbeidsstrukturer med andre der en deler kompetanse. Det kan avlaste heller enn å bety enda mer arbeid. Han peker også på at fastlege og helsestasjon i kombinasjon burde ha rollen som «informasjonssentral» for foreldreproblemer som kan ha betydning for barna. Men dette krever ofte et motiveringsarbeid for å få foreldrenes samtykke til å formidle opplysningene.





Eksempler fra praksis:

Lokale tiltak i Asker og Bærum

Nyere forskning viser at det ikke er foreldrenes psykiske lidelse i seg selv som kan være skadelig for barns utvikling. Men skader kan komme av svikt i foreldrefungeringen. Psykisk lidelse øker risikoen for at det utvikles og opprettholdes uheldig foreldre-atferd. For å møte disse problemene har man satt i gang følgende tiltak i Asker og Bærum:

- «Pasienter har også barn»
1999-2001.
Blakstad sykehus/ Redd Barna/HR
- «Du er ikke den eneste»
2001-2002.
Blakstad, Asker- og Bærumklinikken,
Asker og Bærum kommuner,
Redd Barna/HR
- «Åpenhet, styrke og mestring»
2003-2005.
Flaaten og Myrvoll 2006. Voksne
for Barn, HR, Psykisk helsetjeneste
for barn og unge Bærum
- «La oss snakke om barna»
2007-
PSA/R-BUP

Samarbeidsavtale om forebyggende hjelp til barn og unge med psykisk syke foreldre.

Virksomheten er et samarbeid mellom Asker og Bærum kommune og Sykehuset Asker og Bærum Helseforetak, fungerende fra 2001, formalisert april 2005

Utfordringer for voksenpsykiatrien:

- Både barne- og voksenperspektivet
- Både behandlings- og forebyggingsperspektiv
- Både spesialisthelsetjeneste og kommune/tverrfaglig/tverretattlig samarbeid

Kilde: Kari Lund, Lærings- og mestringssenteret, Sykehuset Asker og Bærum HF

ERFARINGER FRA TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING

Fagsjef Kristin Tømmervik,
Lade Behandlingscenter

Det store antallet barn som blir belastet av foreldres rusmiddelbruk, er ikke barn av tunge rusmisbrukere, men barn av høykonsumenter av alkohol. Barn med alvorlig rusrelatert skjevutvikling er en mindre gruppe, barn i risiko utgjør den store gruppen. Ut fra et folkehelseperspektiv er det viktig å nå barn som er i risikozonen og hindre at disse barna utvikler alvorlige vansker.

Dette sier fagsjef Kristin Tømmervik ved Lade behandlingscenter i Trondheim. Hun er særlig opptatt av strategier for barn i risiko, tiltak rettet mot barn innen rusfeltet og god kvalitet på ordinære tjenester rettet mot barn.

Forebygge at barn blir født med alkoholrelaterte skader
Tømmervik fastslår at alkohol er det mest fosterskadelige rusmiddelet og den viktigste årsaken til medfødt hjerneskade. Nyere forskning viser at det ikke er noen sikker nedre grense for alkoholbruk i graviditet. Foster har ulik sårbarhet for alkoholeksponering. Den vordende mor kan ikke vite om hun bærer et robust eller sårbart foster. Alkoholkonsum i svangerskapet gir risiko for suboptimal utvikling som nedsatt oppmerksomhet, hukommelse, tempo i bearbeiding av informasjon, atferdsvansker, lærevansker; matematikk, o.a. Kvinner i fruktbar alder i dag har økt sitt alkoholkonsum betydelig sammenlignet med sine mødre: 25 prosent av kvinner i et normalutvalg i Norge har hatt høykonsumsepisoder tidlig i svangerskapet (Alvik, 06; Tømmervik/Håkansson, 04). Dette gir grunn til bekymring.

Det er et stort behov for folkeopplysning. Jeg etterlyser merking av alkoholholdig drikke, sier fagsjef Tømmervik. Gravide vet at alkohol ikke er bra for fosteret, men mange vet ikke hvor skadelig det er.

Tømmervik mener det er viktig å fokusere på forebygging for å unngå risiko for livsvarige vansker hos barn. Graviditet er en gylden fase for livsstilsendringer, både hos lav- og høykonsumenter. Foreldre reevaluerer vaner og er motiverte

for råd og opplysning. Høykonsumenter og misbrukere påvirkes av normer i den generelle kulturen. Kristin Tømmervik går inn for en alkoholfri sone rundt graviditeten. Overraskende mange vordende foreldre opplever ikke å ha fått et klart råd om totalavhold i svangerskapet (Håkansson/Tømmervik 04). Kartlegging av alkoholbruk bør innarbeides som en naturlig del av svangerskapsomsorgen. Rutinemessige spørsmål vil gi verdifull informasjon for tilpasset helserådgivning og bidra til å avtabuisere alkoholtemaet.

Solidarisk alkoholpolitikk

Tømmervik understreker at det er viktig å opprettholde en solidarisk alkoholpolitikk. Vi må være bevisste i forhold til en pågående «hverdagsliggjøring» av alkoholbruk. Eksponering for alkoholbruk er en stadig større del av barns hverdag. Jo større konsum i den generelle befolkning, desto flere høykonsumenter og desto flere barn vil bli belastet av foreldres alkoholbruk.

Fagsjef Kristin Tømmervik viser til en ny forskningsrapport som finner en sterk sammenheng mellom en streng alkoholpolitikk og lavt forbruk. Norsk alkoholpolitiske virkemidler inkluderer høye priser, lav promillegrense, reklameforbud og begrensninger i tilgjengelighet. Norge ble kåret som «best i test» i en undersøkelse blant 30 land. Hun fastslår at forskning viser at den «upopulære alkoholpolitikken» fungerer for å forebygge skader, både hos voksne og barn. Norsk alkoholpolitikk er god for barn!

Kvalitet i ordinære tjenester for barn og familier

Tømmervik understreker den generelle, forbyggende funksjonen

til helsestasjonene, helsestasjoner for ungdom, jordmødre og andre, i tillegg til disse tjenestenes spesifikke oppgaver og funksjoner. Solide basistjenester som når bredden av småbarnsfamilier er god forebygging. Barn med store rusrelaterte belastninger mangler ofte stabile voksne. Det er behov for supplerende voksenstøtte. Voksentegethet på andre arenaer er viktig: Barnehage, SFO, skole, spesialpedagogisk tjeneste. Fagsjef Tømmervik er bekymret for rasjonaliseringen som foregår i ordinære tjenester, og spør hvilken pris dette har for utsatte grupper.

Hvordan møter rusfeltet utfordringene?

Spesialiserte rustjenester når bare en liten del av hjelpe-trengende familier, og ofte når problemutviklingen har kommet langt, fastslår Tømmervik. Det er behov for å integrere arbeid med rusproblemer i det ordinære hjelpeapparatet. Dette forutsetter kompetanseheving rettet mot helse- og sosialpersonell i arbeid med gravide og småbarnsfamilier.

Hjelpeapparatet må bli flinkere til å avdekke risiko, styrke arbeidet rundt utsatte familier og bedre henvisningspraksis for familier som trenger mer spesialisert hjelp.

Flere av de spesialiserte rustjenestene med ansvar for gravide og familier har over år bidratt til kompetanseheving og metodeutvikling rettet mot fagfolk i kommunene. Her er det en utfordring å sikre kontinuitet i arbeidet.

Vi må involvere barn i behandlingen av voksne, og ta høyde for dette ved dimensjonering av institusjoner og tiltak. En større involvering av barn i behandlingen av voksne med rusmiddelproblemer krever også metodeutvikling på feltet, sier Tømmervik. På metodesiden skjer det nå interessante ting! Hun peker på at det er mange grader av involvering av

barna; fra å hilse på barna og gi dem informasjon, til familieterapi og egne behandlingstilbud. Det er viktig å etablere samarbeid med andre relevante tjenester for barn, mener fagsjef Kristin Tømmervik.

Fakta om familieavdelingen ved Lade

Lade Behandlingssenter har hatt ansvar for gravide på tvang (lov om sosial tjenester § 6-2a) fra 1996. En egen familieavdeling ble etablert i 2003 med 6 familieplasser. Avdelingen tar imot gravide med eller uten partner, samt frivillige småbarnsfamilier med barn i aldersgruppen 0-6 år. I tillegg til rusbehandling er arbeid med tilknytning til barnet og god svangerskapsomsorg vektlagt for både mor og far før fødsel. Foreldrene har ofte behov for bistand i forhold til stressfaktorer som økonomi, bolig, ADL, innarbeidelse av en hensiktsmessig døgnrytme, samt ivaretagelse av psykisk og fysisk helse for både foreldre og barn. Familieavdelingen samarbeider med helse- og sosialtjenester, barnevernet og andre instanser. Etter fødsel tilbys langsiktig, helhetlig behandling med barnefokus hvor samspillstrening er en viktig komponent.

Det er etablert egne barnegrupper på Lade. Både barn med synlige tegn på mistilpasning, eller ingen tegn på mistilpasning, er inkludert. Gyldiggjøring av opplevelser og bearbeiding av barnas belastninger står sentralt. Barna skal bli hørt, sett og forstått. Gjennom å bryte isolasjonen, dempes barnas skyld og skamfølelse. Som et ledd i det å spre kompetanse og metodikk er en metodehåndbok under utvikling.

Arbeidet gir resultater. Barna selv, foreldre, barnevern og skole beskriver positive endringer i barnas utvikling. Arbeidet er forankret i foreldresamarbeid og samarbeid med henvisende instans.



«Hvis jeg ikke får snakket med noen om det som plager meg, blir jeg kald innvendig»

Gutt 10 år



SLIK HJELPES BARN I FAMILIER MED ALKOHOLPROBLEMER I DANMARK

Kirsten Mundt,
koordinator, Center for Forebyggelse i Sundhedsstyrelsen

Direkte eller indirekte tiltak rettet mot barn i familier der foreldrene har alkoholproblemer gir færre symptomer på belastning hos barna og bidrar til at de mestrer situasjonen bedre. Familieorientert alkoholbehandling er forebyggende. Det sier koordinator Kirsten Mundt ved Center for Forebyggelse i Sundhedsstyrelsen i Danmark.

Når man trekker med hele familien øker sannsynligheten for at den alkoholavhengige søker behandling, og effekten av behandlingen øker. Effekten av familieorientert alkoholbehandling er reduksjon av psykososiale problemer hos barna, større tilfredshet i parforholdet, færre skilsmisser og bedre familiefunksjon med tanke på konflikter, omsorg og samhørighet. Vi ser også at slik behandling gir reduksjon av vold i hjemmet, sier Mundt.

Center for forebyggelse anbefaler at man ikke bare arbeider med drikkeopphør som mål for behandlingen, men også med familiens og foreldrenes samhandling. Alle barn fra familier med alkoholproblemer har krav på vurdering av deres situasjon og tilbud om forebyggende hjelp - og behandling, dersom behovet skulle tilsi det. Alkoholbehandlingen bør også tilby hjelp til familiemedlemmene selv om forelderen som drikker ikke ønsker å gå i behandling.

Center for Forebyggelse definerer at det eksisterer et alkoholproblem når bruken av alkohol virker forstyrrende på de oppgavene som skal tas hånd om i familien, og de følelsesmessige båndene mellom familiemedlemmene belastes og forstyrres av en annens alkoholforbruk. Mundt mener det er i ferd med å skje et paradigmeskifte i Danmark fra å se et alkoholproblem som et individuelt problem til å se det som et familieproblem. På grunnlag av denne nye forståelsen er det etablert et prosjekt med barne- og familiesakkyndige til støtte for barn i familier med alkoholproblemer.

Formålet med prosjektet er at kommuner og regioner systematisk skal forankre støtten til barn i familier med alkoholproblemer i den daglige driften i de relevante institusjonene. Det etableres et samarbeid mellom pedagogisk sektor, sosialsektoren og alkoholbehandlingssektoren. Fra 2004 til 2008 er det bevilget 11,7 millioner kroner årlig til prosjektet. Det er ansatt barne- og familiesakkyndige i alkoholbehandlingen i 14 kommuner og to regioner. Tilbudet er gitt til alle kommuner i Danmark, og ved utgangen av 2007 deltok 74 av 98 kommuner aktivt.

Prosjektet tilbyr kommunene tverrfaglige kurs i å oppfatte signaler, samtale med foreldre og barn og henvise til behandling. Kommunene får faste rutiner ved hjelp av manualer. Prosjektet tilbyr også konsulenthjelp til samtaler om alkoholbruk. Pedagoger og lærere får tilbud om kurs i daglig støtte til barn. Prosjektet har utviklet metodekurs for alkoholbehandlere for å styrke foreldrekompetansen og til å gjennomføre familie-samtaler om alkoholrelaterte samspillsmønstre i familien.

En kartlegging høsten 2005 viste at alle danske alkoholbehandlingssenheter har deltatt i kompetanseutviklende aktiviteter i forhold til å trekke inn barne- og familieperspektivet i behandlingen. 56 prosent av alkoholbehandlingsinstitusjonene har integrert barne- og familieperspektivet i serviceerklæringer og beskrivelse av kjerneoppgaver. Resten av alkoholbehandlingssenheterne arbeider med å få dette på plass.



Fakta

60.000 danske barn mellom 0-18 år bor sammen med en forelder som har vært innlagt på sykehus på grunn av en alkoholrelatert sykdom¹. 40 prosent av klientene i et alkoholbehandlingssenter er selv vokst opp i en familie med et alkoholproblem².

I 44 prosent av tilfellene er misbruk en medvirkende årsak til at barnevernet plasserer barn utenfor hjemmet³. Det er skjønnsmessig vurdert at det årlig fødes 100 danske barn med medfødt alkoholsyndrom (FAS) og 300 barn med medfødt alkoholeffekt (FAE)

Rundt 10 prosent av barn i familier med alkoholproblemer vurderes å være behandlingstrengende i barnepsykiatrien. 40 prosent har symptomer på forskjellige former for psykiske belastninger⁴.

33 prosent av voksne barn fra familier med et alkoholproblem utviklet selv et alkoholproblem; kun 8 prosent blant dem som vokste opp i en familie uten et alkoholproblem gjorde det samme. 1/3 av de voksne barna har eller har hatt en psykisk lidelse, som depresjon eller angst. Hver syvende har eller har hatt en spiseforstyrrelse⁵.

1. Internt notat, Sundhedsstyrelsen, DK 1999

2. Nielsen B, Nielsen A S. Odensemodellen, Fyns Amt 2001

3. Små børn anbragt uden for hjemmet. En forløbsundersøgelse af anbragte børn født i 1995. Socialforskningsinstituttet 2004

4. Christensen HB, Bilenberg N. Behavioural and Emotional Problems in Children of Alcoholic Mothers and Fathers. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry* 2000; 9: 219-226

5. Lindgaard H. Voksne børn fra familier med alkoholproblemer - mestrings og modstandsdygtighed. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet 2002



Et av resultatene av prosjektarbeidet er at de aller fleste behandlere som arbeider med alkoholproblemer registrerer barna. Det etableres barnegrupper og voksenbehandlerne har fått øye på de voksne som foreldre, sier Kirsten Mundt. Det er fortsatt en utviklingsprosess å få integrert samtaler med hele familien som en systematisk del av alkoholbehandlingen. Dessuten er behandlere i kommunenes familiesentre blitt kurset i å spørre systematisk om alkoholforbruket i familiene. Dette har fått fram skjulte problemer slik at familiene kan få relevant hjelp. Et tredje og vesentlig resultat er at projektet blir organisert med solid politisk og ledelsesmessig støtte. Innsatsen integreres i kommunenes og institusjonenes alkohol- og rusmiddelpolitikk og handlingsplaner.

«Behandlere ved kommunenes familiesentre i Danmark er blitt kurset i å spørre systematisk om alkoholforbruket i familiene.»

Prosjektet i Danmark blir evaluert i høsten 2008. Da blir det også arrangert en nasjonal konferanse.

Mer informasjon om prosjektet på www.naarmoreellerfardrikker.dk



FAMILIEAMBULATORIET

FOREBYGGELSE

OG BEHANDLING VED

TIDLIG OG TVERRFAGLIG

INTERVENSJON

Overlege May Olofsson,

Familieambulatoriet ved Hvidovre Hospital og Rigshospitalet i Danmark

Barn i familier med alkohol- og stoffproblemer er høyrisikobarn. De er fra den tidligste fosterutviklingen og i alle utviklingsfaser utsatt for en mengde faktorer – av både biologisk og psykososial karakter – som kan skade deres utvikling alvorlig og påføre dem en livslang funksjonshemming.

I Danmark ble det i årene 1979 – 81 foretatt en etterundersøkelse av hvordan det var gått med 89 barn født av 79 opiatavhengige mødre. Resultatene var sjokkerende og førte til etablering av den tverrfaglige spesialavdelingen Familieambulatoriet ved Hvidovre Hospital og Rigshospitalet i København. Brukergruppen er gravide rusmiddelbrukere og deres barn.

Forebyggelse og behandling må ikke bare settes inn i forhold til rusmidlene, men i forhold til kvinnens samlede helsetilstand og livssituasjon, både fysisk, psykisk og sosialt, sier Olofsson.

Familieambulatoriet ser en direkte sammenheng mellom antall svangerskapsundersøkelser og barnets tilstand. Rusmiddelbrukere lever ofte under meget pressede og ustabile forhold slik at det blir vanskelig for dem å overholde avtaler eller å klare ventetid i venteværelser. Blir de avvist når de møter for sent til en avtale, kommer de ikke igjen. Familieambulatoriets struktur og arbeidsmodell har vist seg anvendelig i forhold til den meget komplekse problematikken som er knyttet til denne pasientgruppen. Det er viktig for en tillitskapende kontaktetablering at den gravide rusmiddelbrukende kvinnen møtes med en identitet som «gravid eller vordende mor» og ikke med en identitet som «misbruker». Den profesjonelle må bevisst ikke bruke en terminologi som kan oppleves diskriminerende, eksempelvis ord som «misbruker», «alkoholiker», «narkobarn» og liknende. Rådgivningen gis saklig og nøytralt og med en forventning om at den gravide er kompetent til å motta informasjon og rådgivning og til å ta beslutninger som er viktige for henne og det kommende

barnet. Disse holdningene og metodene er grunnlaget for arbeidet til Familieambulatoriet ved Hvidovre Hospital og Rigshospitalet i København.

Familieambulatoriet

Familieambulatoriet er en tverrfaglig bemannet spesialavdeling som arbeider med gravide rusmiddelbrukere og deres barn fram til skolealder, både når det gjelder forebygging, behandling og forskning. Formålet er å forebygge medfødte skader og sykdommer, forebygge feilutvikling, omsorgssvikt og mishandling. Organisatorisk hører Familieambulatoriet til under fødselavdelingen med en funksjon også i nyfødt- og barneavdelingen. Familieambulatoriets medarbeiderstab består av leger, jordmødre, sosialrådgivere, psykologer og sekretærer. De ansatte arbeider i tverrfaglige team, som har ansvaret for forebygging og behandling i hele perioden fra graviditeten er konstatert og fram til barnets skolestart. Hovedvekten er lagt på graviditet, fødsel, nyfødt- og barselsperioden – til mor og barn er utskrivningsklar fra sykehuset. De tverrfaglige teamene har et tett samarbeid med personalet i nyfødt- og barneavdelingen.

Tilbudet ved Familieambulatoriet er åpent og uten ventetid. Legehenvvisning er ikke nødvendig. Folk kan henvende seg direkte fra gaten. Man kan være anonym hvis man ønsker det.

Tidlig kontakt viktig

En tidligst mulig oppsporing av gravide med rusmiddelbruk er av avgjørende betydning for å kunne forebygge medfødte skader hos barn. Det er viktig at alle gravide tidlig i svanger-



«Uteblir kvinnen, kommer Familieambulatoriet på hjemmebesøk eller oppsøker den gravide på annen måte.»

tilstand. Substitusjonsbehandling av gravide skal alltid følges opp med tett kontroll av graviditeten og fosterets tilstand på grunn av risiko for graviditetskomplikasjoner. Familieambulatoriet treffer vanligvis de gravide hver uke. Uteblir kvinnen, kommer Familieambulatoriet på hjemmebesøk eller oppsøker den gravide på annen måte.

Behandling av nyfødte med abstinens (NAS)

Abstinens hos nyfødte barn kan uten behandling hurtig utvikle seg til en livstruende tilstand. Derfor bør alle nyfødte som har vært utsatt for rusmidler gjennom fosterstadiet, særlig rett før fødselen, observeres i spesialavdelingen for nyfødte. Ved opioidabstinenser anvender Familieambulatoriet et opioid (svake opiumsdråper), og ved andre former for abstinenser anvendes fenemal eller begge medikamenter.

Abstinenssymptomer medfører i seg selv ikke varig fysisk skade på barnet, men konsekvensen kan bli forsinkelse og/eller forstyrrelse i barnets tilknytningsutvikling, forsinkelse i den språklige utviklingen, konsentrasjonsvansker og andre problemer. Barn med medfødt alkoholskade har som nyfødte og spedbarn oftest symptomer av samme karakter som abstinente barn. Men ettersom alkoholskadede barn kan få symptomer av varig karakter, må disse barna beskyttes mot for mange sanseinntrykk. Oppvekstmiljøet skal være rolig, trygt, strukturert og forutsigbart og uten for mange endringer i de daglige rutinene.

Tverrfaglig samarbeid

Familieambulatoriet innleder tidlig i svangerskapet et tett samarbeid med sosialforvaltningen og andre profesjonelle personer slik at relevant og tilstrekkelig hjelp kan stå klar så snart barnet forlater sykehuset etter fødselen. Familieambulatoriet innkaller til en tverrsektoriell konferanse hvor sosialforvaltning, praktiserende leger, narkotikabehandlings-system, alkoholbehandlingssystem, sykepleier og andre relevante fagfolk deltar. Formålet med møtet er å få belyst familiens samlede problematikk og ressurser. I fellesskap drøfter man hvordan familien best kan hjelpes med særlig oppmerksomhet på behovene til det nye barnet. Det utarbeides en konklusjon og forslag til videre handlingsplan hvor rollene er fordelt. Familieambulatoriet utarbeider skriftlig referat fra møtet, og dette møtereferatet utgjør et viktig arbeidsredskap fordi det sikrer at alle arbeider mot samme mål. Slike møter holdes ved behov, for eksempel første gang midt i graviditeten, når barnet er født, og igjen når barnet er ca. tre måneder gammelt.

Familieambulatoriets erfaring er at gravide rusmiddelbrukere har de samme ønsker og intensjoner som alle andre om å gjøre det beste for deres barn, både under graviditeten og etter fødselen. De ønsker å oppdra sine barn selv på best mulig måte, på like fot med andre mødre. De ønsker at deres barn skal ha en bedre barndom og et bedre liv enn de selv har hatt. Derfor er de også svært motiverte for rådgivning og hjelp.

skapet blir spurt om sitt forbruk (ikke misbruk) av alkohol, tobakk, cannabis, nervemedisin og andre avhengighetsskapende stoffer og medikamenter. Hvorvidt man får et riktig bilde av situasjon kan avhenge av hvordan man spør. Med utgangspunkt i at nesten alle drikker alkohol skal man ikke spørre «om» den gravide drikker, men «hvor mye» hun drikker. Alle gravide kvinner i København blir ved første svangerskapsundersøkelse gjennom et spørreskjema spurt om deres forbruk av rusmidler og beroligende midler. Alle gravide som opplyser at de har et aktuelt forbruk av rusmidler eller avhengighetsskapende medikamenter, blir innkalt til rådgivende samtale hos en lege fra Familieambulatoriet. Legen gir råd og en vurdering av behov for ekstra støtte eller behandling ut over det som er vanlig.

«En tidligst mulig oppsporing av gravide med rusmiddelforbruk er av avgjørende betydning for å kunne forebygge medfødte skader hos barn.»

Gravide med forbruk eller overforbruk av rusmidler risikerer graviditets- og fødselskomplikasjoner som abort, misdannelser, fosterdød, for tidlig fødsel, veksthemming hos fosteret, hjerneskade hos fosteret, svangerskapsforgiftning, morkakeløsning, dødfødsel og andre problemer. Derfor er det viktig at gravide med avhengighetsforbruk raskt settes i medisinsk substitusjonsbehandling, og at avrusningsbehandling kombineres med tett kontroll av graviditeten og fosterets



Oppfølging av barna

Familieambulatoriet tilbyr tett oppfølging av barna, uansett oppholdssted. Undersøkelsene foregår i Familieambulatoriet og omfatter en legeundersøkelse og en utviklingsvurdering med Griffiths' utviklingsskala I og II ved psykolog. Barneundersøkelsenes formål er å sikre at eventuell begynnende feilutvikling eller sykdom oppdages tidligst mulig, slik at relevant behandling kan settes i verk. Hvis barneundersøkelsene avdekker forhold som gir grunn til bekymring, kontaktes sosialforvaltningen.

Barna ses ved 3, 6, 9, 12, 18, 24, 30 og 36 måneders alder, og deretter en gang om året fram til skolealder eller ved behov. Når skolealderen nærmer seg, avholder Familieambulatoriet et tverrfaglig og tverrsektorielt møte med skolesystemet, pedagogisk-psykologisk rådgivning, sosialforvaltningen og andre relevante fagpersoner for å drøfte barnets skolegang og sikre relevant hjelp.

Resultater av Familieambulatoriets intervensjon

Når Olofsson sammenlikner de barna som er født etter at Familieambulatoriet ble etablert med barn som ble født før avdelingen kom i drift, har hun funnet følgende: Familie-

ambulatoriet har redusert antallet for tidlig fødte barn og barn med lav fødselsvekt til ca. 7 prosent, barn med surstoffmangel under fødselen til ca 5 prosent og barn med behandlingskrevende abstinenser til ca. 60 prosent. Det har også skjedd en betydelig reduksjon av antallet barn født med føtalt alkoholsyndrom (FAS) og andre alkoholskader. Nesten alle barn utskrives til velordnede og stabile forhold i rusmiddel-fritt miljø i samarbeid med sosialforvaltningen.

89 prosent av barna utvikler seg normalt. De 11 prosentene som har utviklingsmessige problemer er overveiende barn med medfødt alkoholskade og barn som utskrives til ustabile hjem på tross av Familieambulatoriets anbefalinger.

Familieambulatoriets intervensjonsmodell er utviklet til bruk også for andre grupper av gravide med alvorlig psykososial problematikk, som psykisk syke, psykisk utviklingshemmede og personer med tunge sosiale problemer.

Til litteraturliste: Boken «Sårbare Barn» av Kari Killen og May Olofsson, utgitt på Kommuneforlaget i Oslo kan anbefales som utdybende lesning om barn i familier med rusmiddelproblemer.

HVORDAN BRYTE GENERASJONSOVERFØRINGEN AV PSYKISKE PROBLEMER?

Tytti Solantaus,

barne-psykiater, dosent, utviklingssjef,
Forsknings- og utviklingscentralen för social- och hälsovården, Finland

Fagfolkene i voksenpsykiatrien er i posisjon til å stoppe problemspredningen til neste generasjon. Løsningen er å legge vekt på hele familiens erfaringer, både voksnes og barns, sier Tytti Solantaus fra Finland.

Hun står bak programmet Den velfungerende familien, som skal synliggjøre barna i voksenpsykiatrien. Programmet startet opp i 2001, og har nå faglige kontaktpersoner i alle Finlands 21 helsedistrikter. I 2/3 av distriktene er opplæringen av behandlerne i gang. Metoden omfatter Beardslees modell for forebyggende familieintervensjon, et opplegg hvor man gjennom samtaler med familien og barna gir barna tilpasset informasjon og anledning til å snakke om forelderens sykdom. En annen viktig hensikt med samtalene er å hjelpe foreldrene til å forstå og ivareta barnas behov når en av foreldrene har psykiske problemer. I følge Solantus var det tidligere betydelig vegring mot å snakke om barna til pasientene blant behandlerne i voksenpsykiatrien. Denne motstanden begynner nå å gi seg.

Vi anbefaler at strukturert samtale om barna gjennomføres hver gang en mor eller far søker hjelp for psykiske problemer. Avhengig av behovet, kan man etter samtalen sette inn de nødvendige tiltakene i familien. Blir det avdekket problemer som angår barna, kan et av tiltakene være å arrangere nettverksmøter. Her deltar barne- eller voksenpsykiatrien, barnevernet, lærer eller barnehageansatte, eventuelt andre fagfolk og barnas eget nettverk, sier Solantaus.

Hvis det er et akutt behov for å beskytte barna eller det er tvil om barna får god nok omsorg og foreldrene nekter å snakke om dette, blir de informert om barnevernlovgivingen og nødvendigheten av at barnevernet får vurdere barnas situasjon. Nettverksarbeidet tar til etter at alle familiemedlemmer er i en trygg situasjon og deres grunnleggende behov er sikret.

Familieintervensjonen har vært brukt i Finland i fem år og er fortsatt under utvikling. Men allerede nå fastslår Tytti Solantaus at arbeidet har gitt gode resultater. Det første målet, å etablere en metode som kunne styrke barnas utvikling og foreldrerollen i familier med psykisk syke foreldre, er nådd. En manual er utviklet. Målsettingen om å bygge bro mellom de ulike profesjonene som møter barna og familiene, jobber man mot gjennom nettverksmøtene. Tytti Solantaus mener at den finske voksenpsykiatrien er i god gang med å iverksette programmet ved at pasientenes barn i stadig større grad blir en del av pasientarbeidet.

Ansvarer må gå ut over pasienten og utvides til å gjelde hele resten av familien. Kan du ikke snakke om problemene, kan du heller ikke løse dem. Det er ikke nok å gi barna informasjon om hva som skjer med mor og far, informasjonen må omsettes til forståelse av deres situasjon, sier Tytti Solantaus.



Dette er Beardslee-modellen

Beardslee-modellen er en enkel, forebyggende metode som kan brukes både av kommunale tjenester, leger og spesialisttjenesten. Forebyggende Familie Intervensjon (FLI) er utviklet av barnepsykiateren William Beardslee m.fl. på åttitallet. Den er spesielt utviklet på bakgrunn av forskning i familier hvor en av foreldrene har en stemningslidelse. Modellen har familien i sentrum med fokus på barnas behov. Intervensjonen strekker seg over fra 6 – 8 samtaler med de enkelte familiemedlemmene individuelt og samlet.

I forbindelse med at metoden ble tatt i bruk i Finland, ble det produsert to hefter, «Hvordan hjelper jeg barnet mitt?» (foreldrehefte), og «Hva er det med foreldrene mine?»

(for barn fra ca. 8 år). Heftene er oversatt og utgitt i Norge av organisasjonen Voksne for barn. Heftene er gratis og kan bestilles via nettsiden www.vfb.no.

Målgruppen for å bruke programmet i Norge er voksne i psykisk helsevern, Bufetat, fastleger, kommunalt barnevern og sosiale tjenester. Voksne for Barn tilbyr opplæring i programmet og har utdannet en rekke terapeuter som igjen har fått kompetanse til å lære opp andre. Flere steder i Norge er det satt i gang gruppetilbud for foreldre og barn, blant annet grupper for barn med psykisk syke foreldre (BAPP) i Nord-Trøndelag. Det arbeides også med å etablere nettverk regionalt og nasjonalt. FFI er en av de få evidensbaserte familieintervensjonene som finnes.

LITTERATURLISTE

- Almvik, A. og Ytterhus, B. (2004)
Ualminnelig alminnelighet - barn og unges hverdagsliv når mor har psykiske vansker.
Rapport. Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap. NTNU, Trondheim.
- Alvik, A. (2007)
Alcohol use before, during and after pregnancy. A population based study in Oslo.
Faculty of Medicine, University of Oslo
- Barne- og familie departementet. (2004)
Formidling av opplysninger og samarbeid der barn utsettes for vold i familien.
Veileder Q-1088B/2004.
- Beardslee, W. R., Gladstone, T., Wright, E. & Cooper, A. (2003)
A Family-Based Approach to the Prevention of Depressive Symptoms in Children at Risk: Evidence of Parental and Child Change.
Pediatrics Vol. 112, No.2 August 2003.
- Berg-Nielsen, T. S. (2003)
Barn av foreldre med psykiske problemer - moderne arvesynd?
Tidsskrift for Norske Psykologforening. Vol. 40:1037-1038.
- Berg-Nielsen, T. S., Vikan, A., & Dahl, A. A. (2002)
Parenting related to child and parental psychopathology: A descriptive review of the literature, i (red.)
Clinical Child Psychology and Psychiatry, 7, 529-552.
- Braarud, H. (2006)
Kartlegging av kompetanse: Forebygging, tidlig intervensjon og iverksettelse av tiltak for barn i alderen 0-2 år.
Psykisk helsevern for barn og unge, Helse Bergen.
- Braarud, H. (2006)
Kartlegging av kompetanse: Forebygging, tidlig intervensjon og iverksettelse av tiltak for barn i alderen 3-6 år.
Psykisk helsevern for barn og unge, Helse Bergen.
- Borgestadklinikken (2007)
Handlingsveiledning; Barn i rusfamilier - tidlig intervensjon.
- Carli, A., Ruud, A. (2003):
Barn av psykisk syke asylsøkere og flyktninger- noen refleksjoner?
Linjer nr 1.
- Clausen, S. E., Kristofersen (2008)
Barnevernsklienter i Norge 1990-2005. En longitudinell studie.
Nova -rapport 3/2008.
- Dadds, M. R., Holland, D. E., Laurens, K. R., Mullins, M., Barrett, P. M., & Spence, S. H. (1999)
Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: results at 2-year follow-up.
Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67 (1), 145-150.
- Dalgard O. S., Espeset, E., Holte, A., Hovengen, R., Mathiesen, K. S., Myklestad, I., Oppedal, B., Slinning, K., Ørstavik, R., Talseth, R og Torgersen, L. (2006)
Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid.
Norsk Folkehelseinstitutt.
- Eriksen, I. (2006)
Voldsutsatte kvinners omsorg for barn. Bulletin fra prosjektet Barn som lever med vold i familien.
Kan nedlastes fra nettstedene til Senter for Krisepsykologi (www.krisepsyk.no) og Alternativ til Vold (www.atv-stiftelsen.no)
- Ferrer-Wreder, L. et al (2008)
Tidlig familieintervensjon.
Forlaget Gothia.
- Flaaten, E. D., Myrvoll, L. R. (2006)
«Åpenhet, styrke og mestring» Implementering og evaluering av William Beardlees familiebaserte psykoedukative samtaleprogram for barn av foreldre med stemningslidelser - et utviklingsprosjekt.
Evalueringsrapport. Psykisk helsetjeneste for barn og unge i Bærum kommune og Organisasjonen Voksne for Barn.
- FN (1989)
FNs konvensjon om barns rettigheter.
- Gautun, H. (2006)
De gjemte barna og glemte barna.
En evaluering av prosjektet pedagogiske støttegrupper for barn av rusmiddel-misbrukere, FAFO rapport 510.
- Glistrup, K. (2004)
Det barn ikke vet, har de vondt av.
Pedagogisk forum, Oslo.
- Granath, K. (1997)
«Det var så mycket jag inte forstod....» - en intervjuundersökning med vuxna barn till psykisk sjuka föräldrar.
Skondalsinstitutets arbetsrapportserie; 1997: nr. 1. Sköndal.
- Halsa, A. (2004)
Psykisk syk mor - hva strever syke foreldre med i omsorgen for sine barn?
Skolepsykologi, nr. 3 -2004:3-20.
- Hansen, M. B., Jacobsen, H. (2008)
Sped- og småbarn i risiko - en kunnskapsstatus,
Regionssenteret for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør.
- Haugland B. S. M. (2003)
Paternal alcohol abuse: Relationship between child adjustment, parent characteristics, and family functioning.
Child Psychiatry and Human Development, 34, 127-146.
- Haugland, B. S. M. (2003)
Klarer seg bra på tross av foreldrenes problemer.
Aproposus, 2, 10-11.
- Havik, T., Hassel, K., Poulsson, A. (2003)
Hjem igjen? En analyse av fylkesnemndas vedtak etter barnevernlovens § 4-21.
BUS Vestlandet, Bergen.
- Helsedepartementet (2003)
Regjeringens strategiplan for barn og unges psykisk helse: «Sammen om psykisk helse»
(I-1088)
- Killen, K., Olofsson, M. (2003).
«Det sårbare barnet»,
Kommuneforlaget, Oslo.
- Kufås, E., Lund, K., Myrvoll, L. M. (2004)
Foreldre med psykiske problemer. Om å styrke mulighetene og reduserer belastningene for barn og ungdom.
Tidsskrift for psykisk helsearbeid, Vol. 1, nr. 3.
- Kufås, E., Lund, K., Myrvoll, L. R., Lie, K., Utvik, A., (2002)
«Du er ikke den eneste». Gruppetilbud med psykopedagogisk tilnærming til barn og unge som har foreldre med psykisk lidelse.
Sluttrapport. Blakstad Sykehus og Redd Barna.
- Kvelling, Ø. (2007):
Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling.
Universitetsforlaget.

- Lavik N. J., Solberg Ø., Varvin S. (1997)
Psykisk helse blant flyktninger
Tidsskrift for Norsk Lægeforening, 1997, 117: 3654-8.
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., Neuman, G. (2000)
Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review.
Clinical psychology review, 20, 561-592.
- Mevik, K. & Trymbo, B. E. (2002)
Når foreldre er psykisk syke.
Universitetsforlaget.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjensten (2005):
«Kartleggingsverktøy og instrumenter for tidlig avdekking av utviklings-, atferds- og psykososiale vansker hos barn 0-6 år»,
Rapport nr. 10-2005.
- Neumayer, S., Skreslett, A., Borchgrevink, M., Gravråkmø S. (2006)
Psykososialt arbeid med flyktningbarn. Introduksjon og fagveileder, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
NKVTS Psykososialt team for flyktninger i Nord-Norge Psykososialt team for flyktninger i Midt-Norge.
- Killen, K., Olofsson, M. (2003)
«Sårbare Barn»,
Kommuneforlaget, Oslo.
- Kaltenbach, K. et al(1998)
Opioid dependence during pregnancy. Effects and management. Obstetrics and gynecology
Clin North America. Vol 25, num 1, March 1998.
- Welle-Strand, G. (2001)
Veileder for medikamentassistert rehabilitering til gravide. Om bruk av metadon og andre opioider i graviditet og barselperiode.
LAR ØST 2001.
- Oppedal, M. (1997)
Blir barn sett og hørt ved akutte vedtak?
- Backe-Hansen E. & Havik, T. (red.)
Barnevern på barns premisser,
Oslo, Ad Notam, Gyldendal.
- Program for foreldreveiledning (2006)
Foreldrerollen i rusforebyggende arbeid- ærlighet, humor og utholdenhet,
Buefat. Bestillingsnummer: Q-1077.
- Rimehaug, T., Børstad, J., Helmersberg, I. og Wold, J. (2006)
De «usynlige» barna.
Tidsskriftet for Norsk Lægeforening nr. 11, 126: 1493-4.
- Rådet for psykiske helse, Rogaland
Barn av psykisk syke foreldre.
Veiledningshefte. www.psykopp.no
- Rådet for psykiske helse, Rogaland
Samarbeid vaksenpsykiatribarnevern.
Veiledningshefte. www.psykopp.no
- Seeman, M., Göpfert, M. (2004)
Parenthood and adult mental health.
I Göpfert, M., Webster, J. Seeman, M. (red.), Parental Psychiatric Disorder (Vol 2; 8-21)
Cambridge, University Press.
- Skjerfving, A. (1996)
Barn till psykisk störda föräldrar – sårbarhet, risker og skyddande faktorer. En kunnskapsammenställning.
FoU-enheten / psykiatri Västra Stockholms Sjukvårdsområde, Rapport 11.
- Smith, M. (2004)
Parental mental health: disruption to parenting and outcomes for children.
Child and Family Social Work, 9: 3-11.
- Solantaus-Simula, T., Punamaki, R. L., Beardslee, W. R. (2002)
Children's responses to low parental mood. I: Balancing between active empathy, overinvolvement, indifference and avoidance.
Journal of American Academy of Child - Adolescence Psychiatry, 41(3): 278-86.
- Solantaus-Simula, T., Punamaki, R. L., Beardslee, W. R. (2002)
Childrens responses to low parental mood. II: Associations with family perceptions of parenting styles and child distress.
Journal of American Academy of Child - Adolescence Psychiatry, 41 (3): 287-95.
- Solantaus-Simula, T. og Ringbom, A. (2002)
Hur hjälper jag mitt barn. Anhörigas stöd för mentalvården.
Nylands förening R.F. Helsingfors. (Oversatt til norsk, kan bestilles hos Organisasjonen Voksne for Barn).
- Solantaus-Simula, T., Toikka, S. (2006)
The Effective Family Programme: Preventative Services for the Children of Mental Ill Parents in Finland.
International Journal of Mental Health Promotion, 8: 37 - 34.
- Solbakken, B., Lauritzen, G. og Lund, M. K. Ø. (2005)
Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer,
SIRUS-rapporter 5. Statens institutt for rusmiddelforskning, Oslo.
- Solbakken, B., Lauritzen, G. (2006)
«Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer»,
SIRUS-rapport nr.1, 2006.
- Solberg, A. (2003)
Hjelp til barn som har foreldre med psykiske lidelser. Evaluering av prosjektet og virksomheten «Du er ikke den eneste» - et gruppetilbud med psykopedagogisk tilnærming til barn og unge som har forelder med psykisk lidelse.
Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA). Skriftserie 4/03.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007)
Veileder i Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene
(IS-1405)
- Sosial- og helsedirektoratet (2006)
Oppfølging av barn til psykisk syke og/ eller rusavhengige foreldre
(IS-5/2006)
- Sosial- og helsedirektoratet (2005)
Individuell plan for psykisk helse (barn og unge)
(IS 1549)
- Sosial- og helsedirektoratet (2006)
Gravide rusmisbrukere og misbrukere med små barn
(IS 0158)
- Steinsvåg, P. Ø. (2007).
Voldsutøvende fedre og omsorg. Bulletin fra prosjektet Barn som lever med vold i familien.
Kan nedlastes fra nettstedene til Senter for Krisepsykologi (www.krisepsyk.no) og Alternativ til Vold (www.atv-stiftelsen.no)
- Stiftelsen Bergensklinikkene (2005)
Innsats overfor gravide kvinner og småbarnsfamilier. Rutiner i arbeidet, rusmiddelforebyggende arbeid.
- Aamodt, L. G. & Aamodt, I. (2005)
Tiltak for barn med psykisk syke foreldre.
RBUP Øst og Sør.

Barne-, ungdoms- og
familiedirektoratet
Postboks 8113 Dep
Universitetsgata 7
0032 oslo

Telefon: +47 46 61 50 00
Faks: +47 22 98 01 06

E-post: postmottak@bufdir.no



Helsedirektoratet



Barne-, ungdoms-
og familiedirektoratet