

Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer

BJØRN H. SOLBAKKEN
GRETHE LAURITZEN

RAPPORT NR. 1/2006
STATENS INSTITUTT FOR RUSMIDDELFORSKNING
OSLO 2006

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) ble opprettet 1. januar 2001 som en sammenslåing av Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA) og dokumentasjonsseksjonen og biblioteket i Rusmiddeldirektoratet. SIRUS har som formål å utføre og formidle forskning og dokumentasjon omkring rusmiddelspørsmål, med særlig vekt på samfunnsvitenskapelige problemstillinger. Instituttet er også kontaktpunkt for Det europeiske narkotikaovervåkningscenteret i Lisboa, EMCDDA.

Copyright SIRUS
Oslo 2006

ISBN 978-82-7171-281-5
ISSN 1502-8178

SIRUS
P.b. 565 Sentrum
0105 Oslo

Besøksadresse: Øvre Slottsgate 2B
Telefon: 22 34 04 00
Fax: 22 34 04 01
E-post: sirus@sirus.no
Nettadresse: <http://www.sirus.no>

Trykt hos Wittusen&Jensen a.s.

Forord

Rapporten er skrevet på oppdrag fra Barne- og familiedepartementet. Den omhandler tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer.

Oppdraget er gitt SIRUS med den begrunnelse at departementet nå ønsker å få større kunnskap om hele spekteret av støtte- og behandlingstilbud som er utviklet i Norge for barn av rusmiddelmisbrukende foreldre. Det ble anbefalt å gjøre en spesifikk kartlegging av tiltak til barn som legges inn sammen med foreldre i behandling for rusmiddelproblemer. Denne er beskrevet i SIRUS rapport nr. 5/2005.

For å kunne besvare de problemstillinger som er reist fra oppdragsgiver, vedrørende spesifikke tilbud til barn, har vi henvendt oss med en spørreskjemaundersøkelse til et bredt hjelpeapparat, til både førstelinjens helse- og sosialtjeneste, til spesialisthelsetjenester og til frivillige organisasjoner og tiltak.

Vi vil takke alle som har tatt seg tid til å besvare spørsmålene og derigjennom gi et grunnlag for denne rapporten. Det har kommet frem en stor bekymring for den situasjonen mange barn til rusmiddelmisbrukere befinner seg i og den risiko for utviklingsskader og vansker som de lever med. Samtidig viser forskningslitteratur og kliniske erfaringer at barn og foreldre i disse familiene er bundet sammen av dype lojalitets-avhengighets- og kjærlighetsbånd, slik at tilbudene til barn ofte må utvikles i en forståelse av samspillet og av hjelpebehovet i hele familien og i barnets øvrige nettverk.

En takk også til prosjektets referansegruppe som har gitt råd i forbindelse med datainnsamling og oppdatert oss på faglig kunnskap. Erfaringene fra Borgestadklinikken og Rogaland A-senter som har barn av misbrukere som nasjonale spisskompetanseområder har vært av stor betydning for prosjektet. Og til sist: Takk til Espen og Simen som punchet et stort materiale for oss.

SIRUS, februar 2006

Grethe Lauritzen
prosjektleder

Bjørn Henning Solbakken

Innhold

SAMMENDRAG.....	7
1 INNLEDNING	13
1.1 PROBLEMSTILLINGER.....	13
1.2 REFERANSEGRUPPE	13
1.3 AVGRENSNINGER OG DEFINISJONER.....	14
1.4 RAPPORTENS OPPBYGNING	15
2 ET SAMMENSATT FAGOMRÅDE.....	17
3 DATAINNSAMLING OG UTVALG	23
3.1 INFORMASJONSKILDER	23
3.2 SPØRRESKJEMAUNDERSØKELSEN	23
3.3 UTVALGET	25
4 RESULTATER.....	31
4.1 FOREKOMST AV SPESIFIKKE TILBUD INNEN ULIKE VIRKSOMHETSTYPER ...	31
4.2 KORT BESKRIVELSE AV TILBUDENE	33
4.2.1 Førstelinjetjenestene	33
4.2.2 Behandlingstiltak for rusmiddelproblemer.....	35
4.2.3 Psykisk helsevern (utenom rusfeltet).....	36
4.2.4 Frivillige/ideelle tiltak.....	36
4.3 REKRUTTERING TIL TILTAKENE	37
4.4 PERSONALET'S BAKGRUNN	39
4.5 FINANSIERING.....	40
4.6 EVALUERING	41
4.7 KARTLEGGING OG UTREDNING	43
4.7.1 Kartlegging av foreldrenes rusmiddelbruk	43
4.7.2 Metoder for kartlegging	44
4.7.3 Konsekvenser av at rusmiddelproblemer avdekkes	44
4.7.4 Utredning av barna.....	45
4.7.5 Udekkede behov for tiltak – informantenes tilbakemeldinger	46
4.8 BESKRIVELSE AV UTVALGTE TILTAK	49
4.8.1 "Rusfri Start på Livet" - Solheimviken forsterkede helsestasjon	49
4.8.2 Ullevålteamet – Ullevål universitetssykehus	52
4.8.3 Nydalen senter for barne- og ungdomspsykiatri (Ullevål universitetssykehus HF).....	53
4.8.4 Regnbueprogrammet	55
4.8.5 BAPP-programmet.....	58
4.8.6 Familieklubbene.....	60
4.8.7 AEFs gruppetilbud	61
4.8.8 Wandasenteret.....	62
4.8.9 Al-Anon/Alateen	63

5	DANSKE ERFARINGER OG MODELLER.....	65
5.1	FOREBYGGENDE STØTTETILTAK TIL BARN.....	65
5.2	KØBENHAVNMODELLEN.....	68
6	ANALYSE OG DISKUSJON.....	74
6.1	ORGANISERING AV HJELPETILTAKENE.....	74
6.2	KONTINUITET I OPPFØLGINGEN.....	75
6.3	KARTLEGGING OG UTREDNING AV FORELDRE OG BARN.....	77
6.4	TILTAK I REGI AV FRIVILLIGE.....	78
7	ANBEFALINGER.....	80
7.1	TIDLIG INTERVENSJON OVERFOR GRAVIDE OG SMÅBARNFORELDRE.....	80
7.2	BARN I SKOLEALDER.....	81
7.3	BEHANDLINGSTILTAK FOR RUSMIDDELMISBRUKERE.....	82
7.4	KOMPETANSEUTVIKLING.....	82
7.5	FRIVILLIGE/IDEELLE TILTAK.....	83
7.6	BEHOV FOR ØREMERKETE STILLINGER.....	83
7.7	FORSKNINGSNETTVERK.....	83
8	INFORMASJON FRA DE SPESIFIKKE TILTAKENE.....	85
8.1	FØRSTELINJETJENESTENE.....	85
8.2	BEHANDLINGSTILTAK FOR RUSMIDDELPROBLEMER.....	103
8.3	PSYKISK HELSEVERN (UTENOM RUSFELTET).....	125
8.4	FRIVILLIGE/IDEELLE TILTAK.....	127
	REFERANSER.....	133
	ENGLISH SUMMARY.....	137

Sammendrag

SIRUS-rapport nr. 1 2006 "Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer" (Solbakken B. H. & Lauritzen G.) er den andre av to delrapporter som er skrevet etter oppdrag fra Barne- og familiedepartementet. Delrapport I omhandler barn innlagt sammen med sine foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer (SIRUS rapport nr. 5/2005). Begrunnelse for utarbeidelse av delrapport II er behovet for å øke kunnskapen om hele spekteret av støtte- og behandlingstilbud som er utviklet i Norge for barn av rusmiddelmisbrukende foreldre. For å fange opp de tiltakene som er utviklet, ble det sendt ut en omfattende spørreskjemaundersøkelse til alle landets helsestasjoner, barnevern- og sosialkontor, pedagogisk-psykologisk tjeneste, psykisk helsevern for barn og ungdom og voksne, behandlingstiltak innen rusmiddelbehandlingsfeltet og til frivillige organisasjoner. Det var de *spesifikke* tilbudene som var grunnlag for kartleggingen, det vil si der foreldrenes rusmiddelproblem er viktigste kriterium for rekruttering av barna til tiltaket. Øvrige tilbud til barna i helse- og sosialtjenesten betraktes som *generelle* tilbud og blir omtalt i relasjon til de spesifikke. I rapporten benyttes oppdeling av målgruppen i fire undergrupper ut fra om foreldrenes rusmiddelproblem er kjent eller ikke og om barna viser eller ikke viser tegn til mistilpasning eller funksjonsvansker.

Vi står overfor en stor gruppe barn som er heterogen i forhold til flere faktorer. Rusmiddelbruken i familiene vil ha forskjellig uttrykksform, intensitet og varighet, og barn vil ha ulik grad av sårbarhet og mestringssevne overfor de belastninger de utsettes for. Problemfylt bruk av rusmidler i hjemmet samvarierer imidlertid med mange faktorer som generelt gir barna, det private nettverket og hjelpeapparatet grunnlag for stor uro.

Undersøkelsen viser at det er vanskelig å få svar innen kort tid fra et så stort utvalg informanter fra ulike deler av helse- og sosialapparatet. Etter avsluttet puring hadde vi materiale fra 821 respondenter. Mottatte skjemaer ble supplert med telefonhenvendelser. Det kan ikke fremheves at alle tilbud til barn av rusmiddelmisbrukere er inkludert i materialet, men det synes som om de fleste spesifikke tiltakene er beskrevet. Disse er fremstilt i tabells form i rapporten, og vi har valgt å presentere enkelte av tilbudene som representerer ulike typer av tiltak noe bredere.

Av førstelinjetjenestenes 18 rapporterte tilbud er det helsestasjonenes innsats som utmerker seg, både ordinære helsestasjoner med spesifikk oppfølging av gravide rusmiddelmissbrukere og barn, og egne forsterkede helsestasjoner med bredt tverrfaglig sammensatte team og intensivert innsats i familiene og i et koordinert nettverkssamarbeid. Oppfølgingstiden fra disse forsterkede tilbudene er gjerne 2 år etter barnets fødsel. Helsestasjoner ulike steder i landet forankrer også gruppebaserte tilbud til barn og unge fra 7-8 års alder, og flere har grupper spesielt for ungdom. Det benyttes ofte anerkjente gruppeprogrammer med psykoedukative elementer, pedagogiske støttetilnæringer etc.

En forekomst av spesifikke tiltak på knappe 3 % innen førstelinjetjenestene er lavt. Samtidig er det nok disse virksomhetene som i størst grad når de rusmiddelutsatte barna med sin generelle innsats. Spørsmålet er i hvilken grad både førstelinjens helse- og sosialtjeneste og spesialiserte helsetjenester oppdager rusmiddelproblemer i hjemmet, slik at disse forholdene kan utløse adekvate hjelpetiltak for barn som viser tegn til alvorlige symptomdannelser eller ulik grad av mistilpasning. Ikke minst er årvåkenheten overfor foreldres rusmiddelproblemer viktig i psykisk helsevern for barn og unge. Få spesifikke tiltak ble registrert fra disse tjenestene, unntakene er gruppebaserte tilbud med noe ulik faglig teoretisk forankring og organisering.

Det er altså gruppebaserte tilbud som det i stor grad er satset på når det gjelder barn fra skolealder og overfor ungdom.

Av behandlingsinstanser for rusmiddelproblemer er det 22 % som oppgir at de har et spesifikt tilbud til barn. Ved døgninstitusjonene er det to hovedtyper av tiltak:

1. Barn legges inn sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelavhengighet. Slike tiltak er beskrevet i prosjektets delrapport I og omtales ikke nærmere her.
2. Foreldre er innlagt til behandling, og institusjonen inviterer barna til å delta i familiebehandling og/eller motta et pårørendetilbud. Barnas deltakelse kan være poliklinisk eller de kan bo kortere eller lengre tid på institusjonen.

Innen de frivillige/ideelle organisasjonene finnes det mange generelle tiltak som kan nå frem til barn av foreldre med rusmiddelproblemer, men få som har et spesifikt tilbud til målgruppen. De fire som inngår i utvalget

spenner fra familieklubber til råd og veiledningsfunksjoner på internett og gjennom telefonkontakt.

Rapporten behandler temaer som berører både rekruttering av barn til tilbudene og til oppfølging av barn og familier gjennom en støtte- og behandlingsprosess. Samfunnets tabuisering av rusmiddelmisbruk, hemmeligholdelse og avmaktsposisjoner gjør det vanskelig å rekruttere barn til tilbudene og skape kontinuitet i oppfølgingsarbeidet også der hvor foreldres rusmiddelproblemer er kjente. Alvorlig rusmiddelmisbruk i hjemmet er ofte et uttrykk for svært sammensatte problemer, der blant annet psykososiale belastninger og økonomiske forhold spiller tungt inn. Dette innebærer et behov for en bred tverrfaglig innsats overfor barnas og familienes vansker, og en langsiktighet i tilbudene er i mange tilfeller nødvendig. Vår undersøkelse suppleres av erfaringer fra den danske Sundhedsstyrelsen, som har gjennomført en nasjonal satsning gjennom en årrekke på å øke oppmerksomhetene på barn i tilnærming til familier med rusmiddelmisbruk.

Faglige anbefalinger i rapporten:

En intensivert innsats overfor gravide misbrukere for å forebygge rusmiddelrelaterte skader i svangerskap og et forankret ansvar for tett oppfølging gjennom regelmessige undersøkelser av barna og omsorgssituasjonen *frem til skolealder*. Ulike modeller skisseres. En slik ansvarsforankring vil være i samsvar med påpekningen i prosjektrapport I av manglende koordinert oppfølging av barn som har vært innlagt i institusjon sammen med foreldre behandlet for rusmiddelavhengighet. Institusjonsoppholdet vil således inngå som en fase i en flerårig støtte- og behandlingsprosess i familien.

Skolen er en utfordrende og viktig arena for barn med store oppvekstbelastninger. Her er mulighet for vekst og utvikling, men også for nederlag og sosial isolasjon. Det anbefales at de gruppebaserte tilbudene som er utviklet for barn i skolealder samles i et nettverk for erfaringsutveksling og fagutvikling. Her foreslås også at de familieterapeutiske intervensjonstilbudene inngår slik at gruppetilbud som intervensjon i familie- og nettverksstrukturene nøye blir tematisert. Barn og unge vil trenge ulike tilbud, fra enkle støttesamtaler og tilrettelagt undervisningssituasjon til psykoterapeutisk behandling.

Oppmerksomhet på barna og ivaretagelse av deres behov må i en helt annen grad innarbeides i behandlingstiltakene for rusmiddelmissbrukere. Spørsmål om barn (antall, alder, omsorgssituasjonen for barnet) bør rutinemessig stilles til alle pasienter som kommer til behandling. Institusjoner og poliklinikker må ha et *ansvar for* at barnets situasjon blir utredet og ivaretatt. Det synes å være behov for sterkere satsning på familie- og nettverksbaserte intervensjoner. Ett av de regionale kompetansesentrene for rusmiddelproblemer har som nasjonalt spisskompetanseområde barn i skolealder og familie- og nettverksterapeutisk arbeid overfor målgruppen. Denne innsatsen foreslås styrket, og det er en utfordring å kunne formidle kunnskap fra dette feltet også inn i familiekontorenes virksomhet.

Rapporten synes å bekrefte at det er stor kompetanse og velfungerende tiltak i enkeltmiljøer, selv om det i liten grad er gjort evaluering av tilbudene. Våre anbefalinger går derfor, som i rapport I, i retning av å samle erfaringskompetanse og teoretisk kompetanse i relevante, tidsavgrensede nettverk slik at kunnskapen blir oppsummert, videreutviklet og får et landsomfattende nedslagsfelt.

Det foreslås utarbeidet en overordnet strategi for kompetanseutvikling på rusmiddelproblematikk og spesifikt på rusmiddelrelaterte temaer innen familier både for førstelinjens helse- og sosialtjenester, barnehager, skoler og spesialisthelsetjenester. Denne rapporten, og ikke minst de danske modellerfaringene, viser at det er *det planlagte samspillet mellom de spesifikke tiltakene og de generelle støtte- og behandlingstilbudene til barn, ungdom og familier som synes å fungere.*

Likeledes anbefales det et forskningsnettverk, slik at nye evaluerings- og forskningsstudier koordineres med allerede pågående studier i feltet for å ivareta en kumulativ og komparativ forskningsinnsats.

Frivillige/ideelle tiltak kan være et viktig supplement til den offentlige helse- og sosialtjenesten. Disse synes å kunne nå barn som ikke blir kjent av det offentlige hjelpeapparatet, blant annet ved anonyme rådgivnings- og veiledningstiltak via internett og telefon. Det er en utfordring å kunne tilby faglig kompetanse til disse tilbudene slik at de fungerer etter intensjonen for barna.

Denne rapporten omhandler barn av foreldre med rusmiddelproblemer. Sammenhengen mellom psykiske lidelser og rusmiddelmissbruk er

imidlertid godt dokumentert, og det er derfor viktig at ivaretagelsen av barnets behov overordnes oppdelingen av hjelpeapparatet, og at tiltaksutviklingen koordineres.

1 Innledning

1.1 Problemstillinger

Oppdragsgiver ønsker gjennom dette prosjektet å få kunnskap om:

1. Hvilke tiltak får barn med rusmiddelmissbrukende foreldre tilbud om?
Det er ønskelig å få en oversikt over spekteret av tiltak barna får tilbud om.
2. Hvordan har tiltakene fått fatt i barna (rekruttering til tiltak)?
3. Hvilken bakgrunn har personer som arbeider med slike tiltak?
4. Hvem finansierer tiltaket?
5. Er tiltaket evaluert, og hvilken informasjon gir i så fall evalueringen?

Så langt det har vært mulig innenfor oppdragets rammer, forsøker vi også å synliggjøre behovet for videre fagutvikling og forskning på området.

1.2 Referansegruppe

Det er samme referansegruppe som har bistått oss i begge delprosjekter.

I gruppen deltok representanter fra de to regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål, Borgestadklinikken og Rogaland A-senter, som er gitt nasjonale spesialområder for henholdsvis *gravide rusmiddelmissbrukere og familier med barn*, og *rusproblematikk i familier med barn i skolealder*.

De ble supplert av medlemmer med fagkompetanse fra psykisk helsevern for barn og ungdom, fra behandlingsinstitusjoner for rusmiddelavhengige og fra forskningsinstitusjoner.

Medlemmer i referansegruppa har vært:

Frid Hansen og Stian Flaaterud (Borgestadklinikken), Torild Garborg (Rogaland A-senter), Marianne Mohr (Bærum BUP), Eldbjørg Kjøstvedt (Ruspoliklinikken Kristiansand, Sørlandet Sykehus HF), Heidi Sørensen og Solveig Lie (Origosenteret), Kari Killén (NOVA) og Vibeke Moe (Universitetet i Oslo).

Referansegruppa har bidratt til å gi en kunnskapsstatus på området, kommet med konkret informasjon om tiltak og gitt råd i forbindelse med datainnsamling.

1.3 Avgrensninger og definisjoner

I denne rapporten defineres rusmiddelmisbruk i et familieperspektiv. Det vil i følge Hansen (1990) si å fokusere på hvordan bruken av rusmidler virker forstyrrende inn på de oppgaver og funksjoner som skal ivaretas i familien. Dette innbefatter også hvordan de følelsesmessige relasjonene belastes og forstyrres av et familiemedlems bruk av rusmidler. I det følgende er det *foreldrenes rusmiddelmisbruk* som er utgangspunkt for problemstillingene.

Et betydelig antall barn av foreldre med rusmiddelproblemer mottar ulike hjelpe- og støttetiltak, både innen de offentlige hjelpetjenestene på første- og annen linjenivå og ved frivillige/ideelle tiltak. Mange av barna har kommet i kontakt med tiltakene fordi de har vist tegn på mistilpasning, men uten at foreldrenes rusmiddelproblemer er kjent på henvisningstidspunktet.

På den annen side har vi barn som kommer i kontakt med tiltakene fordi de har foreldre med rusmiddelproblemer, det vil si at disse problemene er den direkte foranledningen til at barna rekrutteres til tiltaket, som er utformet for å ivareta de spesielle behovene til denne gruppen barn.

Dette prosjektet omhandler ut fra oppdragsgivers bestilling hovedsaklig den siste typen tilbud, dvs. *spesifikke* tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer. Selv om vi har forsøkt å skille mellom spesifikke og generelle tilbud, er dette en linje som det er vanskelig å trekke. Det gjelder for eksempel tiltak som iverksettes av barneverntjenesten overfor familier med rusmiddelproblemer. Selv om barnevernet som sådan utgjør en generell hjelpetjeneste er det ofte foreldrenes rusmiddelbruk som er den direkte årsaken til at barneverntjenesten intervensjoner. Et hjelpetiltak som skreddersys til det enkelte barn eller familien vil på sett og vis kunne betraktes som et spesifikt tiltak, da rusmiddelproblemer er avgjørende for både rekruttering av familien og tiltakets innhold. I dette prosjektet kategoriseres det imidlertid som generelt hjelpetiltak. Når det gjelder rapportens diskusjons- og anbefalingskapitler, blir det naturlig å trekke inn samspillet mellom de generelle og spesifikke arenaer for å forankre støtte- og behandlingstilbud for barn av rusmiddelmisbrukende foreldre.

1.4 Rapportens oppbygning

Kapittel 1 beskriver kompleksiteten i det fagområdet som rapporten omhandler, med de variasjoner i behov, målsettinger og utfordringer som er gjeldende for ulike grupper av barn og familier. Prosjektets problemstillinger blir presentert, og betegnelsen spesifikke tiltak blir definert. I Kapittel 3 presenteres datainnsamlingen og utvalget. Kapittel 4 tar for seg resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen. Forekomsten av spesifikke tiltak beskrives, likeledes hvilke tilbud som finnes innen førstelinjetjenestene, behandlingsinstanser for rusmiddelproblemer, øvrig psykisk helsevern og frivillige/ideelle tiltak. Noen utvalgte tiltak beskrives mer i detalj. Vi gjengir også en oppsummering av resultater med hensyn til rekruttering av barn til tiltakene, personalets bakgrunn, finansiering, evaluering og kartlegging/utredning. I Kapittel 5 refererer vi til danske erfaringer og modeller for tiltak overfor målgruppene, under overskriftene ”Forebyggende støttetiltak til barn” og ”Københavnmodellen”. På grunnlag av resultatene tas noen utvalgte temaer opp til drøfting i Kapittel 6, ”Analyse og diskusjon”, før anbefalingene fra prosjektet presenteres i Kapittel 7.

Vi har valgt å ta med de eksakte svarene på de viktigste spørsmålene fra de som driver spesifikke tiltak. Dette materialet er presentert i tabells form i slutten av rapporten. Spørreskjemaet er med som vedlegg.

2 Et sammensatt fagområde

Forskning fra en lang rekke land bekrefter at problemfylt bruk av rusmidler i hjemmet samvarierer med mange faktorer som gir barna og hjelpeapparatet grunnlag for betydelig uro (Lauritzen & Waal 2003). Vi står imidlertid overfor en stor gruppe barn som er heterogen i forhold til flere faktorer. Rusmiddelbruken i familiene vil ha forskjellig uttrykksform, intensitet og varighet. Barn vil også ha ulik grad av sårbarhet og mestrings-evne overfor de belastninger de utsettes for. Det viser seg at alvorlig rusmiddelmisbruk i hjemmet ofte er et uttrykk for svært sammensatte problemer, der blant annet både økonomiske forhold og psykososiale belastninger spiller tungt inn.

Symptomdannelser hos barn kan sees som et komplisert samspill av mange faktorer og risikoforhold, og det er en utfordring å identifisere og ha en tilnærming til de ulike faktorene av både genetisk, psykososial og sosioøkonomisk art for å kunne forebygge lidelse og alvorlige utviklingsvansker hos barnet (Rutter 1990, Werner 2001).

Vi har gode fagteoretiske bidrag som belyser på hvilke måter det er vanskelig for barn å vokse opp i familier der rusmiddelmisbruk dominerer og hvilken betydning dette har hatt for barnas utvikling (Hansen 1990, 1992; Sundfær 1992, 1999, 2001). Det foreligger også litteratur skrevet av personer som selv har vokst opp med misbrukende foreldre (bl.a. Ringheim og Trondsen 1997). Denne gir verdifulle bidrag til en fenomenologisk forståelse. Temaer som ofte drøftes i forbindelse med rusmiddelmisbruk, som hemmeligholdelse, skam, skyld, benekting osv. får levende uttrykk gjennom selvopplevde fortellinger. Noe av det som gir tydelige uttrykk er tendensen hos barn og foreldre til å skjule rusmiddelbruk i familien, og gjøre det vanskelig både for det private nettverket og det profesjonelle hjelpeapparatet å komme i posisjon for kunne hjelpe.

Det er svært vanskelig å lage estimater over hvor mange barn som er berørt av foreldres rusmiddelmisbruk under oppvekst, da en stor andel av misbruket er skjult. Alkohol er det rusmiddel som i størst omfang vil påvirke barnas situasjon gjennom rusmiddelrelaterte skader prenatalt og ved ulike funksjons- og symptomlidelser under oppvekst. Det er gjort store befolkningsundersøkelser internasjonalt, bl.a. i USA og Nederland som viser en siste års prevalens for alkoholavhengighet og misbruk på ca 10 % (Kessler et al. 1994, Bijl et al. 1998). Sammenfallende funn er vist i en

norsk undersøkelse (Kringlen et al. 2001). Disse studiene har benyttet samme diagnostiske verktøy, CIDI (Composite International Diagnostic Interview) og DSM-III. I den norske studien var prevalenstallet hos menn mer enn dobbelt så høyt som hos kvinner. Stoffmisbruk var hhv. i den amerikanske og i den norske undersøkelsen rapportert til 3,6 % og 0,9 % (prevalens siste år). Tall for 2004 fra det nasjonale klientkartleggings-systemet i behandlingstiltakene for rusmiddelmissbrukere (Iversen et al. 2005) viser at av alle rapporterte inntak i behandling oppga 18 % av kvinnene at de bodde sammen med barn under 18 år (10 % av menn). I en nasjonal studie av stoffmisbrukere i behandling (Lauritzen et al. 1997) kommer det frem at 58 % av klientene over 31 år har barn. Det er likeledes et funn i denne studien som bekreftes av flere andre undersøkelser at mer enn 50 % av klientene oppga at de hadde foreldre med alvorlige rusmiddelproblemer. Både ut fra befolkningsstudier og fra kliniske undersøkelser kan man derfor, uten direkte å antallsfeste, anslå at det dreier seg om en stor gruppe barn også i Norge som lever med foreldres rusmiddelmissbruk og lider under det. I Statusrapport om rusmiddelsituasjonen i Norge 2005 har Arbeids- og sosialdepartementet gjengitt et estimat på 200 000 barn i denne situasjonen.

To forhold som kan antas å ha stor betydning både for barnas hjelpebehov og for rekrutteringen til tiltak, er hvorvidt foreldrenes rusmiddelproblem er kjent og om barna viser synlige tegn til mistilpasning. Ut fra disse to variablene kan vi dele barna inn i fire grupper som stiller oss overfor forskjellige utfordringer med hensyn til hjelpebehov og rekruttering.

Tabell 1: Fire grupper barn av foreldre med rusmiddelproblemer

		FORELDRENE	
		Rusmiddel-problemet er kjent	Rusmiddel-problemet er ikke kjent
BARNA	Tegn til mistilpasning	A	B
	Ikke tegn til mistilpasning	C	D

Gruppe A er den gruppen som er lettest å identifisere. Omgivelsene er klar over at foreldrene har rusmiddelproblemer, og barna viser tydelige tegn til mistilpasning som for eksempel utagerende atferd eller tilbaketrek-

king og depresjon. Hjelpebehovet til disse barna er åpenbart og ofte sammensatt, og kan for eksempel omfatte følgende:

- Den generelle omsorgssituasjonen kan være så dårlig at det er behov for støttetiltak, eventuelt omsorgsovertakelse dersom det ikke er mulig å oppnå god nok omsorg i hjemmet. Dette vil blant annet avhenge av om det er andre voksne til stede som kan kompensere for den manglende omsorgsevnen til den rusmiddelavhengige.
- Barna kan ha behov for behandling eller annen hjelp for psykiske og/eller atferdsmessige vansker som er utviklet som følge av foreldrenes rusmiddelproblemer.
- Barnas problemer vil kunne medføre vansker med å følge forventet progresjon i skolen. Det kan derfor være behov for tilpasset undervisning eller spesialpedagogiske tiltak.

Utfordringen i disse sakene er ikke å bli klar over at det foreligger et rusmiddelproblem eller behov for hjelp til barnet, men å få til et konstruktivt samarbeid med familien, å finne egnede hjelpetiltak for barn og foreldre, og eventuelt å ta en beslutning om når man ikke lenger kan vente på at foreldrenes omsorgsevne skal bli god nok.

Barn i denne gruppen kan komme i kontakt med hjelpeapparatet både ved at de henvises for sine egne vansker og ved at de fanges opp gjennom foreldrenes kontakt med helsevesenet eller sosialtjenesten. De vil derfor være å finne ved de ulike hjelpetjenestene på første- og andrelinjenivå (helsestasjon, PPT, barnevern, BUP) og i familietilbudene ved behandlingsinstanser for rusmiddelproblemer.

Barn i **gruppe B** viser også tegn til mistilpasning, og hjelpebehovene kan være de samme som for gruppe A. På bakgrunn av de fremviste symptomene kan barna bli henvist til utredning og hjelpetiltak av pedagogisk, sosial, psykologisk eller medisinsk art. Når man ikke kjenner til foreldrenes rusmiddelproblemer og konsekvensene av dette for barnets daglige liv, kan man imidlertid ende opp med å behandle barnas symptomer uten å komme i posisjon til å påvirke rusmiddelproblemet som en av de eventuelle bakenforliggende årsaker.

En utfordring i disse sakene er å identifisere foreldres rusmiddelproblemer og rusrelatert samspill i familien slik at hjelpetiltakene kan innrettes deretter. Det forekommer at foreldre vegrer seg mot at barna settes i kontakt

med hjelpeapparatet, spesielt dersom familien er defensiv eller benektende i forhold til at det finnes problemer i familien – det være seg rusmiddelproblemer eller tilpasningsvansker hos barna. Dersom barna kommer i kontakt med hjelpetjenestene, vil det i første omgang gjerne være ved PPT, helsestasjon, BUP eller barneverntjeneste. Tilbud ved behandlingsinstanser for rusmiddelproblemer vil først være aktuelle dersom foreldrenes rusmiddelmisbruk blir kjent og satt i sammenheng med barnas vansker.

I forhold til barn i **gruppe C** melder det seg andre utfordringer. Her er man klar over foreldrenes rusmiddelproblemer, men man ser ikke synlige tegn til mistilpasning hos barna. De framstår som upåfallende eller til og med som ekstra ressurssterke og tilpasningsdyktige. Sett ut fra barnas funksjonsnivå alene kan det se ut som om de ikke har behov for spesielle hjelpetiltak.

Nå er det imidlertid flere faglige referanser på at barn av foreldre med rusmiddelproblemer kan utvikle mestringsstrategier som gjør at de ytre sett framstår som nettopp veltilpassede og godt fungerende (Hansen 1990, Sundfær 1999). Dersom foreldrene ikke makter omsorgsoppgavene tilfredsstillende vil barna ofte kunne kompensere for dette ved å innta rollen som de voksne og ansvarlige, de som organiserer og ordner opp. Disse barna er blitt betegnet som ”de parentifiserte barna” (Winton 2003). Selv om de framstår som velfungerende kan de slite med emosjonelle og kognitive vansker. Om dette ikke gir seg utslag i synlige problemer hos barnet, kan det medføre en større sårbarhet for utvikling av psykiske lidelser som depresjon og angst i voksen alder (Hansen 1992). Prospektive oppfølgingsstudier av barn med rusmiddelmisbrukende mødre viser at barnas symptombylde og funksjonsvansker kan endre seg vesentlig, både i positiv og negativ retning i løpet av barne- og ungdomsårene (Moe & Slinning 2002; Sundfær 1992, 1999, 2002). Det er derfor viktig at miljøet rundt barna og det profesjonelle hjelpeapparatet har en kontinuerlig oppmerksomhet på den belastningen det innebærer å leve med rusmiddelmisbruk i familien og de strategier barn benytter for å mestre, og hvordan disse kan bli dysfunksjonelle. Senere års forskning på mestrings- og beskyttelsesfaktorer (resilience) har bidratt til et nyansert bilde av risiko for problemutvikling under belastende livssituasjoner.

Gruppe D omfatter de barna som er vanskeligst både å identifisere og å rekruttere til hjelpetiltak. Siden man har så få holdepunkter for å vite hvem det er som tilhører denne gruppen, er man i stor grad avhengig av at barna

selv gir uttrykk for at noe er vanskelig, eventuelt oppsøker hjelpetilbud. Eller at de som står nær barnet privat og i sammenhenger som helsestasjoner, barnehager, skoler etc. ser tegn hos barnet som utløser bekymring og en tilnærming til barnets situasjon. I de fleste tilfeller finnes det nok synlige tegn på at noe er galt, hvis man har et ”dypere, kvalifisert blikk” på barna og legger merke til de vage signalene, de som gir en følelse av uro selv om man ikke umiddelbart klarer å identifisere og sette ord på hva som forårsaker den.

Det er en utbredt erkjennelse innen fagmiljøene at det er viktig å nå disse barna med støttetiltak når de trenger det for å kunne forebygge senere problemutvikling. Barn som selv har opplevd samliv med rusmiddelmissbrukende foreldre og som ofte har skjult dette, har gjennomgående stilt spørsmål som ”Hvorfor var det ingen som så hvordan jeg egentlig hadde det? Hvorfor var det ingen som var der når jeg var redd og trengte hjelp fra voksne?” ”Hjelp” kan innebære alt fra praktisk hjelp til ivaretagelse av barnets behov for å snakke med noen som forstår hva som skjer i hjemmet, støtte i skolesituasjonen, behandlingstilbud til foreldre osv.

Hvis flere slektninger, naboer, lærere etc. tar denne følelsen av uro på alvor ville trolig mange flere av barna bli lagt merke til. Det er også viktig å sørge for at støttetiltakene gjøres godt kjent og legge til rette for at barn selv kan ta kontakt og benytte seg av hjelpetilbud. Det er flere instanser, både offentlige og private, som har forsøkt å nå fram til denne gruppen.

En gruppe som ikke favnes av noen av de fire nevnte kategoriene, og som strengt tatt heller ikke er inkludert i oppdragsgivers problemstillinger til prosjektet, er de ufødte barna av foreldre med rusmiddelproblemer. Også her kan foreldrenes vansker være kjente eller ukjente. Den første utfordringen består i å identifisere rusmiddelproblemene under graviditeten, og man kan se det forebyggende arbeidet i to faser:

- (a) Forhindre rusmiddelinntak under svangerskapet og skader på fosteret, samt forberedelse til fødsel
- (b) Følge opp familien etter fødsel for å sikre en tilfredsstillende omsorgssituasjon

Dersom man ikke lykkes med å forhindre prenatal rusmiddeleksponering vil man også kunne ha rusmiddelrelaterte skader hos barnet å forholde seg til etter fødsel.

Oppfølging på dette stadiet gjøres først og fremst av helsestasjoner og fastleger. Avhengig av rusmiddelproblemenes omfang og varighet og familiens tidligere historie mht kontakt med hjelpeapparatet vil også andre instanser kunne komme inn i bildet. For eksempel kan en institusjon for behandling av rusmiddelavhengighet være involvert dersom den gravide blir innlagt for å skjerme det ufødte barnet mot rusmiddelinntak. Også barneverntjenesten vil kunne mobiliseres i forkant av fødsel.

Som vi ser, er det svært mange problemstillinger og aktører involvert i forbindelse med temaet tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer.

3 Datainnsamling og utvalg

3.1 Informasjonskilder

Det har vært ønskelig fra oppdragsgivers side å få en tilnærmet fullstendig, landsdekkende oversikt over spesifikke tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer, både i privat og offentlig regi. Dette har gjort det nødvendig å gå nokså bredt ut med spørreskjemaer til et stort antall virksomheter og organisasjoner som kan tenkes å ha et slikt spesifikt tilbud.

Blant offentlige instanser (og private instanser drevet på oppdrag fra det offentlige) har vi valgt å inkludere følgende:

- Førstelinjetjenesten i kommunene
 - Helsestasjonene
 - Barneverntjenesten
 - Sosialtjenesten
 - PPT for barnehage og grunnskole
- Familievernkontorene
- Spesialisthelsetjenesten – utvalgte enheter
 - Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker
 - Voksenpsykiatriske poliklinikker
 - Rusmiddelpoliklinikker
 - Behandlingsinstitusjoner for rusmiddelproblemer

Adresselister til førstelinjetjenestene og de fleste spesialisthelsetjenestene ble kjøpt som Excel-filer fra firmaet LEX Norsk samfunnsinformasjon as (MEDLEX og PEDLEX). Adresser til behandlingsinstitusjoner for rusmiddelproblemer ble hentet fra SIRUS sitt nettsted www.rustiltak.no, mens Bufetat sine nettsider www.bufdir.no har gitt adresser til familievernkontorene. Til sammen ble dette 2738 adresser.

De frivillige/ideelle tiltakene ble identifisert gjennom søk på internett, telefoner til antatt aktuelle organisasjoner og gjennom personlig kjennskap til og tips om relevante tiltak. Det var kun de identifiserte spesifikke tiltakene som ble inkludert.

3.2 Spørreskjemaundersøkelsen

De ble utarbeidet et spørreskjema for kartlegging av den informasjonen oppdragsgiver ønsket. I tillegg inkluderte vi noen spørsmål til de tiltakene

som ikke hadde spesifikke tilbud for å kunne belyse hvilken oppmerksomhet de har på rusmiddelbruk, og spørsmål vi anså som viktige for å vurdere faglige og forskningsmessige utfordringer.

I spørreskjemaet var følgende variabler inkludert:

- 1) Hvorvidt informanten har et spesifikt tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer
- 2) Hvis nei, om de har planer om å iverksette et spesifikt tilbud i løpet av de neste 12 måneder – eventuelt hva slags
- 3) Beskrivelse av det spesifikke tilbudet:
 - Når ble det etablert
 - Målgruppe
 - Innhold
 - Organisering
 - Begrunnelse for å gi tilbudet (hovedmålsettinger)
 - Faglig/teoretisk forankring
 - Verdi- eller livssyns forankring
- 4) Utredning av barn som mottar tilbudet
 - Om barna utredes
 - Formål
 - Metoder
 - Konsekvenser av avdekket sykdom/skade/behov
 - Viderehenvisning til andre hjelpeinstanser som følge av funn
- 5) Rekruttering av barna
 - Hvordan, av hvem
 - Antall som benyttet tilbudet i 2004
- 6) Personale
 - Personalets bakgrunn
 - Opplæring/veiledning
- 7) Finansiering
- 8) Evaluering – beskrivelse og resultater
- 9) Planer om endringer i det spesifikke tilbudet
- 10) Finnes det udekkede behov for tiltak til disse barna
- 11) Tilleggsspørsmål til de som gir ikke-spesifikke tilbud til barna
 - Kartlegges rusmiddelbruk hos foreldrene til barna det arbeides med
 - Hvis ja – hvordan
 - Hvis ofte eller av og til – hva avgjør om det kartlegges
 - Følger av avdekket rusmiddelmisbruk hos foreldrene for tilbudet til barna

Skjemaet ble sendt som brev til alle på adresselisten, sammen med et følgebrev og en adressert og frankert svarkonvolutt. På grunn av en svikt i distribusjonsleddet var svarfristen nærmest gått ut før skjemaene kom fram, noe som resulterte i mange henvendelser fra mottakerne. Ved purringen noen uker senere ble det gitt en romsligere frist.

I følge- og purrebrevet ble det opplyst om at spørreskjemaet var lagt ut på nettsidene til SIRUS, og det ble forklart hvordan man kunne laste det ned derfra, fylle det ut og returnere det som vedlegg til e-post. 247 informanter valgte å svare på denne måten.

3.3 Utvalget

Fra PEDLEX og MEDLEX fikk vi en liste med 2672 adresser. Ideelt sett burde hver informant figurere en gang på adresselisten, og det burde gå tydelig frem hva slags instans det dreide seg om. Slik ble det ikke, av flere årsaker:

- Mange kommuner har slått sammen flere tjenesteområder i ett kontor, som står registrert på flere adresselister (som for eksempel sosialkontor og barneverntjeneste). Slike kontorer kan komme opp flere ganger på listen uten at det kan oppdages at det er ett og samme kontor.
- Fagadministrasjonen i kommunen – for eksempel ”Helse- og sosialetaten” – kan stå oppført med egen adresse, og representerer da opptil flere av de øvrige oppførte instansene som også har mottatt egne skjemaer.
- Virksomheter kan ha navn som gjør det vanskelig å identifisere hva slags type virksomhet det er. Dette er spesielt utbredt på listen over spesialisthelsetjenestene.
- Adresselistene var ikke helt ajourførte. En del skjemaer kom i retur på grunn av nedlagte, flyttede eller omorganiserte virksomheter.

På grunn av dette blir det vanskelig å gruppere informantene i klart avgrensede kategorier slik det er gjort i kapittel 3.1. For de kommunale virksomhetene er det også vanskelig å beregne en reell svarprosent. Før dataanalysen tok til valgte vi å gjøre følgende i forhold til besvarelsene fra den kommunale førstelinjen:

- Kommuner som har returnert ett eller flere besvarte skjemaer: De returnerte besvarelsene ble punchet, men eventuelle virksomheter som ikke svarte ble slettet fra utvalget.
- Kommuner som ikke har noen besvarte skjemaer: En tilfeldig valgt virksomhet fra kommunen ble beholdt i utvalget, og virksomhetens skjema ble registrert som ubesvart. De øvrige virksomhetene i kommunen ble slettet fra utvalget.
- Store kommuner med flere virksomheter av hver type: Hver bydel ble behandlet som en kommune, med samme prosedyre for eventuell sletting av informanter.

Slik er antall informanter i denne delen av utvalget (som ikke inkluderer de ideelle/frivillige tiltakene) redusert fra 2672 til 1758. Alle kommuner er representert med minst en informant. Kommuner (eller bydeler) med flere besvarelser er representert flere ganger, mens det fra kommuner som ikke har svart er registrert ett ubesvart skjema. Når det beregnes svarprosent på grunnlag av dette materialet, får vi et prosenttall som ligger et sted mellom svarprosenten for de kommunale enkeltvirksomhetene og svarprosenten for kommunene. Tallet er dermed ikke uttrykk for en eksakt svarprosent, men gir allikevel et inntrykk av responsen på undersøkelsen på kommunalt førstelinjenivå.

Til de ideelle/frivillige tiltakene ble det sendt ut 17 skjemaer. Familieklubbene i Norge har valgt å sende en besvarelse på vegne av alle de 12 enhetene. To tiltak svarte ikke, slik at vi står igjen med fire informanter fra denne gruppen:

- Familieklubbene
- Arbeidernes Edruskapsforbund
- Wandasenteret i Bodø
- Al-Anon Norge

Vi har også inkludert det såkalte Ullevålteamet ved Ullevål universitetssykehus. Dette er et spesialtiltak som følger opp gravide med blant annet rusmiddelproblemer frem til fødsel, gjør omsorgsvurderinger i samarbeid med barneverntjeneste og andre, og formidler oppfølging. Ullevålteamet har ikke fylt ut spørreskjemaet, da dette er tilpasset virksomheter som arbeider med fødte barn. Når vi allikevel har valgt å inkludere både Ulle-

vålteamet og helsestasjonstilbudene, er det fordi det forebyggende arbeidet som påbegynnes under graviditeten er særdeles viktig for å forebygge rusrelaterte skader hos barnet, og fordi disse tiltakene også forankrer en oppfølging av barn og foreldre. De er likeledes sentrale i forhold til å kunne vurdere omsorgssituasjonen.

Tabell 2 viser sammensetningen av det endelige utvalget fordelt på informant type.

Tabell 2: Utvalget fordelt på informant type

	Antall besvarelser	Svarprosent
Førstelinjetjeneste ¹	658	47 % (N = 1409)
Familievernkontor	31	51 % (N = 61)
Behandlingsinstans rusmiddelproblemer	99	51 % (N = 193)
Psykisk helsevern	29	31 % (N = 95)
Ideelt/frivillig tiltak	4	100 % (N = 4)
Totalt	821	47 % (N = 1762)

Svarprosenten er relativt lav, til tross for at det ble sendt ut et purrebrev til alle virksomheter som ikke svarte i første omgang. Ved purringen ble det gjort oppmerksom på at selv om man ikke hadde noe spesifikt tilbud å rapportere, var vi interessert i svar på de øvrige spørsmålene som var stilt. Til tross for dette havnet den samlede svarprosenten ut fra våre beregninger på 47 %.

Vi fikk en del tilbakemeldinger fra virksomheter som oppfattet spørsmålene som lite relevante, og som derfor valgte å ikke besvare skjemaene. Det gjaldt spesielt for virksomheter innen psykisk helsevern, som har den laveste svarprosenten (31 %). Adresselisten til tiltakene i psykisk helsevern var også den som var minst tilfredsstillende sammensatt, og som klart inneholdt en del adressater som ikke burde ha vært inkludert i under-

¹ Ingen reell svarprosent for kommuner/kommunale virksomheter; se forklaring i teksten

søkelsen – for eksempel institusjoner for eldre psykisk syke. Fra førstelinjetjenestene er det særlig sosialkontorene som har unnlatt å svare. I tilbakemeldinger derfra sies det blant annet at de ikke arbeider direkte med barn, og at de derfor ikke anser spørsmålene som relevante.

Det kan for øvrig bemerkes at like før denne undersøkelsen ble foretatt, sendte en prosjektgruppe ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse (sør – øst) på vegne av samme oppdragsgiver ut et tilsvarende spørreskjema som gjaldt tilbud til barn av foreldre med psykiske lidelser. Mandatene for de to prosjektene var formulert svært likt, og det førte til at spørreskjemaene inneholdt en del nærmest likelydende spørsmål. Vi forsto på tilbakemeldingene fra flere informanter at de trodde de to skjemaene kom fra en og samme undersøkelse. Dette har trolig påvirket svarprosenten fra de virksomhetene som har mottatt skjema fra begge undersøkelsene. Prosjektgruppene var på dette tidspunktet ikke informert om hverandres mandat, men har senere samarbeidet.

På bakgrunn av svarprosenten kan man ikke gå ut fra at besvarelsene favner alle spesifikke tilbud innen de ulike virksomhetstypene. Måten utvalget ble redusert på (se tidligere i dette kapitlet) gjør at man heller ikke kan sammenligne svarprosjenter mellom virksomhetstyper innen gruppen førstelinjetjenester.

Følgerebrevet forklarer at formålet med undersøkelsen er å kartlegge tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer. Spørreskjemaet innledes med en forklaring på forskjellen mellom spesifikke og generelle tilbud, og man blir bedt om å rapportere de spesifikke tilbudene. De som har spesifikke tiltak, og som derigjennom gjør en ekstra innsats innen et område som det settes søkelys på, kan antas å være ekstra motiverte til å formidle det arbeidet som gjøres. De som ikke driver noen slike tiltak vil ha mindre interesse av å svare også på de resterende spørsmålene. Av den grunn regner vi med at forekomsten av spesifikke tiltak er lavere blant de som ikke har svart enn blant de som inngår i det endelige utvalget. Dette bekreftes når vi ser på besvarelsene fra virksomheter i Midt-Norge: Vi har flere informanter som rapporterer om sin tilknytning til et spesifikt program (BAPP-programmet, senere omtalt). Svarprosenten fra dette området er høyere enn i landet for øvrig.

Det er indikasjoner på at skjemaet i noen tilfeller ikke har nådd frem til de riktige informantene. Muligheten for dette er særlig til stede ved større organisasjoner/virksomheter hvor posten mottas av en sentral administra-

sjon, og hvor det kan se ut som om den ikke alltid er formidlet videre. Det er således en kompleks virkelighet man møter på i utsendelsen av en slik spørreskjemaundersøkelse til et bredt tjenesteapparat. Ut fra forsøkene på muntlig å oppspore tiltak i forlengelse av selve spørreundersøkelsen, kan det imidlertid synes som om vi har fått med de fleste av de spesifikke tilbudene til barn av rusmiddelmisbrukere i Norge.

4 Resultater

I det følgende presenteres en sammenfatning av informasjonen som vi fikk inn gjennom spørreundersøkelsen, samt gjennom personlig kontakt med en del av informantene. Kapitlet inneholder i liten utstrekning analyser og drøfting av resultatene, dette er lagt til kapittel 6.

Først beskrives forekomsten av spesifikke tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer. Deretter følger en kort beskrivelse av tilbudene innen henholdsvis førstelinjen, behandlingsinstanser for rusmiddelproblemer, øvrig psykisk helsevern og frivillige tiltak. Til sammen gir disse kapitlene svar på det første spørsmålet i prosjektmandatet: Hvilke tiltak får barn av rusmiddelmisbrukende foreldre tilbud om? I de neste underkapitlene gjengis data som berører de øvrige problemstillingene fra prosjektmandatet: Rekruttering av barn/ungdom til tiltakene, personalets bakgrunn, finansiering og evaluering. Vi oppsummerer deretter svarene på noen av tilleggsspørsmålene, der informantene blant annet ble bedt om å beskrive praksis med hensyn til kartlegging/utredning av barn og foreldre. Til sist gir vi en mer utdypende omtale av noen utvalgte tilbud.

4.1 Forekomst av spesifikke tilbud innen ulike virksomhetstyper

Det første spørsmålet som ble stilt var hvorvidt virksomhetene har et spesifikt tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer. På grunnlag av kjennskap til feltet hadde vi en hypotese om at det kun er et fåtall virksomheter som har denne typen tiltak. Dette viste seg å stemme.

Tabell 3 viser hvor mange av de ulike virksomhetstypene som har svart henholdsvis ja og nei på om de har et spesifikt tilbud. De frivillige/ideelle tiltakene er utelatt, da de er inkludert i undersøkelsen nettopp fordi de har et kjent tilbud til målgruppen.

Tabell 3: Spesifikke tilbud etter virksomhetstype

Virksomhetstype		Gir spesifikt tilbud		Totalt
		Ja	Nei	
Førstelinjetjeneste	Antall	18	640	658
	% innen informant type	3 %	97 %	100 %
Familievernkontor	Antall	0	31	31
	% innen informant type	0 %	100 %	100 %
Behandlingsinstans rusmiddelproblemer	Antall	22	77	99
	% innen informant type	22 %	78 %	100 %
Psykisk helsevern	Antall	2	27	29
	% innen informant type	12 %	88 %	100 %

Seksten av de atten virksomhetene på førstelinjenivå som rapporterer om spesifikke tiltak er helsestasjoner, de resterende er oppgitt å tilhøre helse- og sosialetaten, ikke nærmere spesifisert. En forekomst av spesifikke tiltak på knappe 3 % innen førstelinjetjenestene er lavt. Samtidig er det nok disse virksomhetene som i størst grad når rusmiddelutsatte barn med sine generelle tilbud, all den tid de som førstelinjetjeneste møter en svært stor andel av barnepopulasjonen. Det er imidlertid ingen grunn til å tro at førstelinjetjenesten identifiserer alle tilfeller av foreldre med rusmiddelproblemer, selv ikke i de tilfellene hvor barna bærer tydelig preg av vansker. I undersøkelsen har vi forsøkt å belyse dette ved å spørre om virksomhetene kartlegger rusmiddelbruk hos foreldrene til barna de arbeider med (se kapittel 4.7.1).

Ingen av de 31 familievernkontorene som har svart oppgir at de har et spesifikt tilbud til barn. Disse virksomhetene har som mandat å arbeide med samlivs- og familieproblematikk, og det er ikke noe i deres familierapeutiske tradisjon som skulle tilsi at de etablerer særskilte tiltak med utgangspunkt i barnet.

Av behandlingsinstanser for rusmiddelproblemer er det 22 som har et spesifikt tilbud til barn. Vi har da inkludert de tilbudene som er beskrevet i delrapport I (rusinstitusjoner som legger inn barn sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer – syv av de 22 tilbyr kun innleggelse av barna, mens en institusjon har poliklinisk tilbud i tillegg). Selv om dette er den virksomhetstypen som har den høyeste forekomsten av spesifikke tilbud, er det et stort flertall - 78 % - som oppgir å ikke ha

noe særskilt tilbud til barn. Behandlingstiltakene for rusmiddelmissbrukere synes altså overveiende å ha oppmerksomheten på behandling av de voksne.

Psykisk helsevern (utenom rusfeltet) har den laveste svarprosenten, og har også lav forekomst av rapporterte spesifikke tiltak (hhv 31 % og 12 %). Gruppen er nokså sammensatt, da det ut fra adresselistene ikke var lett å skille mellom tiltak for barn og voksne, og heller ikke mellom poliklinikk og døgnetenhet. I denne gruppen er det nok en stor andel som har opplevd spørreskjemaet som lite relevant i forhold til sitt arbeidsområde. Mange av informantene arbeider verken med rusmiddelproblematikk eller med barn, eller med pasienter som er unge nok til å ha umyndige barn.

Bare det å få behandlere innen psykisk helsevern for voksne til å være oppmerksomme på den voksnes mulige rusmiddelproblemer kan være utfordrende nok i seg selv. Det er svake tradisjoner for å forholde seg til rusmiddelproblematikk innen denne delen av helsevesenet. Ved avdekking av rusmiddelavhengighet har man gjerne valgt å viderehenvise til spesialtjenestene innen rusfeltet. Nå er det imidlertid en økende oppmerksomhet på sammensatte lidelser som rusmiddelmissbruk og psykiske vansker og diagnostisert komorbiditet, slik at dette kan endre seg. De psykiatriske ungdomsteamene som har lange tradisjoner på arbeid med rus og psykiske vansker hos ungdom sees også i større grad som del av det generelle psykiatritilbudet.

4.2 Kort beskrivelse av tilbudene

I det følgende presenteres en oppsummering av informasjonen om spesifikke tiltak innen hver av virksomhetstypene. Siden disse tilbudene er så forskjellige, lar det seg vanskelig gjøre å sammenfatte informasjonen i tabeller og statistikk. Vi har derfor valgt en beskrivende og kommenterende form. Detaljerte opplysninger fra hver enkelt virksomhet er å finne i kapittel 8.

4.2.1 Førstelinjetjenestene

Denne gruppen utgjøres først og fremst av helsestasjoner. De beskriver forskjellige tiltak med hensyn til målgruppe, organisering og innhold.

Noen rapporterer at de gir ekstra oppfølging under svangerskap og etter fødsel når det er avdekket rusmiddelproblemer hos mor. Det kan være helsestasjonen selv som blir oppmerksom på dette, eller det kan være andre instanser som gir informasjon. Blant annet er det eksempel på at kommuner oppretter særskilte arbeidsgrupper (eks. ”Arbeidsgruppa for arbeid med gravide rusmiddelmisbrukere”, Lørenskog). Formålet med slike forsterkede tiltak oppgis å være å komme inn så tidlig som mulig for å forebygge skadevirkninger av foreldres rusmiddelbruk i svangerskapet og i de første leveårene.

De som har kommet lengst i å utvikle slike tilbud er de forsterkede helsestasjonene, som er opprettet nettopp for å ta hånd om komplekse saker hvor foreldrenes rusmiddelbruk medfører behov for omfattende og koordinerte tiltak. De forsterkede helsestasjonene som inngår i vårt utvalg er Bergen (Solheimviken), Trondheim (Midtbyen) og Kristiansand (Sentrum/Lund, tidligere Eventyrgården). Det som kjennetegner disse tiltakene er en bred tverrfaglig teamsammensetning, intensiverte konsultasjoner og tett oppfølging av foreldre og barn de to første leveårene.

Flere helsestasjoner har også spesifikke tilbud til eldre barn og unge. Dette er primært gruppebaserte tiltak (samtalegrupper) for barn av foreldre med rusmiddelproblemer. Rekruttering foregår gjennom skolehelsetjeneste, barneverntjeneste, allmennpraktiserende leger, sosialkontor eller via foreldrene selv. Gruppetilbudet drives av helsestasjonen eller en instans de samarbeider med – som for eksempel psykiatrisk sykepleietjeneste (Høvik).

Begrunnelsen for tilbudet er gjerne at barna antas å ha nytte av å snakke med andre barn i samme situasjon som dem selv. Det å vokse opp med rusmiddelproblemer i hjemmet medfører ofte mye utrygghet, skyld, skamfølelse og forvirring mht hva som er ”normalt”. Gjennom fellesskap og samtaler med andre barn/unge skal de få hjelp til å forstå og bearbeide, og til å plassere ansvar hos de voksne.

Noen helsestasjoner viser til deltakelse i ”BAPP-programmet”(program for barn av foreldre med psykiske og/eller rusproblemer), et program initiert i Norge av Sykehuset Levanger og som involverer flere samarbeidende kommuner. Programmet har som formål å drive forebyggende arbeid med barn av foreldre med psykisk sykdom og rusproblemer. Se nærmer omtale i kapittel 4.8.5.

4.2.2 Behandlingstiltak for rusmiddelproblemer

Det spesifikke tilbudet til barn ved behandlingsinstansene for rusmiddelproblemer varierer både med hensyn til målgruppe og rekruttering. Aldersspennet strekker seg fra nyfødte (eller gravide) til voksne barn av rusmiddelavhengige.

Ved døgninstitusjonene er det to hovedtyper av tiltak:

- Barn legges inn sammen med foreldre som er til behandling for rusmiddelavhengighet. Slike tiltak er beskrevet i prosjektets delrapport I, og blir ikke nærmere omtalt her.
- Foreldrene er innlagt til behandling, og institusjonen inviterer barna til å delta i familiebehandling og/eller motta et pårørende tilbud. Barnas deltakelse kan være poliklinisk, eller de kan bo kortere eller lengre tid på institusjonen.

I begge typene tiltak rekrutteres barna gjennom at foreldrene er henvist til eller er mottakere av et behandlingstilbud for rusmiddelproblemer. Rogaland A-senter har, som ett av de regionale kompetansesentre for rusmiddelproblemer, familier med barn i skolealder som nasjonalt spisskompetanseområde. Senteret har hatt spesiell interesse av og opparbeidet seg kunnskap om familiarbeid og familierapeutiske tilnærminger overfor målgruppen.

En del institusjoner, deriblant mange av klinikkene som gir behandling etter ”Minnesota-modellen” (bygger på Anonyme Alkoholikers 12-trinns program), arrangerer familiesamlinger som ledd i behandlingen av rusmiddelavhengighet. Slike samlinger kan ha et tosidig formål: De kan anvendes til å konfrontere den rusmiddelavhengige med avhengigheten og hva den har ført til av belastninger for de nærmeste, noe som skal bidra til å øke den avhengiges innsikt i egne problemer og motivasjonen for endring. Samlingene kan også anvendes som støttetiltak for familiemedlemmer hvor de gjennom undervisning og samtaler får hjelp til å bearbeide rusrelaterte vansker og til å håndtere situasjoner mest mulig konstruktivt.

Som tidligere nevnt er det likevel en betydelig andel av de som har svart – nærmere 80 % – som oppgir å ikke ha noe tilbud til barn. Dette kan nok delvis forklares ved at en del institusjoner tar inn pasienter som har hatt alvorlige rusmiddelproblemer over så lang tid at de ikke lenger har den daglige omsorgen for barna, eventuelt ikke har kontakt med dem. Ved

innleggelsestidspunktet blir de derfor ikke regnet med som nær familie i det daglige. Mange pasienter har imidlertid fortsatt barn boende hos seg, eller de har besøksordning ved midlertidige omsorgsovertagelser. Etter en tid i behandling vil erfaringsmessig også en del pasienter kreve å få tilbake daglig omsorg for barn. Det finnes således sterke argumenter for at behandlingstiltakene innen rusfeltet bør forholde seg aktivt til pasientenes barn og deres behov for faglig hjelp.

4.2.3 Psykisk helsevern (utenom rusfeltet)

Datagrunnlaget fra denne gruppen tiltak er meget lite, med kun to rapporterte spesifikke tiltak blant de 29 instansene som har svart. Det ene er Nydalen senter for barne- og ungdomspsykiatri, Oslo (se egen presentasjon i kapittel 4.8.3), det andre er Fekjær psykiatriske senter, en privat institusjon med driftsavtale med regionalt helseforetak.

Ut fra tilgjengelige data ser det ut til at virksomheter innen psykisk helsevern som ikke har rusmiddelproblematikk som hovedområde, i liten grad driver spesifikt arbeid for barn av foreldre med rusmiddelproblemer. Heller ikke fra de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene har vi informasjon om at det drives slikt arbeid i særlig omfang.

Samtidig må vi regne med at disse virksomhetene har kontakt med mange barn og unge fra rusmiddelbelastede familier uten at foreldrenes rusmiddelproblem er kjent for behandlerne. Psykisk helsevern for barn og unge er de instansene som først og fremst møter barn med alvorlige tegn til mistilpasning, med symptomlidelser og funksjonsvansker. Det kan synes som om barne- og ungdomspsykiatrien i langt større grad kan arbeide med rusrelaterte skader og samspills mønstre dersom kompetanse på identifisering av rusmiddelbruk i familier og tilrettelegging av metodisk tilnærming finner sted. Dette ligger nå inne i mandatet for psykiske helsevern for barn og unge. Intervensjonene som gis i denne del av spesialisthelsetjenesten er svært viktige for å forebygge manifeste psykiske lidelser senere i livet.

4.2.4 Frivillige/ideelle tiltak

Også innen de frivillige/ideelle organisasjonene finnes det mange generelle tiltak som kan nå frem til barn av foreldre med rusmiddelproblemer, men få som har et spesifikt tilbud til denne gruppen. Røde Kors Norge er eksempel på en organisasjon som driver utstrakt arbeid for å øke livsk-

valiteten til barn og unge som har en lite gunstig situasjon. Gjennom blant annet barnegrupper tilbys fritidsaktiviteter til barn fra familier med dårlig råd. Røde Kors telefonen for barn og ungdom mottar årlig ca 150.000 telefonhenvendelser, hvorav et stort antall handler om rådgivning vedrørende rusmidler. Dette må antas å være viktige tiltak også for barn av foreldre med rusmiddelproblemer, men de kommer altså inn under de generelle tilbudene i denne sammenheng og beskrives ikke eksplisitt.

De fire frivillige/ideelle tiltakene som inngår i utvalget har det til felles at de i hovedsak drives av ulønnede, frivillige medarbeidere. Noen er ansatt i organisasjoner med koordinerende ansvar for tiltakene, men den praktiske gjennomføringen forestås mest av frivillige. Med hensyn til innhold og organisering er tiltakene nokså ulike.

- Familieklubbene er selvdrivne støttetiltak for hele familien, hvor flere familier møtes med spesielt opplærte klubbassistenter i støttefunksjoner.
- Arbeidernes Edruskaps Forbund gir tilbud om samtalegrupper for barn/ungdom, med spesielt opplærte gruppeledere.
- Wandasenteret har frivillige medarbeidere som gir råd, veiledning og støtte, hovedsakelig via telefon.
- Alateen er selvhjelpsgrupper for ungdom, veiledet av fadder fra Al-Anon.

Siden tiltakene er så forskjellige fra hverandre, presenterer vi hvert av dem noe mer i detalj i kapittel 4.8.1 - 4.8.9.

4.3 Rekruttering til tiltakene

Som vi har sett foregår rekruttering av barn og ungdom til de spesifikke tiltakene på ulik måte, dels avhengig av tilbudets karakter og dels som følge av valg som er tatt.

De forebyggende og behandlende tiltakene for de ufødte og nyfødte barna er i hovedsak å finne innen offentlige virksomheter som helsestasjoner, allmennleger, sykehusavdelinger (gynekologisk avdeling – barneavdeling – føde- og barselavdeling – etc.). Den viktigste rekrutteringskanalen går via de ordinære systemene for svangerskapsoppfølging, som hører med under det som i denne rapporten er karakterisert som generelle tiltak. Mor henvender seg selv til helsevesenet ved oppdaget graviditet, og det finnes godt

innarbeidede prosedyrer for helsemessig oppfølging av mor og barn under svangerskap og barseltid. Når familien først er inne i systemet henviser de ulike virksomhetene ofte til hverandre ved behov. De som tilbys oppfølging ved de forsterkede helsestasjonene rekrutteres gjennom henvisning fra andre offentlige virksomheter innen helsevesen, sosialtjeneste og barneverntjeneste, eller kvinnen kan selv oppsøke tilbudet. Man kan også henvise til innleggelse av den gravide i institusjon, om nødvendig under tvang med hjemmel i Sosialtjenestelovens § 6-2a.

Selv om de fleste gravide frivillig oppsøker og holder kontakt med helsevesenet, er det en del kvinner med blant annet omfattende rusmiddelproblemer som man må arbeide aktivt for å nå og holde fast i under svangerskapet. Lett tilgjengelige tilbud og tverrfaglig tilnærming med spesifikk kompetanse synes å ivareta rekruttering tidligst mulig i svangerskapet slik at prenatal ruseksponering reduseres.

Rekruttering av eldre barn til de ulike tiltakene skjer ved at noen henviser barnet eller ved at barnet selv tar kontakt. I tilfeller der omgivelsene blir oppmerksom på foreldrenes rusmiddelproblemer kan denne kunnskapen i seg selv være henvisningsgrunn, enten barnet viser tegn til mistilpasning eller ikke (barn i hhv. gruppe A og C, Tabell 1 side 18). Mange av våre informanter viser til at de vil melde bekymring til barneverntjenesten dersom de får kjennskap til rusmiddelproblemer i hjemmet, i samsvar med opplysningsplikten som er nedfelt i blant annet Lov om barnevern. Også skoler og barnehager sender bekymringsmeldinger i slike saker.

I forhold til de tilbud som er fanget opp gjennom undersøkelsen synes det å være klare utfordringer i forhold til rekruttering til støtte- og behandlingstilbud til barn, selv om foreldrenes rusmiddelproblemer er kjente. Foreldrene kan direkte motarbeide barnets kontakt med hjelpeapparatet. Der hvor grunnlaget for omsorgsovertakelse ikke vurderes å være tilstede, er man avhengig av å få til et samarbeid med foreldre over tid. Rekruttering av barn til hjelpetiltak er derfor i stor grad et spørsmål om motivasjonsarbeid overfor foreldrene. Ikke minst er det en utfordring å styrke metodisk kompetanse slik at familiedynamikk blir gjort til gjenstand for analyse, forståelse og valg av tilnærming. Ofte vil forståelse av familiens samspill, roller og strategier være avgjørende for en vellykket intervensjon både for barnet og for familien som helhet.

Barnas egen motivasjon er av selvstendig betydning, selv om den i stor grad er vevet sammen med foreldrenes. De særtiltakene som det er satset

på for barn i skolealder er ulike gruppetilbud. Det er forsøkt å rekruttere barn og ungdom til slike gruppetilbud på forskjellige måter i skolen. Man har henvendt seg direkte til barn eller ungdom som man vet har foreldre med rusmiddelproblemer, eller som har vist tegn til mistilpasning. Alternativt har man gått ut med generell informasjon til alle elever, og håpet at målgruppen for tiltaket ville fange opp informasjonen og derigjennom la seg rekruttere til tiltaket. Vi ser av de rapporterte erfaringene at dette rekrutteringsarbeidet er vanskelig.

Bruk av internett i rekrutteringsøyemed er så nytt at det ikke er samlet nevneverdig erfaring med det ennå. På internett er det mulig å meddele seg anonymt om dypt personlige temaer. Et nettsted av høy kvalitet kan tenkes å være et godt støttetiltak i seg selv, men vil avhenge av seriøsitet og kompetanse. Internett kan potensielt lette rekruttering til det øvrige hjelpeapparatet, selv om terskelen til andre tilbud der anonymiteten opphører synes å være høy.

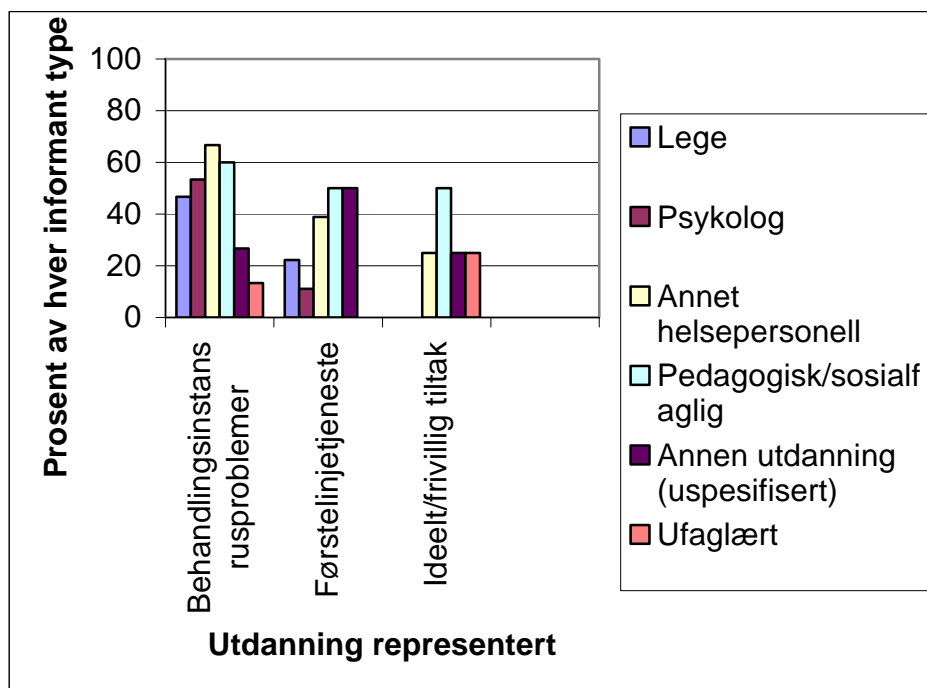
4.4 Personalets bakgrunn

Det rapporteres om et høyt utdanningsnivå blant personalet som arbeider i de spesifikke tiltakene. Figur 1 viser hvor stor andel av hver informanttype som har tilknyttet de ulike utdanningskategoriene i arbeidet med barna. Psykisk helsevern er utelatt på grunn av det lave antallet informanter.

Av figuren går det frem at en relativt liten andel benytter ufaglærte. I førstelinjetjenestene er det de ulike høyskoleutdanninger innen helse- og sosialfag og pedagogiske fag som dominerer, også når vi ser på antall ansatte i hver kategori. Ca halvparten av behandlingsinstansene for rusmiddelproblemer har ansatt hhv. lege eller psykolog.

Også i de frivillige tiltakene er utdannet personale representert. Disse har gjerne en ansvarsrolle overfor en gruppe frivillige uten relevant formalkunnskap for rusfeltet. Arbeidernes Edruskapsforbunds gruppeledere har sin opplæring fra Regnbueprogrammet. Familieklubbene har et eget opplæringsprogram for klubbassistenter.

Figur 1: Utdanningsgrupper representert ved hver informanttype



Tallene sier for øvrig ikke noe om hvor mange stillinger hver virksomhet reelt sett bruker til arbeidet med barna, bare hvilke stillingsgrupper man har representert. Det er ikke skilt mellom hele og delte stillinger.

Virksomhetene gir uttrykk for ønske om at personalgruppene skal kunne beholde og videreutvikle sin kompetanse gjennom for eksempel undervisning og veiledning. Omfanget av denne virksomheten er ikke kjent.

4.5 Finansiering

De aller fleste virksomhetene som inngår i undersøkelsen finansieres med offentlige midler. Tiltakene er enten offentlige eller i privat eie med driftsavtale med det offentlige. De offentlig finansierte spesifikke tilbudene finnes både på kommunalt nivå (førstelinjetjenestene) og statlig nivå (spesialisthelsetjenesten). Etableringen av tilbudene har i mange tilfeller foregått ved at det er iverksatt prosjekter med øremerkede midler og at virksomheten etter en prosjektperiode er innkorporert i den ordinære virksomheten.

somheten. Noen av tiltakene er iverksatt ved hjelp av midler fra Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006.

De frivillige tiltakene er i stor grad avhengige av egne midler. De mottar også noe offentlige driftstilskudd. Eksempelvis får Wandasenteret midler fra både stat og kommune til husleie og drift. Man må anta at kostnadene ved de frivillige tiltakene er lave, da de i hovedsak benytter ulønnet arbeidskraft.

Det ligger ikke i mandatet til dette prosjektet å beregne samlede utgifter til de kartlagte spesifikke tilbudene.

4.6 Evaluering

Evalueringsbegrepet er flertydig. Én distinksjon går mellom prosess- og effektevaluering. Informantene har i sine svar rapportert om begge former for evaluering. Det synes imidlertid som om de har hatt ulik terskel for hva de har valgt å karakterisere som evaluering. For eksempel er det en behandlingsinstitusjon for rusmiddelproblemer som skriver at tilbudet er evaluert ”gang på gang i flere år av Fylkesmannens sosialavdeling”. Man må anta at det her siktes til Fylkesmannens tilsynsbesøk. Andre svarer at tilbudet er blitt ”fortløpende vurdert”, ”kun lokalt evaluert”, ”vurdert årlig i forbindelse med rullering av planverket”, eller ”jeg vet kun at barna er svært godt fornøyd”.

Hovedfunnet også fra denne undersøkelsen er, som i delrapport I, at det i liten grad har vært foretatt forskningsbasert evaluering av tiltakene.

Noe evalueringsarbeid er allikevel gjort. Dette er nærmere presentert under omtalen av de ulike tiltakene, men de rapporterte evalueringene kan oppsummeres som følger:

Sentrum/Lund forsterket helsestasjon (Kristiansand): Tiltaket startet som et prosjekt over 3 år, og er senere etablert som et fast tilbud. Det er under utarbeidelse en doktoravhandling basert på undersøkelser av barn som helsestasjonen har hatt kontakt med (Hjerkinn). Tre studier med ulikt fokus gjennomføres:

- en journalstudie for å undersøke om den forsterkede helsestasjonen når fram til alle i målgruppen, det vil si alle gravide med rusmiddelavhengighet innenfor helsestasjonens geografiske nedslagsfelt

- en fødselsundersøkelse av alle nyfødte barn av rusmiddelmissbrukere i perioden 1994-2002, i tillegg til en kontrollgruppe med nyfødte av ikke rusmiddelmissbrukende mødre
- en nevropsykologisk test og atferdsmessig kartlegging av eldre barn (født 1994-2002) av rusmiddelmissbrukende mødre, samt av en kontrollgruppe

Det foreligger ikke resultater fra disse undersøkelsene ennå.

Regnbueprosjektet: Prosjektet ble evaluert etter de første to årenes prosjektperiode (Kjøstvedt 1994). Evalueringen tok for seg ulike sider ved Regnbueprosjektet, både organisatoriske variabler (rekruttering, samarbeid) og tilbakemelding fra tilbudets brukere. Det er også skrevet en rapport av studenter som har sett på skolens bruk av Regnbuegrupper. Det er ikke publisert resultatevalueringer fra programmet.

BAPP-programmet: Dette startet også som et prosjekt, og er evaluert med bistand fra Barnevernets Utviklingssenter Midt-Norge (Svendsen 2004) før det ble videreført som BAPP-programmet. Evalueringen tar for seg tilbakemeldinger fra deltakende foreldre og barn i prosjektet, og man peker på forbedringsmuligheter og dilemmaer ved gruppevirksomheten.

Wandasenteret: Har vært gjenstand for en enkel evalueringssom i hovedsak beskriver tilbudet og oppsummerer aktivitetstall for 2004 (Didriksen 2005). Rapporten ble bestilt av Bodø kommune i forbindelse med tildeling av økonomiske midler til driften, og ble ført i pennen av daglig leder ved senteret. Med utgangspunkt i aktivitetsbeskrivelsen konkluderes det med at tilbudet er viktig og bør videreføres.

Familieklubbene: Ble evaluert av Diakonhjemmets Høgskolesenter, Midt-Norge (Lunestad og Døhlie 2005). Man anbefaler at familieklubbene opprettholdes, med enkelte justeringer: Klubbene blir foreslått knyttet til behandlingsinstitusjoner, blant annet for å gjøre det mulig å drive stabilt arbeid over tid. De klubbene som har slik tilknytning til behandlingsapparatet har store fortrinn med hensyn til rekruttering av medlemmer. Vansker med rekruttering har medført nedleggelse av flere tilbud og vansker med oppstart av nye. Også rekruttering og opplæring av klubbassistenter blir anbefalt gjort mer systematisk og strategisk. Man anbefaler også at det sentrale sekretariatet i større grad fungerer som støttende og veiledende instans overfor de lokale klubbene og klubbassistentene.

Evalueringsrapporten tegner i det store og hele et positivt bilde av familieklubbene.

4.7 Kartlegging og utredning

I delrapport I kom det frem at institusjoner som legger inn barn sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer trenger kompetanse for å gjøre nødvendig kartlegging av barnets utvikling og vansker. De som gjør dette systematisk og bruker standardiserte verktøy rapporterer om en langt høyere problembelastning hos barna. Ut fra behovet for å kunne tilrettelegge best mulig støtte- og behandlingstilbud til barn, for å kunne identifisere rusmiddelproblemer hos foreldre med barn, og ikke minst for å kunne legge til rette for evaluerings- og forskningsstudier, stilte vi spørsmål også i denne undersøkelsen om praksis vedrørende kartlegging og utredning i de spesifikke og i de generelle tiltakene.

De som gir et spesifikt tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer ble spurt om de foretar noen form for utredning av barna som mottar tilbudet. De som ikke gir noe spesifikt tilbud fikk spørsmål om de kartlegger rusmiddelbruk hos foreldre.

4.7.1 Kartlegging av foreldrenes rusmiddelbruk

På spørsmålet om kartlegging av foreldres rusmiddelbruk var det fire svaralternativer: Alltid, Ofte, Av og til eller Aldri. Fordelingen av svar på de ulike virksomhetstypene er gjengitt i tabell 4 (alternativene ”Alltid” og ”Ofte” er slått sammen fordi tallene er så små).

Av de 603 som har besvart spørsmålet oppgir 36 % at de alltid eller ofte kartlegger foreldrenes rusmiddelbruk, 40 % gjør det av og til, mens 24 % aldri utfører slik kartlegging. Det er grunnlag for å se nærmere på behovet for rutinemessige spørsmål om rusmiddelmisbruk hos foreldre som kommer i kontakt med hjelpeapparatet. Dette for å fange opp rusmiddelrelaterte vansker i familier.

Tabell 4: Kartlegging av foreldrenes rusmiddelbruk

		Kartlegges foreldres rusmiddelbruk			
		Alltid eller ofte	Av og til	Aldri	Totalt
Førstelinjetjeneste	Antall	184	219	123	526
	Prosent	35 %	42 %	23 %	100 %
Familievernkontor	Antall	7	14	2	23
	Prosent	30 %	61 %	9 %	100 %
Behandlingsinstans rusmiddelproblemer	Antall	20	2	14	36
	Prosent	55 %	6 %	39 %	100 %
Psykisk helsevern	Antall	8	8	2	18
	Prosent	45 %	44 %	11 %	100 %
Totalt	Antall	219	243	141	603
	Prosent	36 %	40 %	24 %	100 %

4.7.2 Metoder for kartlegging

Vi stilte spørsmål om hvilke metoder som anvendes og hva det er som avgjør om kartlegging finner sted eller ikke. Det kommer frem lite konkret informasjon om metodebruk, utover den kliniske samtalen og at man stiller spørsmål til foreldre om bruk av rusmidler. Dersom man ikke utfører kartleggingen rutinemessig i alle saker, gjør man det dersom man får mistanke om at det foreligger et rusmiddelproblem. Hvordan og hvor tidlig i et kontaktforhold en slik mistanke blir fanget opp, vil avhenge av klinisk kompetanse og spesifikk kunnskap om rusmiddelbruk.

4.7.3 Konsekvenser av at rusmiddelproblemer avdekkes

Dersom man oppdager rusmiddelproblemer hos foreldrene, kan dette resultere i ulike tiltak fra virksomhetens side. De hyppigst rapporterte reaksjonsformene var:

- Tilbudet til barna tilpasses til den kunnskapen man har fått om foreldrenes rusmiddelproblemer, for eksempel ved å tilby individualsamtaler med barna der dette temaet drøftes.
- Barna henvises til andre instanser. Hyppigst nevnt er barneverntjenesten og spesialisthelsetjenesten (BUP).
- Foreldrene gis tilbud om hjelp for sine rusmiddelproblemer.

4.7.4 Utredning av barna

De som gir et spesifikt tilbud ble spurt om de gjennomfører noen form for utredning av barna som mottar tilbudet. 35 informanter svarte på spørsmålet, hvorav 32 var fra de offentlige tiltakene. Tallene er presentert i Tabell 5.

Tabell 5: Utredning av barna

		Foretas det utredning av barna			
		Alltid eller ofte ²	Av og til	Aldri	Totalt
Førstelinjetjeneste	Antall	5	4	8	17
	Prosent	29 %	24 %	47 %	100 %
Behandlingsinstans rusmiddelproblemer	Antall	4	2	7	13
	Prosent	31 %	15 %	54 %	100 %
Psykisk helsevern	Antall	1	1	0	2
	Prosent	50 %	50 %	0 %	100 %
Totalt	Antall	10	7	15	32
	Prosent	31 %	22 %	47 %	100 %

Ca 50 % av informantene svarer at de aldri gjør noen utredning av barna. Om lag 30 % av behandlingsinstansene for rusmiddelproblemer og førstelinjetjenestene utreder alltid eller ofte. Fra spesialisthelsetjenestene er tallgrunnlaget for lite til at det kan kommenteres.

Formålet med utredningene oppgis å være:

- oppdage forekomst av sykdom, skade eller psykososiale belastningsfaktorer slik at virksomheten kan iverksette tiltak eller henwise til annen instans
- få et best mulig grunnlag for å arbeide videre med barnet

Til forskjell fra kartleggingen av foreldrenes rusmiddelproblemer oppgis det her flere spesifikke metoder for utredning: Klinisk intervju med anamneseopptak, psykologisk testing, observasjon og strukturerte metoder som for eksempel Child Behavior Checklist (CBCL).

² Fordi så få informanter har besvart spørsmålet, er antall svaralternativer redusert fra fire til tre ved at alternativene "Alltid" og "Ofte" er slått sammen.

Hvis man har faglige begrunnelser for at standardiserte og systematiske utredninger bør finne sted som grunnlag for støtte- og behandlingstiltak for barn, ligger det også her en stor utfordring med hensyn til opplæring og implementering av verktøy og rutiner.

4.7.5 Udekkede behov for tiltak – informantenes tilbakemeldinger

I spørreskjemaet ble informantene invitert til å gi sin vurdering av det eksisterende hjelpetilbudet for barn av rusmiddelmisbrukende foreldre. Spørsmålet var formulert slik: ”Ut fra de erfaringer dere har, finnes det udekkede behov for tilbud til disse barna?” Og videre: ”Hvis ja, hva slags tilbud mener dere det er behov for? Hvilke erfaringer begrunner dere dette med?”

Spørreundersøkelsen vi foretok ble mottatt på ulike måter:

Viser til målet for undersøkelsen: Å avdekke mangelfulle tilbud til en gruppe. Som representant for kommunalt 1.linjetjenestetilbud kommer det umiddelbart snikende en bekymring knyttet til at funn fra undersøkelsen vil bli brukt til å pålegge allerede sprengte kommunale hjelpetjenester enda flere og mer tidkrevende arbeidsfelt og oppgaver. Vi klarer ikke å ta unna kjerneoppgavene våre knyttet til Opplæringsloven pga for liten bemanning i forhold til barnetall/elevtall i bydelen. Siste års erfaringer tilsier at våre oppgaver og forpliktelser blir mer omfattende, mens ressursene blir knappere. I den grad denne undersøkelsen munner ut i tiltaksbehov håper jeg - jeg holdt på å si for Guds skyld - at det følger øremerkede midler med som også øremerkes for en instans som har kapasitet og mulighet for å gå inn i dette viktige, men krevende feltet!

Dette hjertesukket avsluttes altså med en konstatering av at det å gi tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer er viktig, men krevende, og at det ikke minst er avhengig av økonomiske midler.

576 informanter besvarte spørsmålet om hvorvidt det finnes udekkede behov for tilbud. 470 av dem (82 %) svarer at det finnes udekkede behov for tilbud, mens 106 (18 %) sier at det ikke er slike mangler. Det er en klar forskjell mellom svarene til de som gir et spesifikt tilbud og de som ikke gjør det. Blant de som har utviklet særskilte tilbud til barn av rusmiddel-

misbrukere er det signifikant flere som oppgir at det eksisterende tilbudet er mangelfullt, enn blant de som ikke gir et spesifikt tilbud, henholdsvis 96 % og 80 % ($p < 0,05$)³. Tallene er gjengitt i tabell 6.

Tabell 6: Finnes det udekkede behov for tilbud

			Gir spesifikt tilbud		Total
			Ja	Nei	
Finnes det udekkede behov for tilbud til disse barna?	Ja	Antall	27	443	470
		Prosent	96 %	81 %	82 %
	Nei	Antall	1	105	106
		Prosent	4 %	19 %	18 %
	Total	Antall	28	548	576
		Prosent	100 %	100 %	100 %

Det er således en utbredt oppfatning i fagmiljøene at det er mangler i tilbudet til barn av foreldre med rusmiddelproblemer. Forskjellen mellom de to gruppene informanter – hhv. de som gir eller ikke gir spesifikt tilbud – kan ha flere årsaker. Det er imidlertid nærliggende å påpeke at de som ser de udekkede behovene vil forsøke å sette i verk tiltak, og ved å gå inn i problemfeltet blir de ytterligere oppmerksom på kompleksiteten og de udekkede behovene som finnes. Men generelt: et stort flertall innen begge grupper mener at tilbudet er mangelfullt.

De to gruppene har noe ulik vektlegging når de beskriver hva slags tilbud de mener det er behov for. Følgende tilbakemeldinger er vanligst blant de som gir et spesifikt tilbud:

- Det er ønske om å utvide allerede pågående tiltak (tilføring av ressurser).
- Det uttrykkes misnøye med manglende tilbud eller kapasitet i andre deler av hjelpeapparatet (for eksempel for lang ventetid når barn/ungdom henvises til behandling i spesialisthelsetjenesten).
- Det påpekes at det er behov for å komme tidligere inn i familiene med forebyggende og/eller støttende tiltak (for eksempel i forbindelse med svangerskap).

³ Pearson Chi-kvadrat test

- Det etterlyses høyere kompetanse ved de instansene som møter barna og familiene.

Følgende kommentar formidler det mange informanter uttrykker:

Vår erfaring (...) er at det er behov for et spesialisert tilbud nært barnet (hjemstedskommune primært). Med spesialisert mener vi at de som skal møte barnet har spesialisert kompetanse og erfaring med rusavhengighet og konsekvensene for familien. Når barna har erfaring med å snakke med noen (offentlig hjelpeapparat) hører vi utsagn som; " det var ok å snakke med han/henne, men de forsto ikke noe av hvordan det egentlig er, eller var ikke så opptatt av rusing da jeg sa noe om det". Eller at de "riktige" spørsmålene ikke blir stilt barnet fordi hjelperne ikke har kunnskap eller fokus på rus. Vi får også formidlet fra barna at de lurer på hvorfor ingen gjorde noe med den vanskelige situasjonen hjemme når de (voksne offentlige helpere/skole eller familiemedlemmer/naboer) visste hvor ille barnet hadde det.

Klinikken har god erfaring med at barn med felles erfaringer møtes i gruppebehandling. De opplever mye støtte i møte med hverandre. Det blir for eksempel ikke så skamfullt når barnet oppdager at det er jo ikke bare er meg som har en pappa som drikker. Det er behov for et slikt gruppebehandlingstilbud hvor barnet kan gå regelmessig over tid nært sitt hjemsted.

Det siste momentet, behovet for gruppetilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer, er det hyppigst forekommende forslaget fra de som ikke gir et spesifikt tilbud. Det eksisterer tydeligvis en oppfatning om at barn og ungdom som lever med slike problemer i familien har nytte av å snakke med hverandre om det. I tillegg fremhever mange informanter at det er behov for større grad av tverrfaglig og tverretatlig samarbeid om disse sakene.

Det kan for øvrig nevnes at 3–5 % av virksomhetene blant førstelinjetjenester, spesialisthelsetjenester og behandlingsinstanser for rusmiddelproblemer oppgir at de har planer om å iverksette spesifikke tilbud i løpet av de neste 12 måneder.

4.8 Beskrivelse av utvalgte tiltak

Vi har valgt ut enkelte spesifikke tiltak for nærmere omtale. Fem av disse er offentlige tiltak: Forsterkede helsestasjoner representert ved Solheimviken helsestasjon i Bergen ("Rusfri Start på Livet"), Ullevålteamet i Oslo, BAPP-programmet i Levanger ("barn av foreldre med psykiske og/eller rusproblemer"), gruppetilbud for barn i regi av Nydalen senter for barne- og ungdomspsykiatri, Oslo og Regnbueprogrammet i Kristiansand. De øvrige drives av frivillige/ideelle organisasjoner. De offentlige virksomhetene som er løftet frem, representerer og belyser typer av tiltak som kan være modeller for videre utvikling. De få ideelle, frivillige tilbudene beskrives. Det kan synes som om de delvis har en supplerende innfallsvinkel og rekrutteringsmulighet i forhold til de offentlige.

4.8.1 "Rusfri Start på Livet"

- Solheimviken forsterkede helsestasjon

Byrådsavdelingen for helse og sosial i Bergen vedtok i 2002 å etablere utviklingstiltaket "Rusfri Start på Livet", en forsterket helsestasjon for gravide med rusmiddelproblemer og deres barn. Tiltaket ble i startfasen organisert som et prosjekt, men er nå etablert som fast helsetilbud i Bergen kommune.

I et kort sammendrag begrunnes initiativet til "Rusfri Start på Livet" slik (Prosjektbeskrivelse 2002):

"Når en rusmisbrukende kvinne blir gravid oppstår det spesielle utfordringer for primærhelsetjenesten. Hjelpetiltak må settes inn så tidlig som mulig for å hindre eller minske foster-skader og samtidig gi den gravide et utgangspunkt for å starte en positiv utviklingsprosess, for sin egen del og for barnets del. Etter fødselen har barnet behov for et trygt oppvekstmiljø og foreldrene må få den nødvendige hjelp og støtte til å kunne ta foreldreansvaret selv – når dette er mulig."

Den forsterkede helsestasjonen tilbyr svangerskapsomsorg for rusmiddel-misbrukende kvinner og deres partner, og har et helsestasjonstilbud til familien i opptil to år etter fødsel. Et tverrfaglig team danner en arbeidsgruppe rundt hver enkelt familie. Det tilbys tett og kontinuerlig oppfølging der kontakthypighet vil variere ut fra vurderinger av situasjonen. Balanse

mellom frivillighet og kontroll i samarbeid med kvinnen/foreldrene tilstrebes og den forsterkede helsestasjonen samarbeider med aktuelle virksomheter om å etablere individuelle planer og følge opp tiltak i hver familie.

"Rusfri Start på Livet" er et lavterskeltilbud der henvisning kan skje fra helsetjenesten (1. og 2. linjetjeneste), sosial-/barneverntjenesten, kommunale rusmiddeltiltak og andre instanser som har kontakt med målgruppen. Den rusmiddelmissbrukende kvinnen kan også selv oppsøke tilbudet. Det legges vekt på stor grad av tilgjengelighet og forsøk på å unngå stigmatisering ved å integrere oppfølgingen i en ordinær helsestasjon som har tilbud til gravide og barn i alderen 0 - 5 år.

Teamet arbeider bevisst med holdninger som inviterer til åpenhet, tillit og allianse slik at den gravide og hennes partner lett kan oppsøke den forsterkede helsestasjonen, og det legges til rette for et fleksibelt tilbud og et koordinert samarbeid med andre hjelpeinstanser. "Rusfri Start på Livet" fungerer som et formelt støttenettverk. Det bidrar til utvikling av uformelle nettverk for foreldrene både før og etter fødsel gjennom kontakt med vanlig fungerende foreldre i den ordinære helsestasjonen.

Prosjektet har fått tilført kompetanse fra Borgestadklinikken og Stiftelsen Bergensklinikkene, og har som mål å kunne bidra med veiledning og kompetanseheving i 1. linjetjenesten og overfor andre aktuelle samarbeidspartnere.

Denne forsterkede funksjonen er bevisst valgt integrert i Solheimviken helsestasjon. Det er flere grunner til dette: Blant annet er det tatt hensyn til at helsestasjonen har en sentral beliggenhet og at en stor andel av målgruppen er bosatt i bydelen. Videre var det flere ansatte i den ordinære helsestasjonen med interesse og tidligere opparbeidet kompetanse i forhold til målgruppen.

I den forsterkede helsestasjonen legges det vekt på å "trygge mors rusmiddelufrihet" og øke forutsetningene for å kunne ivareta barnet. Både den rusmiddelmissbrukende kvinnen og barnets livssituasjon krever omsorg av tverrfaglig karakter. Arbeidet med målgruppen befinner seg i skjæringspunktet mellom rusmiddelomsorg, tradisjonelle sosiale tjenester, barnevernstiltak, helsetjenester inkludert medisinsk behandling og psykisk helsetjeneste. Det er derfor rekruttert et bredt tverrfaglig team som danner et kompetansefellesskap med målsetting om å oppnå en helhetlig tilnær-

ming og gjensidig utnytting av profesjonenes erfaring og metodiske kompetanse. Det består av lege, jordmor, helsesøster, psykolog og barnevernpedagog. Fagteamet deltar også i det ordinære helsestasjonstilbudet ut fra ønsket om å kunne styrke klientenes sosiale nettverk, og opprettholde og videreutvikle kompetanse innenfor det vanlige tjenestetilbudet.

Et samarbeid på tvers av etater og fagdisipliner anses som nødvendig, og viktigheten av å finne frem til god organisering og funksjonelle rutiner i dette samarbeidet fremheves. I tillegg kommer tidsfaktoren som kan innebære betydelig press for raske og smidige løsninger mellom etatene.

Aktuelle samarbeidspartnere er:

- *Primærhelsetjenesten.* Særlig gjelder dette fastlegene og helsestasjonene. Tidlig identifisering av rusmisbrukende gravide sees som en felles utfordring. God kommunikasjon mellom fastlege og forsterket helsestasjon i enkeltsaker er nødvendig.
- *Sosialtjenesten.* Samarbeid i forbindelse med at institusjonsopphold vurderes som nødvendig, likeledes praktisk og økonomisk hjelp til mor (foreldre) både før og etter fødsel. Samarbeidet kan organiseres gjennom deltakelse i ansvarsgrupper og tiltak som settes i gang, eventuelt forankret i helsestasjonen.
- *Barneverntjenesten.* Mor (foreldre) og barn vil kunne ha behov for oppfølging og ulike tiltak etter fødsel. Vurdering og planlegging bør starte tidligst mulig for å unngå krisesituasjoner med det nyfødte barnet. I følge Lov om barneverntjenester må kvinnen gi samtykke til slikt samarbeid dersom dette settes i gang før fødsel.
- *Spesialisthelsetjenesten.* Risiko for barnets utvikling ved prenatal rusmiddeleksponering forutsetter et nært samarbeid mellom forsterket helsestasjon og spesialistnivå innen somatikk og psykisk helsevern.
- *Spesialisthelsetjeneste rusmiddelbehandling* trekkes inn ved behov for mer omfattende hjelp for rusmiddelproblemer, samt ved bruk av Sosialtjenestelovens §§ 6-2a og 6-3.
- *Andre instanser og frivillige organisasjoner.*

Lovverket som regulerer de tjenester som omfattes av prosjektet er i hovedsak: Lov om helsetjenester i kommunene, Lov om sosiale tjenester,

Lov om barneverntjenester, Lov om helsepersonell og Lov om pasientrettigheter.

Svangerskapsomsorg og helsestasjon for barn 0 – 5 år hjemles i Kommunehelsetjenesteloven. Særlige tiltak overfor rusmiddelavhengige er hjemlet i Sosialtjenesteloven § 6-1, og muligheten til å utøve tvang i denne lovens § 6-2a. Helsepersonells opplysningsplikt og meldeplikt til sosialtjeneste og barneverntjeneste er hjemlet i Lov om helsepersonell §§ 32 – 33.

I årsberetningen for 2004 rapporteres det fra "Rusfri Start på Livet" at vakanser og turnover av personale også har vært et problem for det tverrfaglig spesialiserte teamet. Til tross for dette har alle henviste fått tilbud i den forsterkede helsestasjonen innen en uke etter henvendelse. Tiltaket legger vekt på hyppige konsultasjoner, utvidet tid ved hver konsultasjon og støttesamtaler individuelt og i grupper

4.8.2 Ullevålteamet – Ullevål universitetssykehus

Ullevål sykehus ble allerede i 1976 pålagt et særskilt ansvar for gravide stoffmisbrukere i Oslo. I 1981 ble det såkalte Ullevålteamet opprettet, og det fikk da en utvidet målgruppe: Alle gravide med belastninger som gjør at det foreligger bekymring for det ufødte barnet og/eller bekymring når barnet er født.

Hovedmålsettinger til teamet har vært:

1. Å nå gravide med omsorgsbelastninger så tidlig som mulig i svangerskapet for å muliggjøre et normalt svangerskap og legge forholdene til rette slik at kvinnen skal kunne beholde barnet.
2. Å forsøke å endre kvinnens inntak av rusmidler/medikamenter som innebærer en sannsynlig risiko for skader på fosteret.
3. Dersom tiltak gjennom svangerskapet ikke fører frem til omlegging av kvinnens livsførsel til et nivå hvor hun kan ha omsorgen for barnet, arbeides det for å forbedre barnets situasjon etter fødsel og overføring til et alternativt omsorgstilbud.

Rusmiddelmisbrukere utgjør hovedandelen av klientene og fremheves som den største risikograppa innen obstetrikken. Fødeavdelingen på Ullevål sykehus har ansvar for teamet, og alle henvisninger rettes hit. Føde-

avdelingen koordinerer det tverrfaglige og det tverretatlige samarbeidet rundt klienten.

Det legges vekt på at henvisningsprosedyrer skal være enkle. Klienten selv eller noen i familien kan henvende seg. Henvisninger gjøres fra helsestasjoner, sosialkontor, utekontakter, institusjoner, barnevernvakt og allmennpraktiserende leger.

Ullevålteamet synes godt kjent og innarbeidet i Oslos tiltaksapparat, og har hatt en sterk økning i antall henvendelser. Fra 2003 til 2004 steg antall klienter fra 90 til 130 og antall samarbeidsmøter fra 141 til 200.

Det rapporteres om ressursmangel i tiltaket. I 2004 var 1 ½ stilling finansiert fra Kvinnesenteret Ullevål sykehus (100 % stilling for jordmor og 50 % stilling for sosionom). Aline Barnevernsenter supplerte med 2 barnevernkonsulenter, hver i 50 % stilling.

Samarbeidet med Aline beskrives som formalisert og funksjonelt, og klientene benytter både institusjonstilbudet for mor/barn og de polikliniske utrednings- og behandlingstilbudene som er forankret i senteret.

Tiltakene har i hovedsak vært innrettet mot å legge forholdene til rette under svangerskap og fødsel, og bidra til en vurdering av omsorgssituasjonen etter fødsel. Teamet trekker inn hjelpeapparatet rundt klienten for å avklare roller og utforme en handlingsplan som kan sikre barnet en best mulig omsorg. Knappe ressurser gjør at dette viktige formidlings- og oppfølgingsarbeidet ikke kan utføres tilfredsstillende.

4.8.3 Nydalen senter for barne- og ungdomspsykiatri (Ullevål universitetssykehus HF)

Det gruppeterapeutiske tilbudet som gis her er byomfattende (for Oslo) og retter seg mot barn og ungdom i alderen 8–12 år og 13–15 år med rusmiddelmissbrukende foreldre.

Beskrivelsen av tilbudet baserer seg, i tillegg til informasjon fra spørreundersøkelsen, på artikkelen ”Når mamma eller pappa har et rusproblem” (Sundfær 2003).

Bakgrunnen for barnegruppene er blant annet erfaringen fra en langtidsoppfølging av kvinner med rusmiddelproblemer som fødte barn i 1982 –

83 (Martens 1986, Sundfær 1993, 1999, 2001, 2004). I disse studiene er temaer som hemmeligholdelse og tabuisering sentrale i forhold til rusmiddelproblemer i familien. Hemmeligholdelse blir beskrevet som solidaritet og et felles prosjekt mellom foreldre og barn.

Flere forfattere har behandlet disse temaene, bl.a. Leira (1990). I forbindelse med et gruppeprosjekt for skolebarn utsatt for vold legger hun vekt på at den psykologiske virkningen av hemmeligholdelse eller tabuisering kan bli mer traumatisk enn det opprinnelige traumet, og at tausheten og det forbudte kan føre til at tilstanden barnet er i blir uten gyldighet. Sundfær gjengir også flere eksempler fra oppfølgingsstudiene der barna har blitt unge voksne før de var i stand til å røpe hvordan hverdagen egentlig var i familien når de vokste opp. Ideen om et forum der barn kan få bekreftet opplevelsene sine og gyldiggjort erfaringer er i tråd med et rasjonale for gruppeterapeutisk behandling. Fellesskapet skal nettopp gi mulighet for emosjonell deling og utveksling (Waaktaar & Christie 2001). Emosjonell deling gir en ramme for utvikling av språk, av mening og felles historie (Johnsen et.al. 1999).

Tilbud om barnegruppe forankret i Nydalen senter for barne- og ungdomspsykiatri ble etablert i 2002, i samarbeid med rusbehandlingstiltaket A-klinikken, Oslo Bymisjon og Ersta Diakoniserelskap i Stockholm. Sverige har lang erfaring både i offentlig og privat regi med grupper for barn som har vokst opp med rus i familien, og Nydalen BUP har trukket på denne kompetansen. Målet er at barna skal kunne leve bedre med smerten de er påført gjennom rusmiddelmisbruket i familien og lære seg å uttrykke egne behov. Forskning fra gruppebehandling ved Ersta Vändpunkten som har drevet barnegrupper siden 1989 viser at barna og de unge opplever som mest betydningsfullt at de møter likesinnede som de kan dele erfaringer med. Videre ser man at barnas selvtillit øker etter deltakelse i gruppe, samt at barna opplever en viss frigjøring fra fastlåste mønstre (Lindstein2001).

Nydalen BUP har benyttet den svenske metodiske tilnærmingen i sitt korttidsterapeutiske behandlingsprogram. Siden starten i 2002 har poliklinikken hatt en til to barnegrupper i året, rekruttert fra barneverntjeneste, rusbehandlingstiltak, familievernkantor og barne- og ungdomspsykiatri. Det legges vekt på å snakke med foreldre og barn sammen før gruppestart om tilbudet, og det anses som viktig i behandlingsprosessen for barnet at både foreldre og barn vet hva som er sagt om familiesituasjonen på forhånd. Behandlingen starter derved når foreldrene erkjenner at de har et problem som også er vanskelig for barnet. Erfaring viser at noen foreldre

vil trekke seg og barnet fra tilbudet, og at det kan være vanskelig å rekruttere til gruppene.

Gruppeterapeutiske virkemidler er blant annet å arbeide med forskjellige følelsesuttrykk, skrive, tegne, rollespille og lage masker. Det er lagt vekt på rutiner og forutsigbarhet i møtene og en balanse i samtalene mellom problem- og ressurstenkning. Gruppelederne opplever at barna har et genuint behov for å uttrykke seg, og at dette kan forstås ut fra tausheten og skammen som barna er omgitt av til daglig. Det viser seg at de sjelden har snakket med andre barn om hvordan de har det, selv om de ofte vet om andre barns foreldre som ruser seg.

Foreldrene møtes enkeltvis sammen med barnet midtveis i gruppeprosessen for at fellesskapet mellom foreldre og barn skal ivaretas.

Kort oppsummert fremheves fra Nydalen at det synes som om barna gjennom gruppene får et språklig rom for opplevelsene sine, anerkjennelse av erfaringer, mindre skyldfølelse, mer kunnskap om foreldrenes vansker, blir mindre ensomme og opplever noe godt, forutsigbart og hyggelig. Selv uttrykker gjerne barna, når de blir spurt hva som er det viktigste ved å delta i gruppen: Å møte andre barn som har opplevd det samme.

Det kan være en utfordrende motivasjonsprosess å få foreldre til å se og godta at barna har behov for egne tilbud. En vellykket rekruttering til et slikt gruppetilbud krever faglig forståelse og metodisk kunnskap hos henvisende instanser. Rekrutterings- og gjennomføringsprosessen krever ressurser og praktisk tilrettelegging, og ikke minst ivaretagelse av foreldre-barn relasjonen parallelt med gruppebehandlingen. Det er ikke gjort en systematisk evaluering av tilbudet.

4.8.4 Regnbueprogrammet

Prosjekt Regnbue ble etablert på oppdrag fra Vest-Agder fylkeskommunes helse- og sosialavdeling og har vært administrativt og faglig tilknyttet A-klinikken i Kristiansand (Kjøstvedt 1994). Hovedmålet for prosjektet var å utvikle modeller for forebygging av livsproblemer som barn utvikler på grunn av sine foreldres rusmiddelavhengighet. Man hadde som utgangspunkt at kjemisk avhengighet hos foreldre er en primærårsak til utvikling av skader hos barn, og at mange av disse vanskene blir møtt med terapeutiske tilnærminger som ikke inkluderer fokusering på foreldrenes rusmiddelproblemer. Det vises også til erfaringer med at barna lett blir

”usynlige” i tiltak som er innrettet mot hele familien, som for eksempel innen familieteoretiske tilnærminger. Prosjektet valgte derfor å utforme tiltakene slik at barna blir primærklienter og viktigste målgruppe.

Det ble skilt mellom ”de kjente barna” og ”de ukjente barna”. Barna ble definert som ”kjente” dersom foreldrene innså at de hadde et rusmiddelproblem. Dersom de ikke ville innrømme dette kom barna i kategorien ”ukjente”. Ulike modeller for tiltak for de to gruppene ble prøvd ut.

Innen kategorien ”de kjente barna” rekrutterte prosjektet barn i alderen 8-18 år hvor en eller begge foreldre hadde et rusmiddelproblem, og hvor minst en av foreldrene og barnet selv var motivert for å delta. Henvisning av barna kom fra ulike offentlige instanser eller fra privatpersoner. Regnbueprosjektet inviterte barnet sammen med en ikke rusmiddelavhengig omsorgsperson og/eller henvisende instans til en ”bli kjent samtale” hvor de blant annet presenterte tilbudet, fikk informasjon om familien og drøftet motivasjonen hos barn og omsorgsperson for at barnet skulle være med i prosjektet. For de som takket ja til deltakelse ble det gjennomført en familieobservasjon i prosjektets lokaler. Det ble også foretatt en individuell kartlegging hvor det ble brukt en intervjuguide som var utarbeidet i prosjektet.

Som tiltak prøvde de ut ulike typer samtalegrupper: Åpne eller lukkede grupper, av forskjellig varighet, og med ulikt innhold. Noen fikk også individualsamtaler, og noen ble henvist til andre instanser.

For yngre barn var temaene helt eller delvis valgt av gruppelederne. De eldste barna fikk velge tema fra en liste, eller de foreslo emne selv. De hyppigst valgte emnene var:

- Om å føle ansvar
- Hvordan frigjøre seg fra hjemmet på en god måte
- Isolasjon
- Egen rusmiddelbruk/frykt for avhengighet
- Forhold til andre mennesker/forelskelse
- Hva er jeg mest redd for
- Hva vil det si å leve
- Selvmordstanker

Det ble arbeidet med temaene gjennom ulike metoder: Samtale, historiefortelling, tilbakemeldinger til hverandre, dele følelser, tegne følelser, leke/ha det gøy, skrive brev til viktige personer, tegne fritt etter emne, idédugnad på kriseløsninger, øvelser i å gjenkjenne følelser, rollespill med dukker/figurer, lage og spille skuespill.

For ”de ukjente barna” ble det etablert pedagogiske støttegrupper hvor samlingene foregikk på skolen. Man valgte gjerne ut klasser hvor det var en del uro, og sosiallærer presenterte gruppetilbudet for klassene og fortalte tydelig at det handlet om å vokse opp i hjem med rusmiddelproblemer. De delte klassen i to og gjennomførte programmet for begge gruppene. Programmet er laget slik at alle barn skal kunne ha utbytte av det, enten de kommer fra hjem med rusmiddelproblemer eller ikke. Det ble ikke forventet at barna skulle snakke om sine eventuelle problematiske hjemmeforhold i disse gruppene. Foreldrene ble informert om opplegget, og hadde anledning til å reservere barna sine fra deltakelse (noe som skjedde i enkelte tilfeller).

Gruppeprogrammet ble utarbeidet for 8 møter med forhåndsdefinerte temaer, som var mer generelle enn temaene i gruppene for ”de kjente barna”:

- Introduksjon
- Mine og dine tanker og følelser
- Hvordan beskytte meg selv
- Hvordan virker rusmiddelavhengighet på meg
- Om å ta sjanser
- Min familie
- Vennskap
- Jeg er spesiell, du er spesiell

I prosjektevalueringen etter to års utprøving (Kjøstvedt 1994) ble det konkludert med at tiltakene i Regnbueprosjektet ble godt mottatt av deltakerne, at de så ut til å være nyttige for barna, og at de ville videreføre tiltakene etter prosjektperioden. De oppsummerte imidlertid at en i rekrutteringsprosessen burde ta mer hensyn til lojalitetskonflikten og pres-

set barnet kan stå i. Det ble antatt at dette kunne være medvirkende til at en del barn droppet ut tidlig eller ikke møtte til alle samlinger.

Regnbueprogrammet drives i dag av familieteamet ved ruspoliklinikken, Klinikk for Rus og Avhengighetsbehandling, Sørlandet sykehus HF. Teamet tar imot henvisning av barn og ungdom med oppvekst i hjem med rusmiddelproblemer. De tilbyr blant annet individualsamtaler eller deltakelse i pedagogiske støttegrupper, i tillegg til det arbeidet som gjøres overfor foreldre og offentlige instanser (veiledning/rådgivning, kurs, deltakelse i samarbeidsmøter, samtaler med pårørende).

De pedagogiske støttegruppene er laget for barn i alderen 5-8 år og 8-15 år. Målgruppen er definert til å være barn fra risikofamilier, *for eksempel* barn som har foreldre med rusmiddelproblemer. Når man ikke er så absolutt på dette, er det fordi man gjennom tiltaket ønsker å avdekke og fange opp barn som er i en risikosituasjon selv om man i utgangspunktet ikke vet det for sikkert. Det er laget manualer for de aldersspesifikke gruppene, og programmet er tenkt gjennomført av lærere, helsesøstre, fritids-etatsansatte eller i andre sammenhenger der voksne arbeider med barn. Regnbueprogrammets ansatte tilbyr etter behov kurs om emnet "Barn med oppvekst i hjem med rusproblemer" og bruk av permene "Støttegrupper for barn i risikozonen". Programmet er tatt i bruk ved skolehelsetjenesten flere steder i landet.

4.8.5 BAPP⁴-programmet

Dette programmet er initiert i Norge av Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk ved Sykehuset Levanger, som igjen har hentet det fra det nederlandske Trimbosinstituttet⁵. Inspirasjonen til å starte opp tiltaket kom etter at foreningen "Voksne for barn" hadde holdt kurs i lokalområdet. Dette skapte en glød i fagmiljøet og en samlet mobilisering for å gjøre noe aktivt med situasjonen til barn av foreldre med psykiske vansker eller rusmiddelproblemer. Trimbosinstituttets arbeid ble valgt som utgangspunkt for den lokale satsningen.

BAPP-programmet er et manualbasert program med formål å forebygge alvorlige psykiske problemer hos barn som følge av psykiske vansker eller

⁴ BAPP er en forkortelse for "Barn av foreldre med psykiske- og/eller rusproblemer"

⁵ Netherlands Institute of Mental Health and Addiction; se www.trimbos.nl

rusproblem hos en av eller begge foreldrene. Målgruppen er barn i alderen 8-12 år som har foreldre med slike problemer. Det skilles ikke mellom rusmiddelmissbruk og psykiske lidelser, fordi man mener at barna utsettes for mange av de samme typer belastninger i begge tilfeller. Det er også stor grad av sammenheng mellom psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.

Barna samles til ti gruppesamlinger. Manualen gir detaljerte retningslinjer for hva hver enkelt sesjon skal inneholde. Gruppene kalles ”gjøre- og snakkegrupper”, og innholdet er en kombinasjon av psykoedukative elementer og aktiviteter. Det gis undervisning om temaer knyttet til rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. Det arrangeres også to samlinger for foreldrene.

BAPP-programmet forankres i lokalmiljøet, og det er derfor opprettet et samarbeid med alle kommuner i regionen. Hver kommune har en BAPP-koordinator som er kontaktleddet mellom BUP og kommunens BAPP-medarbeidere (gruppeledere). Når en kommune skal igangsette en gruppe for første gang, utvelges to gruppeledere fra kommunen (fra helsestasjon, barnevern etc.). Disse to er med som observatører mens gruppen drives av to gruppeledere fra BUP. Neste gruppe i samme kommune drives av de to kommunale medarbeiderne som gruppeledere, og med en BUP-representant som observatør og veileder. Dette kan om nødvendig gjentas gjennom en sesjon til, men så overtar de lokale gruppelederne ansvaret for å drive fremtidige grupper. En gang i året er en BUP-veileder til stede i gruppen for å se til at den drives i samsvar med intensjoner og retningslinjer. To ganger årlig arrangeres det nettverkssamlinger der BUP og koordinatorene møtes og diskuterer aktuelle problemstillinger.

Rekrutteringen av barn til gruppene foregår ved hjelp av fagpersoner i lokalmiljøet: Helsestasjon, skole, fastlege etc. Når det blir kjent at det er rusmiddelproblemer/psykiske vansker i en familie, drar de to lokale gruppelederne på hjemmebesøk og forsøker å motivere foreldrene til å la barna delta i gruppe. For å øke sannsynligheten for at de skal lykkes med dette har BUP gitt opplæring til lokale fagpersoner i hvordan man bør snakke med foreldre om rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. Det å gjøre dette på en hensiktsmessig måte anses som meget betydningsfullt for å klare å rekruttere familiene. Prosjektleder for BAPP-programmet rapporterer at de har lykkes godt med rekrutteringen. Til nå har ca 110 barn deltatt, hvorav om lag halvparten har hatt foreldre med rusmiddelproblemer.

BUP har engasjert Barnevernets utviklingscenter Midt-Norge til å evaluere tiltaket (NTNU 2004). Fem barn og fem foreldre fra to kommuner i Nord-Trøndelag ble intervjuet om hvordan de hadde opplevd å være med i programmet. Man fant at de som lot seg intervju gjennomgående var meget fornøyd med tilbudet. Barna uttrykte ønske om flere gruppesamlinger av lengre varighet, og de satte pris på å møte andre barn i samme situasjon som dem selv. De hadde lært mye nytt om rus og psykiske problemer, og alle barna – og foreldrene – ville anbefale andre i samme situasjon å delta i BAPP-programmet. Flere av foreldrene rapporterte at de merket positiv endring hos barna etter at de hadde fått tilbud i grupper. De hadde mer kunnskap om ulike problemer som preget familien, humøret var bedre, og de snakket lettere.

Rapporten peker også på enkelte forhold som det bør ses nærmere på. Blant annet reises dilemmaet ved at man hjelper barna til å være åpne om det som er vanskelig, samtidig som man pålegger dem taushetsplikt med hensyn til det de får høre om de andre barna og deres familier. Det påpekes også at det bør utvikles metodikk for hvordan motivere barn på ulike alderstrinn til å være med i slike grupper. Alt i alt vurderes imidlertid programmet som et godt bidrag til barn som har det vanskelig.

4.8.6 Familieklubbene

”Familieklubber” har eksistert i Norge siden 1999. Konseptet stammer opprinnelig fra Kroatia, og har vært anvendt i Italia i 20 år. Der fantes det i 2000 om lag 3000 klubber med 70 000 aktive deltakere. Familieklubbene i Norge skriver om bakgrunnen for tilbudet (www.familieklubb.no):

”Psykologien i en alkoholrammet familie er innviklet. Omspunnet av et nett av løgner og tabuer over en årrekke, fungerer en misbruksfamilie ofte normalt utad. Men innad er alle i familien i dyp krise. Ikke bare den som drikker, men også ektefellen og barna inngår i et nettverk av fortellinger, løgner og nye roller - oppstått som følge av misbruket. Roller som gjør at et barn kan overta en foreldrerolle, eller en mormor gjør det som moren egentlig skulle gjøre for sitt barn. En familieklubb er derfor et tilbud til mennesker som har problemer med alkohol tett inn på livet. Teorien er, at ikke bare den som drikker - men hele familien trenger hjelp.”

Hjelpen består av at man samler flere familier i en såkalt familieklubb. Målet er å forbedre kommunikasjonen mellom familiemedlemmene. Familier med rusrelaterte problemer støtter hverandre med å finne måter å leve sammen på, der den enkeltes behov og ønsker blir ivaretatt. Man tar først og fremst inn familier med alkoholproblemer, maks en fjerdedel av gruppa kan ha problemer med andre rusmidler.

Det legges vekt på å skape et godt sosialt miljø. Barn kan gjerne være med, men må aktiviseres mens de voksne samtaler. Pårørende uten rusmiddelproblem kan delta uten at den rusmiddelavhengige er tilstede. Hvis antall deltakere overstiger 12 blir gruppa delt.

Klubbene tilbyr 10 kurskvelder med undervisning om rusmiddelproblemer og familiesamspill. Kurset går en kveld á 1,5 time pr. uke.

Klubbene er selvstyrte, men skal ledes av en ”Servant Teacher”, en klubbassistent. Det kreves et ukeskurs (Italia / Danmark) for å få denne oppgaven som er ulønnet og frivillig. Klubbassistentene skal ha en tilbaketrukket rolle på møtene. De skal sørge for at alle blir delaktige, og hjelpe klubben til selv å finne løsninger på utfordringer de står overfor.

Tiltaket finansieres av innsamlede midler. Man søker støtte i legater, fonds, driver dugnadsarbeid etc.

4.8.7 AEFs gruppetilbud

Arbeidernes Edruskapsforbund (AEF) er en rus- og sosialpolitisk organisasjon. Deres definerte hovedoppgave er å drive forebyggende arbeid, slik at barn og unge ikke utvikler alkohol- eller andre rusmiddelproblemer. Forbundet har siden 1972 blant annet drevet Barnas Ferieklubb, et ferietilbud til barn og unge i en vanskelig livssituasjon.

I 2005 satte AEF i gang et gruppebasert tilbud til barn og ungdom som har foreldre med rusmiddelproblemer. De omtaler tilbudet som ”kurs”, og skriver i markedsføringen at ”Å være med på kurs er ikke det samme som å gå til psykologen”. Gruppelederne har fått sin opplæring gjennom Regnbueprogrammet (se kapittel 4.8.4). Formålene med kursene er at deltakerne skal

- lære om rusmiddelavhengighet
- møte andre i samme situasjon

- få vite mer om hvordan rusmiddelbruk påvirker hele familien
- akseptere egne følelser og prioritere egne behov
- lære om hvordan få bedre selvfølelse, ta vare på seg selv, sette grenser, og stole på seg selv og sine meninger

Det er gjort forberedelser for å kunne starte grupper i Oslo, Østfold, Stavanger og Trondheim. Intensjonen er å etablere grupper flere steder etter hvert. Det har i løpet av 2005 vært gjort to forsøk på å få i gang grupper, men uten at man har lyktes, selv om man har hatt kontakt med mange nok interesserte. Det å gå fra anonym telefon- eller internettkontakt til personlig fremmøte ser for mange ut til å være et stort skritt å ta.

AEF har nylig etablert en internettside for barn og ungdom, www.barnogunge.no. Foruten å informere om rusmidler og avhengighet, om kursvirksomheten og om organisasjonen AEF, inneholder nettstedet et diskusjonsforum hvor man kan skrive innlegg om temaer som har med rusmiddelproblemer å gjøre. De fleste innleggene kommer fra barn og ungdom som lever med rusmiddelproblemer i familien. Det er snakk om fortvilede og redde barn som ofte oppgir at de ikke har snakket med noen om dette før. AEF har så langt ikke markedsført sidene aktivt, men har planer om å satse videre på denne delen av virksomheten i 2006.

4.8.8 Wandasenteret

Wandasenteret i Bodø har sitt utspring i det tidligere Wandasenteret i Drammen. Dette er lagt ned fordi det vokste seg u håndterlig stort, men deler av arbeidet drives videre i form av opplysningsvirksomhet og forebyggende arbeid gjennom PAG-stiftelsen (Pål-André Grinderuds stiftelse for barn av alkoholmisbrukere). Ambisjonen har vært å etablere flere Wandasentre rundt omkring i landet. I 2005 finnes kun ett senter, i Bodø.

Wandasenterets arbeid utføres av frivillige. De tar imot telefoner fra barn og ungdom fra hele landet. De sier om seg selv: "Wandasenteret skal være et fristed hvor de kan finne trygghet, en god armkrok hvor de kan finne trøst og varme, en trygg voksenperson å snakke med eller en skulder å gråte mot." De frivillige medarbeiderne gir råd og enkle støttesamtaler, og de formidler informasjon om hvor barna kan henvende seg i sitt lokalmiljø. De henviser ofte til organisasjoner som Anonyme Alkoholikere (AA), Al-Anon og Landsforeningen mot stoffmisbruk.

I 2004 hadde senteret 194 henvendelser fordelt på telefonsamtaler, besøk og e-post. Hovedtyngden av henvendelser kommer fra Bodø-området, de øvrige kommer fra hele landet.

4.8.9 Al-Anon/Alateen

Al-Anon⁶ er en interesseorganisasjon for pårørende av mennesker med rusmiddelavhengighet. Den er de pårørendes parallell til Anonyme Alkoholikere (AA), og har som formål” å hjelpe familie og venner av alkoholikere som er berørt av det å leve med et annet menneskes drikking” (fra nettsiden www.al-anon.no). Forståelsen av rusmiddelavhengighet og behandling er også hentet fra AA-tradisjonen.

Alateen er samtalegrupper for ungdom, drevet i regi av Al-Anon. Som navnet sier, er deltakerne i hovedsak tenåringer. Gruppene opprettes etter behov, og hver gruppe veiledes av en fadder som må være et voksent medlem av Al-Anon. Gruppene har som målsetting at ungdommene skal komme sammen for å:

- dele erfaring, styrke og håp med hverandre
- diskutere problemene sine
- lære å takle sine problemer på en effektiv måte
- oppmuntre hverandre
- hjelpe hverandre til å forstå prinsippene i Al-Anon programmet

I følge organisasjonens nettsider er det kun to grupper i virksomhet ved utgangen av 2005.

⁶ Al-Anon Norge har gitt følgende forklaring på organisasjonens navn: Al-Anon er et konstruert navn. AA's grunnleggere var på "turné" rundt om i USA for å besøke AA-grupper. Samtidig samlet de opplysninger om kontaktpersoner til de første 87 gruppene av pårørende som hadde møter (de fleste var kvinner som møttes på et kjøkken, mens deres menn hadde AA-møter i stuen). Grunnleggeren Bill Wilsons kone Lois og noen andre kvinner skrev til gruppene og ba om navneforslag til den nye organisasjonen. Ingen av forslagene vant gehør ("kvinneforeningen", "hustruforeningen" var to av forslagene). Midt på bordet lå AA's bok "Alcoholics Anonymous" som akkurat var trykket. En av damene pekte på boken, la sammen noen bokstaver og sa "Al-Anon".

5 Danske erfaringer og modeller

I Danmark har det gjennom mange år vært arbeidet med en nasjonal strategi for å øke oppmerksomheten på barnets situasjon og behov når foreldre er i behandling for rusmiddelmisbruk og for å utvikle gode støttetiltak for barn og familier med rusmiddelrelaterte vansker. Strategiene har hatt et tyngdepunkt på alkoholproblemer. På grunn av denne store satsningen og at vi ser nytten av å trekke på nordiske erfaringer, gir vi en beskrivelse både av den nasjonale prosessen og en modell for tidlig intervensjon i disse familiene (Københavnmodellen) som således supplerer det norske datagrunnlaget i forhold til analyse og anbefalinger.

5.1 Forebyggende støttetiltak til barn

Sundhedsstyrelsen i Danmark har siden 1991 arbeidet med å utvikle forebyggende støttetiltak til barn i familier med rusmiddelmisbruk og alkohol som rusmiddel har stått i sentrum for oppmerksomheten. Det tas utgangspunkt i at barn i familier med misbruk er i høy risiko for selv å utvikle psykiske lidelser og rusmiddelmisbruk. Uavhengig av signifikante symptomer utsettes barna for belastninger som de på ulike måter vil trenge hjelp for.

Dette kan skje gjennom støtten til å få foreldrene ut av misbruket og den samtidige styrkingen av foreldrekompetanse og relasjonen mellom foreldre og barn. Slik norsk faglitteratur også beskriver (Hansen1990, Killén & Olofsson 2003) fremheves her bl.a. viktigheten av å formidle til barna:

- at det ikke er deres ansvar at foreldre drikker
- at det ikke er deres ansvar å sikre at foreldre slutter å drikke
- at det lages planer for hva barnet kan gjøre hvis far eller mor begynner å drikke igjen

Når foreldre misbruker rusmidler er ikke nødvendigvis rusmiddelinntaket i seg selv det største problemet, men de konsekvensene det får i dagliglivet med hensyn til manglende stabilitet og omsorg. Å arbeide med foreldrenes forståelse for dette, å styrke foreldrekompetanse, støtte de pårørende som ikke bruker rusmidler og bedre relasjonen mellom foreldre og barn er viktig i alle relevante tiltaksnivåer.

Det har i Danmark blitt utarbeidet et omfattende informasjons- og opplæringsmateriale, både til foreldre, behandlere, og til barnehager og skoler etc. Ut fra anbefalinger og prioriteringer fra Sundhetsstyrelsen ble det igangsatt ulike prosjekter innenfor fem innsatsområder, blant annet 35 lokalbaserte prosjekter til støtte for barn i misbruksfamilier. Prosessen ble fulgt opp med seminarer og etablering av nettverk og prosjektsatsningen ble gjort til gjenstand for evaluering. Denne viste at prosjektorganisering er problematisk. Den er utvendig i forhold til driftsorganisasjonene og det viste seg vanskelig å integrere erfaringer fra prosjektene. De var enkelt stående og spilte i liten grad sammen. *Evalueringen viste dessuten at støtten til barn i familier med misbruk kun kan etableres hvis det skjer samtidige endringer i flere av systemene som er involvert.* Det grunnleggende strukturelle problemet som fremheves fra dette forsøket er at amtenes (fylkenes) alkoholbehandlingsenheter har ansvaret for foreldrenes alkoholproblemer, mens kommunene har ansvar for offentlige støttetiltak for barn. Fordi misbruk ofte hemmeligholdes av alle parter, er kommunenes sosialforvaltninger avhengige av informasjon fra institusjonene for å kunne ta initiativ til å støtte barna. Alkoholbehandlingsenhetene kan tilsvarende ikke nå frem til foreldrenes misbruk hvis ikke sosialforvaltning, praktiserende leger og andre tar alkoholproblemet opp med sine pasienter/klienter og henviser til behandling. Av dette følger at alkoholbehandlingssystemet, sykehusene, sosialforvaltning, barnehager og skoler samtidig må kvalifiseres til å se familier med misbruk og spesifikt barnas situasjon, og få kunnskap om hva de selv kan gjøre for å møte barnas behov. Det må dessuten skapes klarhet i de enkelte organisasjoner og på tvers av disse i forhold til på hvilken måte det skal samarbeides om støttetiltakene for barna.

På bakgrunn av denne erkjennelsen ble det i den danske Sunnhetsstyrelsen prioritert å gjennomføre et "modellprosjekt" (2001 – 2003), som i prinsippet ikke var et prosjekt men et arbeid med å omlegge rutiner i de eksisterende driftsorganisasjonene. Forsøket gikk ut på å koordinere samarbeidet mellom de kommunale sosialforvaltninger, alkoholbehandlingssektoren, den pedagogiske sektor og sykehusvesenet. Modellutprøvingen var et tilbudsprosjekt, og det blir fremhevet viktigheten av å presentere dette som et tilbud. Innhold i tilbudet var faglig kvalifisering, verktøy og veiledere og løsningsmodeller i forhold til vanskelige klienter og belastede barn.

I en fireårsperiode fra 2003 er det bevilget nærmere 20 millioner danske kroner årlig til tidlig tverrfaglig innsats for barn i familier med misbruk, ut

fra den begrunnelse at de ikke har fått den støtte og hjelp de har hatt behov for.

Konklusjonen som i 2005 foreligger fra Sunnhetsstyrelsen er at erfaringene fra modellprosjektene har vært positive og at tidspunktet er inne til å arbeide med forankringen av innsatsen for barn i familier med misbruk som en driftsfunksjon i alle landets amt. Et nasjonalt prosjekt er definert i tidsrommet 2004 – 2008 og her er målet å få til endrede rutiner slik at barn i misbruksfamilier får et nødvendig fokus. Man ønsker å sikre at barne- og familieperspektivet inngår som en systematisk del av alkoholbehandlingen ved at så vel barn som foreldre vurderes i forhold til behandlingsbehov. Da det i Danmark er en erfaring gjennom den mangeårige utviklingsstrategien at det er vanskelig å få implementert gode tilnærminger og samarbeidsrutiner på dette feltet, ser man behovet for å opprette spesielle stillinger innenfor amtene. Disse skal inneha en høy faglig kompetanse på barns situasjon og hjelpebehov i familier med rusmiddelproblemer. Oppgavene som legges til stillingene er å sikre at oppmerksomheten på behovet for støtte, hjelp, eventuell behandling for barn av foreldre med rusmiddelproblemer ivaretas, og legge opp til samarbeidsrutiner mellom de ulike forvaltings- og tiltaksnivåene slik at tiltak for barnets beste kan utløses. Arbeidet med å implementere de veiledere som er utarbeidet gjennom modellprosjektet, legges også til stillingene.

Det foreslås å tilby alle amtene midler til på prosjektbasis å opprette disse særskilte stillingene for en fireårsperiode med forventning om at funksjonen deretter integreres i ordinær drift. Stillingene anbefales forankret i amtsforvaltningen. Fordi dette er en ny funksjon i alkoholbehandlingen i Danmark ser man det som optimalt dersom stillingene kan opprettes innen en tidsfrist. Dermed kan det settes inn et intensivt opplæringsprogram for faggruppen som foreslås å utgjøre et nettverk med regelmessig kontakt og utveksling av erfaringer.

Evaluering skal knyttes til prosjektet. Forebyggingsavdelingen i Sunnhetsstyrelsen har ansvar for evalueringen. Den skal uttrykke om koordinering og samarbeidsstrukturer har lyktes, og hvilke konsekvenser det har fått for å nå barn i familier med misbruk.

En konklusjon formidlet fra denne danske nasjonale satsningen er:

At de som møter foreldre med rusmiddelproblemer alltid skal undersøke hvilket behov for støtte barna har.

*I møte med barn som viser mistilpasning er det viktig å kunne vurdere om rusmiddel-
misbruk preger hjemmet.*

5.2 Københavnmodellen

Den danske legen May Olofsson har gjennom flere tiår vært opptatt av forebygging og behandling av rusmiddelrelaterte skader hos barn gjennom tidlig og tverrfaglig intervensjon (Killen & Olofsson 2003, Sundhedsstyrelsen 2005).

Hun har i samarbeid med kolleger utviklet den såkalte Københavnmodellen som er forankret i Familieambulatoriet ved Hvidovre Hospital og Rigshospitalet i København. Familieambulatoriet er en tverrfaglig spesialavdeling for gravide rusmiddelmisbrukere og deres barn og har som mål å forebygge medfødte skader, feilutvikling og omsorgssvikt hos barn i familier med rusmiddelproblemer. *De tverrfaglige intervensjonene gis under graviditet, fødsel, neonatal- og barselperiode og gjennom barnets seks første leveår.*

Olofsson understreker at barn i rusmiddelbrukende familier som utgangspunkt har et normalt utviklingspotensiale. Alle kjente skader kan forebygges hvis man får kontakt med de gravide rusmiddelbrukende kvinnene tidlig i svangerskapet, og kommer til med behandling og støtte både medisinsk, psykologisk og sosialt.

Det faglige utgangspunktet for denne arbeidsmodellen er at den gravide rusmiddelbrukers samlede livssituasjon utgjør en stor risiko for alvorlige graviditets- og fødselskomplikasjoner og dermed alvorlig risiko for det ventede barnets utvikling. Det henvises til en veldokumentert kunnskap om at kvinner som lever under belastede psykososiale forhold i større grad aborterer, føder for tidlig, får barn med lav fødselsvekt, dødfødsler og svangerskapsforgiftninger. I tillegg kommer forbruket av rusmidler og den risiko for fosteret som dette innebærer. Både spedbarnsdødeligheten og spedbarnssykeligheten er betydelig forhøyet i denne gruppen.

Forebygging og behandling må derfor settes inn, ikke bare i forhold til rusmidlene, men i forhold til den samlede livssituasjonen og vurderingen av både den fysiske og psykiske helsen. Intervensjon under graviditet må ta sikte på å redusere kjente risikofaktorer så tidlig i graviditeten som mulig.

Olofsson kategoriserer risikofaktorer slik:

1. Konstitusjon

Belastet oppvekst, lav selvtillit og selv vurdering, kontaktsvakheter og mistillit, lav utdanning, eventuelt psykiske vansker

2. Aktuell sosial situasjon

Uten bolig eller dårlige boforhold, svak økonomi, rusmiddelbrukende partner, barn (ofte utsatt for omsorgssvikt og anbrakt utenfor hjemmet), prostitusjon, og kriminalitet

3. Almenntilstand

Underernæring/feilernæring, infeksjonssykdommer, anemi (blodmangel)

4. Farmakologiske/teratogene (fosterskadende) stoffer

Alkohol, heroin, kokain, amfetamin, psykofarmaka, sovemedisin, analgetika (smertestillende medisin), cannabis, tobakk med mer

5. Forbruksmønster (rusmidler)

Overdosering, abstinenser

6. Mangelfull svangerskapsprofylakse

Sent oppdaget graviditet, usikker termin, sen henvendelse til lege/jordmor, neglisjering av helse inkludert svangerskapsprofylaktiske undersøkelser

7. Henvisningsprosedyrer

Byråkratiske prosedyrer, utilstrekkelige behandlings- og profylaktiske tilbud

Ifølge Olofsson kan ikke behandlingen av de risikogravidene og deres nyfødte barn innpasses og ivaretas i fødeavdelingenes, neonatal- og barneavdelingenes alminnelige rutiner, blant annet fordi det krever personkontinuitet og fleksibilitet i behandlingen og i kontakten med familiene. Det kreves et nært samarbeid mellom de impliserte avdelinger så vel som et samarbeid med instanser utenfor sykehuset, først og fremst med den primære helse- og sosialtjeneste. Her fremheves igjen personkontinuitet som svært viktig, og ikke minst behovet for spesifikk kunnskap og erfaring som nødvendig, for å kunne ivareta behandling av denne pasientgruppen på en kompetent og forsvarlig måte.

Ett av prinsippene for Familieambulatoriets intervensjonsmodell er tidlig og intensiv innsats. Hver dag en rusmiddelbrukende kvinne er uten behandling, støtte, rådgivning og svangerskapskontroll er kostbar tid for det ventede barnet. Intervensjonen skal derfor være lett tilgjengelig, tillitsskapende og uten ventetid. Anonym rådgivning skal også være en mulighet. Personalet må være tverrfaglig, velutdannet, velmotivert og ha erfaring slik at de kan møte den gravide kvinnen på en positiv, respektfull og likeverdig måte.

Behandlingsforløpet tilrettelegges ut fra eksisterende kunnskap om hvilke faktorer som har skadelig innvirkning på barnets utvikling, både i fosterstadiet og etter fødselen.

Organisatorisk hører Familieambulatoriet under gynekologisk/obstetrisk (fødeavdeling) med funksjon også i neonatalavdeling og barneavdeling. Avdelingens medarbeidere består av leger, jordmødre, sosionomer, psykologer og sekretærer som arbeider i tverrfaglige team og har ansvaret for forebygging og behandling i hele perioden fra graviditeten er konstatert og frem til det ventede barnets skolestart. Hovedvekten av intervensjonene er i forhold til graviditet, fødsel, neonatal- og barselperiode og inntil mor og barn er klar til utskriving fra sykehuset.

Ambulatoriet har et tett og formalisert samarbeid med andre sykehusavdelinger innen psykiatri og infeksjonsmedisin og med andre relevante profesjonelle instanser i tillegg til førstelinjetjenestene.

Familieambulatoriets intervensjoner inkluderer tidlig oppsporing av gravide med rusmiddelproblemer, graviditetsundersøkelser, oppsøkende arbeid, avgifting/avrusing av gravide, psykososial støtte, etablering av sosiale hjelpeordninger tilpasset familiens situasjon, og hjelp og behandling for medisinske, psykiske og sosiale problemer.

Familieambulatoriet tilrettelegger blant annet plan for observasjon og behandling av det nyfødte barnet, og støtter den tidlige mor-barn-kontakten. Det tilbys oppfølgende barneundersøkelser hos lege og psykolog samt psykososial rådgivning etter behov frem til skolealder. Dette med henblikk på å sikre at hjelpetjenester er tilpasset barnets helsetilstand, utviklingsstatus og sosiale situasjon.

Den ambulante oppfølgingen av barna tilbys uavhengig av barnas oppholdssted, dvs. om barna vokser opp i eget hjem, hos fosterforeldre eller

på døgninstitusjon. De oppfølgende undersøkelsene av barna omfatter en helseundersøkelse samt en utviklingsvurdering (Griffiths utviklingstest, Alin-Åkerman og Nordberg 1980). Utvalgte barn får i tillegg en undersøkelse av oppmerksomhets- og konsentrasjonsevne (nevropsykologisk test, Korkman 1990). Barna sees ved 3, 6, 9, 12, 18, 24, 30 og 36 måneders alder, og senere minst en gang i året frem til skolealder.

Når skolealder nærmer seg, arrangerer Familieambulatoriet en tverrfaglig og tverrsektoriell konferanse med deltakelse fra skolesystemet, pedagogisk-psykologisk rådgivning, sosialtjenesten og andre relevante fagpersoner med det formål og drøfte barnets skoleplassering og sikre at relevant hjelp og støtte er tilgjengelig for barnet ved skolestart.

Opplysninger om barnet og familien de første leveårene formidles slik at disse danner grunnlag for videre hjelpetiltak, og Familieambulatoriet utarbeider avslutningsvis en rapport til sosialtjenesten og tilbyr seg å stå til rådighet ved behov.

Hva kommer det så ut av den tunge ressursatsningen som Familieambulatoriet representerer?

Målene for intervensjonene er at barnet

- er planlagt og ønsket
- fødes ukomplisert etter en normal graviditet til forventet tid
- har normal fødselsvekt og er uten misdannelser, abstinenser eller andre sykdommer
- får normal Apgar-skåre (et mål for barnets tilstand straks etter fødselen)
- utskrives etter fødselen til et rusmiddelfritt miljø
- kommer hjem til kompetente voksne som er i stand til å gi barnet trygghet, stabilitet, kjærlighet, forutsigbarhet, trygg tilknytning, stimulering og omsorg tilpasset barnets behov
- fortsetter å vokse opp under de beskrevne forhold, og samtidig følger de alminnelige helsekontroller og anbefalinger som blir gitt fra fagfolk

Evalueringsut fra disse kriterier viser at det har skjedd en radikal forbedring av risikobarnas vilkår og prognose:

Antallet for tidlig fødte barn og barn med lav fødselsvekt er redusert. Det har skjedd en betydelig reduksjon i antall barn født med føtalt alkoholsyndrom (FAS) og andre alkoholskader (Olofsson 1995). Nesten alle barn utskrives til velordnede og stabile forhold i rusmiddelfritt miljø i samarbeid med sosialtjenesten. Mange skrives ut til fosterfamilie direkte fra fødselen, noen barn til spedbarnsobservasjonshjem. Nittito prosent av barna følges opp i Familieambulatoriet, noe som sikrer barna et profesjonelt nettverk og forebygger feilutvikling, omsorgssvikt og mishandling.

Langt de fleste barna synes å utvikle seg normalt. Etterundersøkelser tyder på at barn som har utviklingsproblemer (i overkant av 10%) overveiende er barn med medfødt alkoholskade og barn som skrives ut til hjemmet, til ustabile forhold, på tross av Familieambulatoriets anbefalinger om omplassering av barnet. De barna som utskrives til fosterfamilie umiddelbart etter fødsel, rapporteres å ha de mest stabile oppvekstvilkårene. Det synes å være en restgruppe på ca 10 % som ikke kan nåes ved den beskrevne modellen. Dette dreier seg spesielt om psykisk syke gravide med rusmiddelavhengighet og/eller overforbruk av psykofarmaka, men også andre tungt belastede gravide. Familieambulatoriet har foretatt en undersøkelse av hvordan det har gått med 60 psykisk syke gravide kvinner og barna deres. Alle de 60 kvinnene hadde en psykiatrisk diagnose og et overforbruk eller et avhengighetsforbruk av rusmidler og/eller psykofarmaka. De har vært i kontakt med Familieambulatoriet i løpet av en ti års periode (Olofsson 1998). Det lyktes ikke å forebygge kompliserte graviditeter og fødsler eller medfødte skader og sykdommer hos barna til disse kvinnene. Barnas tilstand etter fødsel og i neonatalperioden var like dårlig som tilstanden hos barn av rusmiddelavhengige mødre i en undersøkelse utført før det var etablert tilbud til gravide rusmiddelbrukere.

For denne gruppen argumenterer Olofsson for nødvendigheten av tvangshjemler i behandlingen. Danmark har foreløpig ikke adgang til retensjon av gravide rusmiddelavhengige slik vi har det i Norge og Sverige.

På bakgrunn av de samlede erfaringer fra Familieambulatoriet, anbefaler nå Sundhedsministeriet i Danmark at intervensjonsmodellen etableres i alle amt (Regjeringens Folkesundhedsprogram 1999-2008). Sundhedsstyrelsen har også sendt ut til alle landets fødeavdelinger og jordmorsentre anbefaling om å benytte de spørreskjemaer som Familieambulatoriet bruker for å kartlegge rusmidler i svangerskapet.

6 Analyse og diskusjon

Vi har innenfor oppdragets rammer verken mandat eller tilstrekkelig informasjon til å foreta en inngående vurdering av de enkelte tiltakene, ut over å vise til evalueringer som er gjort. Man kan imidlertid reflektere rundt tilbudet samlet sett, og peke på antatt lovende modeller eller utviklingsstrategier for i større grad å sikre barn av rusmiddelmissbrukere behov for hjelp.

6.1 Organisering av hjelpetiltakene

Det mest slående med dagens tilbud er hvor tilfeldig og lite helhetlig det er bygget opp. Det finnes tildels imponerende enkeltstående tiltak, men foreløpig ingen gjennomarbeidet strategi for hvordan bli oppmerksom på barn som lider under foreldres rusmiddelmissbruk og iverksetting av tiltak til forskjellige aldersgrupper innenfor de ulike tiltaksnivåene. Hva slags tilbud barnet og familien har tilgang til, avhenger av hvor i landet de bor.

Det er lagt ned et stort og viktig utredningsarbeid i Norge forbindelse med graviditet og rusmidler som nå får følger for helsestasjonenes rådgivning til gravide (Sosial- og helsedepartementet m.fl. 2000, Sosial- og helsedirektoratet 2005). Muligheten for å forebygge rusmiddelrelaterte skader i svangerskapet er godt dokumentert og bør derfor gis høy prioritet.

Helsestasjonenes rolle i dette arbeidet er sentral, og det er gode eksempler i vår undersøkelse på etablering av forsterkede helsestasjoner, det vil si med utvidet teamsammensetning med kompetanse på rusmiddelproblematikk og med ressurser til en mer intensiv oppfølging av familien. Helsestasjoner finnes over hele landet, de nyter stor tillit i befolkningen, har en godt etablert tradisjon innenfor helsevesenet og har kompetanse på undersøkelser av barn og omsorgssituasjoner. De allmennpraktiserende legene har også en svært viktig rolle overfor familier med rusmiddelproblemer. Det er ofte de som utfører svangerskapskontrollene. Ut fra sin posisjon som familiens faste lege kan de representere kontinuitet og stå i en særstilling når det gjelder muligheten til å få innblikk i forhold av betydning for barnas helse og utvikling – herunder også rusmiddelproblemer i familien.

Helsestasjonene og legene kan allikevel ikke stå alene i dette arbeidet. For mange gravide og foreldre med rusmiddelproblemer er det tvilsomt om

omsorgssituasjonen for barnet vil være tilfredsstillende. Hvis det oppstår usikkerhet om dette er det barneverntjenestens ansvar å vurdere omsorgssituasjonen og iverksette forebyggende hjelpe- og støttetiltak, og om nødvendig gå til omsorgsovertakelse. Disse vurderingene bør starte så tidlig som mulig, gjerne allerede under svangerskapet. Informasjon fra behandlingsinstitusjoner for rusmiddelmisbrukere tyder på at det ikke alltid er så lett å få til et samarbeid med barneverntjenesten under svangerskapet, da den først og fremst arbeider med fødte barn, og ofte befinner seg i en situasjon med så knappe ressurser at det blir aktualiserte kriser som får størst oppmerksomhet.

I mange av landets kommuner dekker primærhelsetjenesten og de øvrige kommunale hjelpetjenestene en befolkningsgruppe av beskjeden størrelse, og de ansatte vil få begrenset erfaring med rusmiddelmisbrukende gravide og barn som vokser opp i familier med rusmiddelproblemer. Det blir da vanskelig å bygge opp solid kompetanse på førstelinjenivå. Dette kan være et argument for å forankre spesialfunksjoner til et høyere forvaltningsnivå, for eksempel spesialisthelsetjenesten, som har et større geografisk nedslagsfelt og som dermed kan akkumulere større grad av erfaring. Den danske familieambulatoriemodellen forankret i sykehus påtar seg for eksempel *ansvar* for oppfølging av rusmiddelmisbrukeres barn frem til skolealder.

Når det gjelder tilbud til eldre barn hvor problemene identifiseres senere, synes det å være gode erfaringer med å forankre tilbudet i psykisk helsevern for barn og ungdom (BAPP-programmet), mens det lokale hjelpeapparatet rekrutteres til å ha et hovedansvar for den daglige gjennomføringen av tiltakene og skape samarbeidsstrukturer i barnets nærmiljø. Grunnskolene møter alle barn og har en unik posisjon i forhold til å formidle kunnskap og forståelse om hvordan det er å leve i familier med misbruk. En slik formidling kan gi berørte barn både en viktig bekreftelse på at det er noen som forstår, at det er mulig å snakke med lærere eller andre voksne i skolesystemet, og invitasjon til å benytte særskilte tilbud som pedagogiske grupper og ulike behandlingstiltak.

6.2 Kontinuitet i oppfølgingen

En av de store utfordringene er å få til kontinuitet i oppfølgingen av familier med rusmiddelproblemer som varer over år. I dag er det trolig for enkelt for familier å ”skjule seg” for hjelpeapparatet, og rusmiddelproblematikk har som vi har beskrevet flere steder i denne

rapporten, trekk av hemmeligholdelse, skam, benektning osv, som gjør aktiv oppsøking av hjelp vanskelig for både foreldre og barn. Hvis etablert kontakt med hjelpeapparatet blir truende for familiene, både fordi endringsprosesser kan medføre ny dynamikk og nye roller og i ytterste konsekvens avdekke forhold som setter omsorgsevne i tvil, kan konsekvensen være å trekke seg unna.

En annen trussel mot kontinuiteten er den hyppige utskiftingen av personale i hjelpeapparatet. Erfaringsmessig er det ofte slik at det er enkeltmedarbeideres relasjon til familien som er den viktigste garantien for oppfølging. Stor turnover, mange relasjonsbrudd og manglende videreføring av saker kan lett føre til at familier som selv ikke unndrar seg hjelpeapparatets oppmerksomhet, som ønsker behov for hjelp, allikevel blir overlatt til seg selv.

For å sikre kontinuitet i oppfølgingen må flere forutsetninger oppfylles:

- Man må ha gode prosedyrer for å identifisere og følge opp gravide og småbarnsforeldre med rusmiddelproblemer over lang tid selv om det ikke skulle være umiddelbar fare for graverende omsorgssvikt.
- Det bør være en klar ansvarsfordeling og koordinering mellom hjelpe-tjenestene. Dette behøver ikke nødvendigvis organiseres på samme måte over hele landet, men det må i det minste være tydelige ansvars-linjer i den enkelte kommune/bydel.
- De som utfører arbeidet må ha nødvendig kompetanse. De må blant annet kunne snakke med foreldre om rusmiddelproblemer på en måte som får frem opplysninger om familiens situasjon og gi motivasjon til å ta imot hjelp og støtte fremfor å gi følelse av mislykkethet og behov for tilbaketrekning. Den metodiske kompetansen og teoretiske kunnskapen som ligger til grunn for kontaktetablering i slike familier må ikke undervurderes.
- Det må etableres en sikkerhet for at kunnskapen om og oppfølgingen av familien ivaretas også ved utskifting av personale. Dette kan bare gjøres ved innføring av godt fungerende rutiner og prosedyrer innen de virksomhetene som har ansvar for oppfølgingen. En god praksis og stabilitet i tjenestene henger gjerne sammen med en tilfredsstillende ressurs situasjon og kvalifisert ledelse. Rammebetingelsene er således av stor betydning.

6.3 Kartlegging og utredning av foreldre og barn

Vi så i kapittel 4.7 at det er varierende i hvilken utstrekning virksomhetene kartlegger vansker hos barna eller rusmiddelbruk hos foreldrene. For sistnevnte formål viser informantene kun til samtaler som kartleggingsmetode.

Valg av metode for kartlegging av rusmiddelbruk er viktig. Det at temaet er så tabubelagt og oppleves som så privat og ømtålig gjør at ulike måter å snakke om det på kan gi helt ulike resultater. Mange ansatte i hjelpe-tjenestene, det være seg på førstelinjenivå eller i spesialisthelsetjeneste, har begrenset erfaring i å gjennomføre slike samtaler. Dersom den som spør signaliserer egen usikkerhet og ulyst i forhold til temaet, er sannsynligheten stor for at man forlater det temmelig raskt, spesielt dersom fornem-melsene er vage og lite konkretiserbare.

Fra arbeidet med tidlig identifisering av og intervensjon overfor rus-middelproblemer har en erfart at ved å nærme seg spørsmålet i en atmosfære preget av oppriktig interesse, empati, respekt og en ikke-for-dømmende holdning kan det oppnås en mye større grad av åpenhet for å snakke om rusmiddelbruk. Gjennom en metode som i Norge kalles ”endringsfokuset rådgivning” kombineres denne grunnleggende hold-ningen med en bevisst bruk av kommunikasjonsferdigheter, både for å bygge en god arbeidsrelasjon og som en teknikk for å påvirke til endring (Barth, Børtveit & Prescott, 2001; se også Miller, Rollnick & Conforti, 2002; Rollnick, Mason & Butler, 2005). Man bruker for eksempel åpne spørsmål, oppsummeringer og refleksjoner selektivt og målrettet til å for-sterke og fremheve tendenser til endring.

Det kan være til god hjelp å benytte standardiserte kartleggingsmetoder for å få et overblikk over foreldrenes forhold til rusmidler. Slike metoder må anvendes i tillegg til en hensiktsmessig samtaleteknikk. Det finnes flere instrumenter for kartlegging av rusmiddelbruk, fra helt enkle verktøy til instrumenter som kartlegger rus som et element i et bredt atferds- og problemperspektiv, og spesifikke diagnostiske instrumenter (Watten & Amundsen 1998). Felles for disse virkemidlene (samtaleteknikk og stan-dardisert kartlegging) er at de må læres. Kompetanshevedende tiltak må derfor stå sentralt når innsatsen overfor familier med rusmiddelproblemer skal styrkes.

Når det gjelder utredning av barn ble dette drøftet i prosjektets delrapport I. Der er det blant annet gitt en presentasjon av ulike utredningsmetoder med referanser. Vi kan bare understreke nok en gang ett av budskapene i den første rapporten: Det er viktig at de som arbeider med barn av foreldre med rusmiddelproblemer har kompetanse og metoder til å utrede de vanligste problemer og skader disse barna kan ha, og samspill i familien og foreldres omsorgsevne. Det må innarbeides rutiner som sikrer slike utredninger der hvor det er indisert, og rutiner for at de følges opp med adekvate tiltak i egnet instans. Når 50 % av de som gir et spesifikt tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer oppgir at de aldri foretar noen form for kartlegging av barna, kan det tyde på at det her er et stort forbedringspotensiale.

6.4 Tiltak i regi av frivillige

Et trekk ved det eksisterende tilbudet er den andelen som utføres av frivillige medarbeidere på et idealistisk grunnlag. Både samtalegrupper, selvhjelpsgrupper for barn/ungdom og familier, og rådgivningstelefoner og internettbaserte tiltak drives på denne måten. Noen av tiltakene bygger på modeller som er utprøvd og evaluert. Det legges vekt på å skolere frivillige medarbeidere slik at de utfører arbeidet i samsvar med intensjonene for tiltaket og noen baserer seg på selvopplevde rusmiddelproblemer i familien. Dette kan tilføre et verdifullt perspektiv i hjelpearbeidet.

I en fremtidig nasjonal strategi bør det vurderes hvilken rolle de frivillige tiltakene kan ha. Det er ikke nødvendigvis hensiktsmessig å ha parallelle tilbud i regi av både offentlige/profesjonelle utøvere og frivillige. Samtidig finnes det tiltak som frivillig virksomhet har gode tradisjoner for, som for eksempel ulike selvhjelps- eller kontaktfora. Disse kan utgjøre viktige tilskudd i seg selv, og de kan bidra til rekruttering av barn og ungdom til de offentlige tiltakene.

7 anbefalinger

Ut fra undersøkelsens datamateriale synes det klart bekreftet at vi står overfor en stor utfordring i forhold til å øke oppmerksomheten på barn av rusmiddelmissbrukende foreldre for å kunne identifisere barnas og familiens behov for hjelpe- og behandlingstilbud.

Anbefalingene om tiltak bygger på informantenes egne konklusjoner om udekkede behov, eksempler på eksisterende tilbud og erfaringer blant annet fra Danmark, som har hatt oppmerksomhet og en stor faglig satsning på barn av misbrukere over mange år.

7.1 Tidlig intervensjon overfor gravide og småbarnsforeldre

Det anbefales at det i Norge prøves ut en modell for tilbud til gravide rusmiddelmissbrukere som etter fødsel sikrer barn og familier en systematisk oppfølging *frem til barnets skolealder*. Oppfølgingen innebærer en intensivert undersøkelsesprosess av barn, av samspill mellom foreldre og barn og av omsorgskompetanse. Undersøkelsene må kunne utløse adekvate støtte- og eventuelle behandlingstilbud for barn og familier. Forankring av oppfølgingen kan legges til forsterkede helsestasjoner som det er eksempler på i Norge, eller til sykehusavdelinger, jfr. Familieambulatorie-modellen i Danmark og Ullevålteammodellen, Ullevål Universitetsykehus. Det er forankring av den tverrfaglige kompetansen og ansvar i langsiktigheten av tilbudet som her er utfordringen, og forberedelse til en best mulig tilrettelagt skolesituasjon for barnet.

En slik satsning ville også være i samsvar med påpekningen i prosjektets delrapport I av en manglende koordinert oppfølging av små barn som har vært innlagt i institusjon sammen med foreldre behandlet for rusmiddelmissbruk. Institusjonsoppholdet vil således inngå som en fase i en flerårig støtte og behandlingsprosess for familien.

Det vil være ønskelig å gjøre forsøk med to til tre modeller slik at man får erfaring med ulik organisatorisk tilknytning og med forskjellige befolkningsområder (storby – land). Til denne modellutviklingen bør det knyttes en forskningsbasert evaluering.

Som vi også konkluderte med i delrapport I, er det mye kompetanse i enkeltstående tiltak, men det er liten erfaringsutveksling mellom tiltakene. Sentralt i våre anbefalinger er derfor opprettelsen av faglige nettverk.

Et av disse nettverkene kan bestå av de forsterkede helsestasjonene og sykehusteamene i Norge som har etablert tilbud om intensivert og tverrfaglig innsats under svangerskap og i barnets første leveår.

Dette nettverket kunne med tilførte ressurser og nordisk samarbeid utvikle og samle relevante undersøkelsesmetoder og undervisningsmateriell, ha veiledende funksjoner og bistå i implementering av metoder og retningslinjer bl.a. overfor landets helsestasjoner, fødeavdelinger, barnevernets familiesentre osv.

7.2 Barn i skolealder

Tilbud til barn med rusmiddelmisbrukende foreldre i skolealder synes i stor grad å være gruppebaserte. De er i hovedsak forankret innen helsestasjonsvirksomhet for grunnskolen eller i psykisk helsevern for barn og ungdom.

Denne rapporten, og ikke minst de danske modellerfaringene viser at det er det *planlagte samspeillet* mellom særtiltakene og de generelle støtte- og behandlingstilbudene til barn, ungdom og familier som synes å fungere godt. Både med hensyn til rekruttering av barn til tilbudene og spesielt for de prosjektene som arbeider ut fra en spredningsmodell for forankring av gruppetilbudene i førstelinjetjenesten, er det nødvendig med kompetanse på barns livssituasjon og risikofaktorer i familier med rusmiddelmisbruk innenfor *mange fagfelt*.

Det anbefales at det også for de eksisterende gruppetilbudene legges opp til et nettverk for samhandling og fagutvikling. Ikke minst er det viktig å drøfte hvordan gruppetilbud til barn griper inn i familietemaer som hjemmeligholdelse, lojalitet, parentifisering osv. Rekruttering til grupper og en vellykket støtte-/behandlingsprosess synes avhengig av å se intervensjonene i et familie (systemisk) perspektiv og et kulturpsykologisk perspektiv. Evaluering av ulike gruppemodeller vil gi nyttig kunnskap.

Behovene for individuelle støtte- og behandlingstilbud til barn og unge må likeledes fremheves.

7.3 Behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere

Oppmerksomheten på barnas situasjon må i en helt annen grad innarbeides i behandlingstiltakene for rusmiddelmissbrukere. Spørsmål om barn (antall barn, alder, omsorgssituasjonen for barnet) bør rutinemessig stilles til alle pasienter som kommer til behandling. Institusjoner og poliklinikker bør ha et ansvar for at barnets situasjon blir utredet og ivaretatt. Det er behov for å utvikle større spisskompetanse i forhold til familie- og nettverksbaserte intervensjoner der rusmiddelrelatert samspill vektlegges. Videreføring av en slik kunnskap til familiekontorene er viktig.

7.4 Kompetanseutvikling

Det bør utarbeides en overordnet strategi for kompetanseutvikling på rusproblematikk og spesielt på rusrelaterte temaer innen familier i barnevernet, psykisk helsevern, barnehager, skoler og pedagogisk- psykologisk tjeneste, helsestasjoner og blant allmennleger. Allerede igangsatte kompetanseutviklingstiltak må koordineres. Rapporten viser at det er det planlagte samspillet mellom de spesifikke tiltakene og de generelle støtte- og behandlingstilbudene til barn, ungdom og familier som synes å fungere.

Barnevernfeltet synes å være i stort behov av verktøy for å kartlegge rusmiddelbruk hos barn/unge og foreldre. En pågående undersøkelse i landets barneverninstitusjoner bekrefter dette (SIRUS 2006). Barne- og ungdomspsykiatrien møter mange av barna med omfattende psykiske og psykososiale vansker, og hvor kompetanse og rutiner i langt større grad kunne bidra til å oppdage rusmiddelmissbruk i familier og tilnærme seg rusrelatert tematikk.

Behovet for kompetanseutvikling gjelder ikke minst for ansatte i barnehage og grunnskole som er arenaer for de aller fleste av barna som vokser opp med rusmiddelmissbruk i hjemmet. Informasjon om barnets eventuelle behov for tilrettelagt undervisning og støttetiltak ved skolestart er tidligere nevnt.

Det bør stimuleres til at også allmennpraktiserende leger øker sin årvåkenhet og kompetanse på rusmiddelmissbruk blant sine pasienter og tar ansvar for at barnets situasjon undersøkes.

Kunnskap må integreres i profesjonenes grunn- og videreutdanninger og lærebøker og undervisningsmateriell utvikles og tilpasses de ulike profesjonene.

7.5 Frivillige/ideelle tiltak

Frivillige/ideelle tiltak kan være et viktig supplement til den offentlige helse- og sosialtjeneste, og det anbefales å tilby rusfaglig kompetanse til støttetelefoner, internettsider, råd- og veiledningssentre slik at de får en best mulig kvalitet og kan være til hjelp for barn som for eksempel ikke blir kjent av det offentlige hjelpeapparatet.

7.6 Behov for øremerkete stillinger

For å holde fast oppmerksomheten på barn av rusmiddelmisbrukere over tid, og for implementering av undervisning og veiledning kan det synes nødvendig å øremerke stillinger for eksempel i de regionale helseforetakene som innehar en spesialkompetanse og interesse for å ivareta tilbud til barna.

7.7 Forskningsnettverk

Vi anbefaler også at det etableres et forskningsnettverk knyttet til en eventuell nasjonal satsning der relevante forskningsmiljøer samarbeider om å tilrettelegge for komparative evaluerings- og forskningsstudier.

Det bør drøftes hvilke oppgaver som skal forankres i de to kompetansesentrene for rusmiddelproblemer som nå har henholdsvis gravide misbrukere og barn av rusmiddelmisbrukere som nasjonale spisskompetanseområder, henholdsvis Borgestadklinikken og Rogaland A-senter.

Denne rapporten omhandler barn av rusmiddelmisbrukere. Da det er påvist en stor grad av sammenheng mellom rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser, er det viktig at oppmerksomheten på barn er overordnet oppdelingen av hjelpeapparatet og at tiltaksutviklingen koordineres.

8 Informasjon fra de spesifikke tiltakene

8.1 Førstelinjetjenestene

Instans	Benterud helsestasjon (Lørenskog)	
Målgruppe	Barn født av rusmiddelmissbrukende foreldre.	
Innhold	Tettere oppfølging v/ helsestasjonen. Under svangerskapet dannes det ansvarsgruppe med aktuelle hjelpeinstanser og familien. Helsesøster blir med i gruppen i slutten av svangerskapet.	
Organisering	Ikke besvart	
Rekruttering	Jordmor/lege eller sosialkontor melder sak til "arbeidsgruppa for arbeid med gravide rusmiddelmissbrukere." Samtykke må foreligge, hvis ikke diskuteres saken anonymt.	
Faglig begrunnelse	Tidlig intervensjon i forhold til skjev utvikling. Få satt i gang tiltak raskt.	
Faglig/teoretisk forankring	Kunnskap om skader hos barn født av rusmiddelmissbrukende mødre.	
Utdanning	Lege/psykolog	
	Annen helseutdanning	1
	Pedagogisk/sosialfaglig utdanning	
	Annen utdanning	
	Ufaglært	
Evaluering	Ikke evaluert	

Instans	Byneset helsestasjon (Trondheim)	
Målgruppe	8-12 år og 12-16 år. Foreldre må gi samtykke. Tilbudet foregår på et behandlingssenter for rusmiddelproblemer, som foreldre ofte allerede er tilknyttet. Skolehelsetjenesten rekrutterer.	
Innhold	Det benyttes rollespill. Tema konkretiseres mest mulig. Gruppen drives av psykolog og folk med spisskompetanse på rus. Kretser om rettigheter, grenser, barneperspektiv. Tydelig tematikk.	
Organisering	Grupper. Strekker seg over et halvt skoleår, fordelt på 1,5 time per gang/ukentlig.	
Rekruttering	Skolehelsetjenesten, barnevernet, hjemmekonsulent rekrutterer. Presenteres først som et tilbud til barna, hvis de er interessert.	
Faglig begrunnelse	Hjelp til å bevare sunn tankegang, der hjemmet ikke er velfungerende. Regulere barnet, som lever under press, uforutsigbarhet osv.	
Faglig/teoretisk forankring	Ikke besvart	
Utdanning	Lege/psykolog	1
	Annen helseutdanning	
	Pedagogisk/sosialfaglig utdanning	
	Annen utdanning	
	Ufaglært	1
Evaluering	Evalueringsrapport i henhold til tiltaksplaner og vedtak. Halvårlig eller årlig.	

Instans	Sentrum/Lund forsterket helsestasjon (tidligere Eventyrgården, Kristiansand)	
Målgruppe	Gravide småbarnsforeldre med pågående eller nylig avsluttet rusmiddelavhengighet i Kristiansand. Veiledning til helsestasjoner i Vest-Agder.	
Innhold	Vanlig jordmor- og helsestasjonskontroller opp til to års alder.	
Organisering	Der vi ved hjelp av tette kontroller og tilgjengelige ressurser i kommunen også jobber mot rusfrihet.	
Rekruttering	Brukere henvises fra fastlege, førstelinjetjeneste i rusomsorgen, skolehelsesøster, svangerskapspoliklinikk på Sørlandet Sykehus.	
Faglig begrunnelse	Gi nødvendig støtte til barn av mødre med rusproblematikk for å sikre barna trygge oppvekstvilkår.	
Faglig/teoretisk forankring	Tette kontroller. Motivering for rusfrihet. Stor vekt på å utvikle samspill og tidlig tilknytning mor/barn.	
Utdanning	Lege/psykolog	1
	Annen helseutdanning	
	Pedagogisk/sosialfaglig utdanning	1
	Annen utdanning	2
	Ufaglært	1
Evaluering	For tiden arbeides det med et doktorgradprosjekt som vurderer brukerne, deres barn og effekten av tiltaket.	

Instans	Horten helsestasjon	
Målgruppe	Barn i alderen 11-16 år, Horten kommune.	
Innhold	Har brukt deler av "Regnbueprosjektet" og metoden "Du bestemmer". Har brukt mye arbeidsark og tegning, mer aktiviteter hos de yngste barna. Har hatt med fysioterapeut.	
Organisering	Gruppevirksomhet med barna/ungdommene. Hyppighet fra en gang i uken til annenhver uke. Varighet 3-5 mnd.	
Rekruttering	Barna rekrutteres gjennom skolehelsetjenesten eller via foreldrene som vi samtaler med.	
Faglig begrunnelse	Fordi vi kjenner til at barna har det vanskelig og ikke tør å snakke med noen om det.	
Faglig/teoretisk forankring	Ikke besvart	
Utdanning	Lege/psykolog	
	Annen helseutdanning	2
	Pedagogisk/sosialfaglig utdanning	
	Annen utdanning	
	Ufaglært	2
Evaluering	Evaluering fra deltakerne etter gruppene.	

Instans	Høvik helsestasjon	
Målgruppe	Barn ca 7-18 år. Gruppene er for barn av foreldre med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser.	
Innhold	Samtalegrupper - én for barn og én for ungdom.	
Organisering	Drives av psykiatrisk sykepleietjeneste i samarbeid med helsestasjonen.	
Rekruttering	Barna er kjent i systemet via psykiatrisk sykepleietjeneste, barneverntjeneste, sosialtjeneste eller helsestasjon. Henvisning skjer via psykisk helsevern i kommunen.	
Faglig begrunnelse	Styrke barna/ungdommens mestring ved å tilføre kunnskap, tilby fellesskap med jevnaldrende hvor tanker og spørsmål kan deles.	
Faglig/teoretisk forankring	Ikke besvart	
Utdanning	Lege/psykolog	
	Annen helseutdanning	1
	Pedagogisk/sosialfaglig utdanning	
	Annen utdanning	1
	Ufaglært	
Evaluering	Ikke besvart	

Instans	Inderøy helsestasjon	
Målgruppe	Barn i alderen 8-12 år med mor eller far som har eller har hatt psykiske problemer/rusmiddelproblemer.	
Innhold	Målrettet kunnskapsøkning hos barnet og opplæring i spesifikke ferdigheter. Bryte isolasjon. Få et realistisk syn på seg selv og på moren/faren. Forbedre relasjonen mellom foreldre og barn.	
Organisering	I regi av Barne- og familieenheten. Åtte gruppetreff for barna, to for foreldre - alle på ca halvannen time pluss for- og etterarbeid. En gjensyns samling for barna etter ca to måneder. BUP ledet første gruppen m/lokale gruppeledere som observatører. Neste gruppe ledes av lokale gruppeledere m/BUP.	
Rekruttering	Rekrutteres ut fra den kjennskap egen enhet (helsestasjon/skolehelsetjeneste) har om foreldrene. Fra enheten psykisk helse, legetjenesten, skoler, BUP. Første kontakt er alltid med foreldre. De må vedkjenne seg sitt problem og samtykke i at barnet får gå i gruppe.	
Faglig begrunnelse	Forebygge alvorlige psykiske problemer hos barn som følge av foreldrenes psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer.	
Faglig/teoretisk forankring	”Gjøre- og snakkegruppe” etter nederlandsk modell.	
Utdanning	Lege/psykolog	
	Annen helseutdanning	3
	Pedagogisk/sosialfaglig utdanning	
	Annen utdanning	1
	Ufaglært	1
Evaluering	Evaluert i de kommunene som startet tidligere. I egen kommune kun med tilbakemelding fra foreldre og fra veiledere.	

Instans	Midtbyen helsestasjon (Trondheim)
Målgruppe	Gravide rusmiddelmisbrukere, eller etter fødsel. Gravide/mor (eventuelt far) og barn som bor på institusjon i Trondheim kommune, så lenge de oppholder seg i kommunen.
Innhold	Mor med rusmiddelproblemer under svangerskapet og eventuelt etter fødsel. Barna skal ha vanlig helsestasjonstilbud, men det er ofte mer kontakt, lengre konsultasjoner, flere hjemmebesøk. Svømmehall med mor/barn (far) og miljøterapeut. Grilling i fjæra, tur i marka og lignende Juletreff, juleverksted.
Organisering	Konsultasjoner – individuelt.
Rekruttering	Barna kommer til helsestasjonen på ”rusmiddel tiltaket” fra andre helsestasjoner i Trondheim hvis helsestasjonen lokalt mener vi kan følge opp barnet/foreldre bedre. Den gravide kan komme selv etter å ha hørt om tilbudet. Kan også henvises fra for eksempel lege, jordmor, sosialkontor.
Faglig begrunnelse	Tidligere et prosjekt (”Tiltaket for gravide rusmiddelmisbrukere og rusmiddelmisbrukere med små barn”), nå et kommunalt tilbud. Prosjektet ble startet etter at mange barn ble født m/abstinenssymptomer på 80-tallet.
Faglig/teoretisk forankring	Kunnskap om abstinenser hos nyfødte. Kunnskap om at langvarig hjelp til mor/barn vil gi best resultater over tid.
Utdanning	Ikke besvart
Evaluering	Kun delvis besvart (ingen større evaluering etter 1997).

Instans	Raufoss helsestasjon	
Målgruppe	Barn 0-18 år, av foreldre med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer - i tillegg til andre problemstillinger. Ved mye pågang prioriteres barn 0-6 år.	
Innhold	Det er ikke fastsatt metode for jobbingen.	
Organisering	Individuelt - varierende hyppighet og varighet. Mange faller ut pga liten innsikt/motivasjon.	
Rekruttering	Det er i praksis alltid henvisning fra helsesøster som fører til kontakt.	
Faglig begrunnelse	Vestre Toten kommune har institusjoner (psykiatrisk sykehus og to rusmiddelinstitusjoner) og er belastet med en del utsatte grupper. Dette førte til opprettelse av 50 % stilling – senere 100 % til – for å ivareta barna.	
Faglig/teoretisk forankring	Ikke besvart	
Utdanning	Lege/psykolog	
	Annen helseutdanning	
	Pedagogisk/sosialfaglig utdanning	1
	Annen utdanning	1
	Ufaglært	1
Evaluering	Ingen spesifikk evaluering av tiltak overfor barn av foreldre med rusmiddelproblemer.	

Instans	Rådhuset helsestasjon (kommune ikke oppgitt)	
Målgruppe	Barn 8-12 år.	
Innhold	Samtalegruppe for aldersgruppen 8-12 år.	
Organisering	Gruppe to ganger med foreldrene, åtte ganger med barna. Individuell oppfølging ut fra behov. Helsesøster og barnevernkonsulent driver gruppene i samarbeid med BUP, Levanger sykehus. Tilbudet er forankret i skolehelsetjenesten.	
Rekruttering	Hele kommunen har fått info om tilbudet. Rekrutteres i hovedsak fra skolehelsetjeneste og barnevern.	
Faglig begrunnelse	For at barna skal få mulighet til å forstå og plassere skyld.	
Faglig/teoretisk forankring	Gruppetiltak etter nederlandsk mal.	
Utdanning	Lege/psykolog	
	Annen helseutdanning	2
	Pedagogisk/sosialfaglig utdanning	2
	Annen utdanning	
	Ufaglært	1
Evaluering	Kun lokal evaluering, sammen med BUP. Informanten har ikke rapporten.	

Instans	Sentrum helsestasjon (kommune ikke oppgitt)	
Målgruppe	Familier med barn under 2 år hvor mor har eller har hatt et rusmiddelproblem. Det kan være større søsken i familien. Familien følges etter behov og ønske fram til barna er i førskolealder. Flere av våre familier tar imot tilbudet ved graviditet.	
Innhold	Jordmor, foreldre-/barneveileder og helsesøster kommer tidlig inn i familien. Foreldre-/barneveileder jobber blant annet med samspill i familien. Helsesøster følger nøye barnets fysiske og psykiske utvikling og har tettere kontakt med familien enn i det tradisjonelle helsestasjonstilbudet.	
Organisering	Det tilbys gruppe for mødre med barn. Hensikten er å skape nettverk og gi sosial trening. Foreldre /barneveileder jobber bare i hjemmet. Helsesøster er ofte på hjemmebesøk ved behov. Tilbudet har egen prosedyrebeskrivelse og er forankret i helsestasjonstjeneste.	
Rekruttering	Via jordmor, fastlege, barneverntjenesten, helsestasjon, sosialkontor.	
Faglig begrunnelse	Målsettingen er at barn av foreldre med rusmiddelproblemer skal bli sett tidligere og fulgt tett de første to-tre årene, dette for å unngå skjevutvikling på grunn av dårlig samspill, dårlig motorisk eller psykisk utvikling.	
Faglig/teoretisk forankring	Ikke besvart.	
Utdanning	Lege/psykolog	
	Annen helseutdanning	2
	Pedagogisk/sosialfaglig utdanning	1
	Annen utdanning	3
	Ufaglært	1
Evaluering	Ikke evaluert	

Instans	Sentrum helsestasjon (Eigersund)	
Målgruppe	Barn 6-15 år	
Innhold	Regnbueprosjektet, eget opplegg	
Organisering	Gruppebasert	
Rekruttering	Brev, muntlig. Via helsesøster og lærer.	
Faglig begrunnelse	Ubesvart	
Faglig/teoretisk forankring	Ubesvart	
Utdanning	Lege/psykolog	
	Annen helseutdanning	1
	Pedagogisk/sosialfaglig utdanning	1
	Annen utdanning	
	Ufaglært	1
Evaluering	Årlig og i forbindelse med rullering av planverket.	

Instans	Solheimviken forsterket helsestasjon, Bergen
Målgruppe	Rusmiddelavhengige gravide, eventuelt deres partner, og deres barn inntil to år etter fødsel.
Innhold	Helsestasjonstilbud for mor/barn (familien) i opptil to år etter fødselen. Tilbyr tett og kontinuerlig oppfølging der hyppigheten av kontakt vil variere ut fra vurdering av situasjonen til den enkelte kvinne/familie og barn. Tilstreber en balanse mellom frivillighet og kontroll i samarbeid med kvinnen/foreldrene. Samarbeider med aktuelle tjenester om å etablere individuelle planer og følge opp tiltak i hver enkelt sak.
Organisering	Forsterket helsestasjon er et tiltak som følger ruspolitisk strategi og handlingsplan for Bergen kommune. Er et spesialtiltak som er integrert i et ordinært helsestasjonstilbud til barn og familien. Har et tverrfaglig team som danner en arbeidsgruppe rundt hver enkelt kvinne (foreldre) og hennes barn. Individuelt: Økt hyppighet i konsultasjoner og lengre varighet på hver konsultasjon. Korte intervaller mellom hver kontakt. Gruppe: Under svangerskap og etter fødsel. Varierende hyppighet. Varighet av gruppen etter behov og antall gruppemedlemmer.
Rekruttering	Et lavterskeltilbud, der henvisning kan skje fra den rusmiddelmissbrukende selv, fra helsetjenesten (1. og 2.linjetjenesten), sosial-/barneverntjeneste, kommunale rusmiddeltiltak, og andre instanser som har kontakt med målgruppen.

Faglig begrunnelse	Tiltaket har følgende hovedmål: <ul style="list-style-type: none"> - Sikre mors rusmiddelfrihet under graviditet og i tiden etter fødsel. - Forebygge fosterskade. - Styrke mors (foreldrenes) omsorgsevne. - Bistå til gode oppvekstvilkår for barnet. - Utvikle tverretatlig og tverrfaglig samarbeid - Drive kompetanseutvikling (internt og eksternt). 	
Faglig/teoretisk forankring	Ikke besvart	
Utdanning	Lege/psykolog	2
	Annen helseutdanning	
	Pedagogisk/sosialfaglig utdanning	1
	Annen utdanning	3
	Ufaglært	1
Evaluering	Tiltaket er i gang med dokumentasjon og evaluering. Startet våren 2005. Ikke ferdigstilt.	

Instans	Stjørdal helsestasjon	
Målgruppe	Barn 8-12 år av psykisk syke og/eller rusmiddelmisbrukende foreldre i Stjørdal kommune. Etter forespørsel tas imot henvendelser fra to nabokommuner.	
Innhold	Samtale, målrettede aktiviteter, rollespill etc. Sosialt samvær. for ei gruppe barn gjennom	
Organisering	Grupper á 5-8 barn. Ni samlinger á 1,5 time. To foreldretreff, henholdsvis før oppstart og som avslutning. I forbindelse med rekruttering gjennomføres en eller flere familiesamtaler.	
Rekruttering	Rekrutteres fra skolehelsetjenesten og samarbeidende instanser som BUP, voksenpsykiatrisk avdeling, legetjeneste, PPT, sosialtjeneste, barnevern, skole m.fl. Omtale i media bidrar også til rekruttering.	
Faglig begrunnelse	Forebygge alvorlige psykiske problemer hos barn som følge av psykiske problemer og eller rusmiddelproblemer hos en eller begge foreldre.	
Faglig/teoretisk forankring	"Gjøre-snakke-gruppe" etter nederlandsk modell. Faglig samarbeidsinitiativ fra BUP Sykehuset Levanger.	
Utdanning	Lege/psykolog	
	Annen helseutdanning	
	Pedagogisk/sosialfaglig utdanning	1
	Annen utdanning	1
	Ufaglært	1
Evaluering	Barnevernets utviklingssenter i Midt- Norge, NTNU Arbeidsrapport nr.16 November 2004 ISSN 0809-5167.	

Instans	Vikedal helsestasjon	
Målgruppe	Barn og unge 0-20 år. Barn av psykisk og eller fysisk syke.	
Innhold	Kan ha samtaler med alle barn, er et lavterskeltilbud tilknyttet helsestasjonen.	
Organisering	Individuell konsultasjon etter behov. Gradvis nedtrapping i samtaletilbud, men med invitasjon om å ta kontakt ved behov.	
Rekruttering	Hvem som helst kan ta kontakt, lærer, helsesøster, PPT, foreldre osv. Informerer på foreldremøter i barnehage/skole.	
Faglig begrunnelse	Bedret helse i fremtiden.	
Faglig/teoretisk forankring	Bruker "Du bestemmer" til ungdom i 9.-10. klasse dersom rus er et problem hos noen av foreldrene.	
Utdanning	Lege/psykolog	
	Annen helseutdanning	
	Pedagogisk/sosialfaglig utdanning	
	Annen utdanning	1
	Ufaglært	2
Evaluering	Ikke evaluert	

Instans	Ås helsestasjon	
Målgruppe	Gravide rusmiddelmissbrukere, og fødte barn av disse, 0-6 år, eventuelt eldre.	
Innhold	Det opprettes et tverrfaglig team som i første omgang gir tilbud om hyppig oppfølging av den gravide/moren. Det kan arbeides med samspillsvansker, fødselsdepresjon, ernæring, motorisk utvikling, uro, kolikk og annet.	
Organisering	Den fagperson som melder fra om saken til team for gravide rusmiddelmissbrukere, vil være en viktig person i ansvarsgruppe rundt den gravide. Teamet består av: Kommunelege, helsesøster, jordmor, barnevern, sosialkontor, eventuelt ruskonsulent. Ansvarsgruppen vil søke å følge opp videre etter fødsel. Hvilke fagpersoner som er med kan justeres etter behov.	
Rekruttering	Alle barn av kjente gravide rusmiddelmissbrukere vil få tilbud om tettere oppfølging av helsesøster/lege på helsestasjonen etter behov og ønske fra foreldrene. Barnet kan henvises til spesialistinstans (Follo-klinikken o.l.).fra helsestasjonen.	
Faglig begrunnelse	Målene er: <ul style="list-style-type: none"> - Å forebygge skade og ubehag (herunder abstinenser) hos barnet. - Å fremme barnets og mors helse på sikt. - Å oppnå rusmiddelfrihet gjennom frivillige tiltak (meldeplikt vurderes fortløpende gjennom hele svangerskapet). - At mor/familien blir ivaretatt på en trygg og tillitskapende måte. 	
Faglig/teoretisk forankring	Det er utarbeidet en veileder med spesifikke retningslinjer for dette arbeidet, ferdigstilt i 2004: "Metodebok for arbeid med gravide rusmiddelmissbrukere i Ås kommune". Vi tror at et samlet tverrfaglig tilbud basert på et helhetlig menneskesyn gir best resultater.	
Utdanning	Lege/psykolog	
	Annen helseutdanning	

	Pedagogisk/sosialfaglig utdanning	2
	Annen utdanning	
	Ufaglært	1
Evaluering	Ikke evaluert.	

Instans	Rauma kommune, Helse- og sosialetaten	
Målgruppe	Barn 8-12 år av foreldre med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer.	
Innhold	Samtalegruppe hvor man tar opp ulike temaer: Følelser, ansvar, lojalitet osv.	
Organisering	Gruppesamling x 6, en gang pr uke. Foreldremøte før og etter oppstart.	
Rekruttering	Tilbudet ble gjort kjent via informasjonsskriv til samarbeidspartnere og via presse. Henvisende instanser i 2005: Fastlege, avdeling for psykisk helse, barneverntjeneste.	
Faglig begrunnelse	Forebyggende tilbud, fjerne tabubelagte tema, skape åpenhet rundt problematikken. Bryte isolasjonen og øke kompetansen i familiene.	
Faglig/teoretisk forankring	Kommunen har kjøpt et program fra BUPP Levanger som er spesielt tilrettelagt for barn i denne målgruppen.	
Utdanning	Lege/psykolog	1
	Annen helseutdanning	
	Pedagogisk/sosialfaglig utdanning	1
	Annen utdanning	2
	Ufaglært	1
Evaluering	Ikke evaluert	

Instans	Sarpsborg kommune - helse og sosial
Målgruppe	Barn av klienter som går i kommunens ettervernstilbud, som er et oppfølgingstilbud etter behandling.
Innhold	Foreldre og barn er sammen uavhengig av alder.
Organisering	Gruppe/familiebasert.
Rekruttering	Ikke besvart
Faglig begrunnelse	Gi barna og foreldrene gode opplevelser som de er sammen om.
Faglig/teoretisk forankring	Systemisk familie –nettverksintervensjon.
Utdanning	Ikke besvart
Evaluering	Ikke evaluert

8.2 Behandlingstiltak for rusmiddelproblemer

Instans	Alfa i Vestfold	
Målgruppe	Fra 15 år. 13-15 år vurderes individuelt.	
Innhold	Deltar i familieuke.	
Organisering	Familiebasert, grupper og individuell terapi. En ukes varighet - mandag til fredag - intensivt program. To års ettervern/oppfølging.	
Rekruttering	Kommer i familieuke i forbindelse med at en i familien er i behandling.	
Faglig begrunnelse	Lære hva det å leve med en eller flere rusmiddelavhengige i familien gjør med oss. Åpenhet om skyld- og skamfølelser - snu fokus. Lære å sette grenser for egen del. Hva er medavhengighet og hvilke destruktive elementer følger med - hva gjør vi med det?	
Faglig/teoretisk forankring	12-trinns modellen	
Livssyns-/verdimessig forankring	Livssynsnøytralt	
Utdanning	Lege/psykolog	2
	Annen helseutdanning	1
	Pedagogisk/sosialfaglig utdanning	0
	Annen utdanning	5
	Ufaglært	2
Evaluering	Evaluert som en del av vårt helhetlige tilbud, ikke spesifikt.	

Instans	Incognito Klinikk, Oslo	
Målgruppe	Barn under 18 år hvor en eller begge av foreldrene har et rusmiddelmissbruk.	
Innhold	Ikke besvart.	
Organisering	Familieteam (samling for foreldre og barn). Individualsamtaler hvor barna møter alene.	
Rekruttering	Via foreldrene som er til behandling ved klinikken.	
Faglig begrunnelse	Kunnskap om hvordan rusmiddelmissbruk hos foreldre virker inn på barna.	
Faglig/teoretisk forankring	Generell kunnskap/erfaring.	
Livssyns-/verdimessig forankring	Nøytral	
Utdanning	Lege/psykolog	6
	Annen helseutdanning	7
	Pedagogisk/sosialfaglig utdanning	3
	Annen utdanning	0
	Ufaglært	1
Evaluerings	Ikke evaluert.	

Instans	Klinikk Nord	
Målgruppe	Barn 8-18 år.	
Innhold	Forelesninger og filmer om rus, og samtalegrupper om følelser som kommer i kjølevannet av at mamma eller pappa er rusmiddelavhengig.	
Organisering	Familiebasert gruppe.	
Rekruttering	Den rusmiddelavhengige oppgir sine familiemedlemmer og hvor mange barn han/hun har. Disse blir kontaktet av Klinikk Nord som står for invitasjon hit. De blir tilbudt et eget "familiehjem" og alle har voksne med, ofte mor eller far, avhengig av hvem som er i behandling.	
Faglig begrunnelse	Gi familiemedlemmer (ektefelle/samboer og barna) mest mulig informasjon om rus og la dem få muligheten til å uttrykke hvordan det er å være dem. Vi vet at 50 % av alle barn av rusmiddelavhengige blir rusmiddelavhengige selv, hvis man ikke får denne informasjonen.	
Faglig/teoretisk forankring	Klinikk Nord er en rusklinikk som benytter seg av "Minnesotamodellen", og her inngår familieuker som en del av behandlingen. Den terapeutiske virksomhet er det tidligere rusmiddelavhengige som tar seg av. Familieterapeut er ansvarlig for familieukene..	
Livssyns-/verdimessig forankring	AA/Minnesotamodellen	
Utdanning	Lege/psykolog	1
	Annen helseutdanning	0
	Pedagogisk/sosialfaglig utdanning	0
	Annen utdanning	0
	Ufaglært	1
Evaluering	Gang på gang i flere år av Fylkesmannens familie- og sosialavdeling." Fordi vi har gode resultater å vise til, både blant rusmiddelavhengige og pårørende, har vi i dag en avtale med Helse Nord".	

Instans	Lade behandlingssenter, Trøndelag
---------	--

Målgruppe	10-15 år (+/-). Trøndelag (Sør og Nord). Barn av foreldre med alle slags former for rusmiddelproblemer.	
Innhold	Tilbudet består av samtale, rollespill og andre tilnærminger til temaet rus. Undervisning om rus, fokus på egne følelser.	
Organisering	Gruppetilbud til barn 10-13 år og 13-15 år. Mer samtaleorientert til de eldre barna. Gruppene samles en gang i uken, 23 ganger. Faste samarbeidsmøter med fedre og samarbeidsinstanser.	
Rekruttering	Barna rekrutteres fra institusjonen (foreldre som går i behandling for rusmiddelproblemer). I tillegg fra førstelinjetjeneste, andre etater, samt at foreldre kan ta kontakt selv.	
Faglig begrunnelse	Forebyggende tiltak.	
Faglig/teoretisk forankring	Inspirert av Redd barna, Sverige. Gruppetilbud til barn av foreldre med alkoholproblemer. I tillegg FN barnekonvensjon, traumebehandling. Vi tenker på barns eksponering for foreldrenes rusmiddelproblemer som et <i>tabuisert traume</i> .	
Livssyns-/verdimessig forankring	Ikke besvart	
Utdanning	Lege/psykolog	1
	Annen helseutdanning	1
	Pedagogisk/sosialfaglig utdanning	0
	Annen utdanning	0
	Ufaglært	1
Evaluerings	Ikke evaluert	

Instans	Psykiatrisk ungdomsteam Lillestrøm
Målgruppe	0-23 år. Barn av foreldre med psykiske vansker og/eller rusmiddelproblemer.
Innhold	Første samtale med pasienten: Barn og omsorg kartlegges. Senere samtaler: Inkluderer tema barn i samtalen og kartlegger.
Organisering	Tilbudet er under oppstart/utvikling.
Rekruttering	
Faglig begrunnelse	
Faglig/teoretisk forankring	
Utdanning	
Evaluering	

Instans	Psykiatrisk ungdomsteam Molde	
Målgruppe	Barn i alderen 8 - 12 år.	
Innhold	Gruppetilbud for å hjelpe barn til å sette ord, følelser og handling på en strevsom hverdag.	
Organisering	Gruppebasert tilbud, samling en gang i uka. Programmet går over åtte samlinger for barna sammenhengende og en gjensynsamling uten barna. Dette er et identisk tilbud med det såkalte "BAPP-prosjektet" (vi har veiledning derfra) ved Levanger sykehus.	
Rekruttering	Det er kommunen som rekrutterer barna ut fra lokal kunnskap om behov.	
Faglig begrunnelse	Tilbudet gis til barn som enten har psykiske syke foreldre eller foreldre med rusmiddelproblemer. Dette fordi vi vet at om lag 30 % av barna med slik bakgrunn selv utvikler vansker i voksen alder.	
Faglig/teoretisk forankring	Psykoedukativ metode etter nederlandsk modell.	
Livssyns-/verdimessig forankring	Livssynsnøytralt.	
Utdanning	Lege/psykolog	0
	Annen helseutdanning	1
	Pedagogisk/sosialfaglig utdanning	1
	Annen utdanning	0
	Ufaglært	1
Evaluering	Ikke besvart	

Instans	Psykiatrisk Ungdomsteam Skien	
Målgruppe	Ungdom 15-30 år med rusmiddelrelatert problematikk, inkludert pårørende/barn av rusmiddelavhengige samt voksne pårørende.	
Innhold	Tilbudet er et poliklinisk tilbud på et vanlig PPS og er begrenset av de rammene det setter. Tilbudet forsøkes tilpasset pasientens alder og modenhetsnivå.	
Organisering	Tilbudet kan gis både individuelt og familiebasert, ca 1-2 timer om uken, så lenge behovet er til stede. Vi har tidligere forsøkt med grupper, men det lyktes ikke noe særlig.	
Rekruttering	Barna/de unge rekrutteres som regel via barnevern, skole, helsesøster, helsestasjon for ungdom, pårørende, fastlege. Henvisende instanser: Fastlege, sykehus, leder av barnevern, sosialtjeneste.	
Faglig begrunnelse	Det å vokse opp i et hjem med rusproblematikk gir mange spesifikke problemer som man best får hjelp til i et tiltak der man har spisskompetanse på rus. I tillegg er disse barna i høy risiko for selv å utvikle rusmiddelproblemer. Det er vår erfaring at vi hjelper best ved tidlig intervensjon.	
Faglig/teoretisk forankring	Vi anvender relevante anerkjente metoder og har ikke noen spesifikk teoretisk forankring. Vi kan noe om individualterapi og parsamtaler, i tillegg til at vi anvender relevante utredningsverktøy.	
Livssyns-/verdimessig forankring	Nøytralt	
Utdanning	Lege/psykolog	3
	Annen helseutdanning	1
	Pedagogisk/sosialfaglig utdanning	3
	Annen utdanning	0
	Ufaglært	1
Evaluering	1999. Statens Helsetilsyn - utredningsserie 11 - 2000. PUT Skien var ett av de tiltak som inngikk i undersøkelsen.	

Instans	Regnbueprogrammet – A-klinikken Kristiansand
---------	---

Målgruppe	<ol style="list-style-type: none"> 1. "De kjente barna" 8-18 år. Inntakskriterium: En person barnet er følelsesmessig knyttet til har rusmiddelproblem. Geografisk tilhørighet primært Agder fylkene, men tar imot barn uavhengig av bosted om praktisk gjennomførbart. 2. "De ukjente barna" 8-18 år. Ingen geografisk avgrensning, men i realiteten hovedsakelig Agderfylkene. 3. Kunnskapsformidling og opplæring av 1. og 2. linjetjenesten.
Innhold	<p>Tilbud kjente barn: Individualsamtaler og gruppebehandling.</p> <p>Tilbud ukjente barn: Materiell til bruk i skole og barnehage.</p>
Organisering	<p>Individuelt arbeid med barn kan være fra en samtale til kontakt hver annen – tredje uke over ett år. Det skjer oftere nå at barn selv tar kontakt på ny etter noe tid. Familie/nettverk inviteres med underveis der det er ønskelig. Gruppe; diverse struktur opp i gjennom, nå oftest 10 gruppesamlinger ukentlig a 1,5 time med oppfølgingsmøter etter ca tre måneder.</p>
Rekruttering	<p>Ca 50 % kommer hit gjennom familie/pårørende. De resterende gjennom helsesøstre, lærere, barnevern, leger etc. Barna henvises av fastlege.</p>
Faglig begrunnelse	<p>Hovedmål: Utvikle modeller for forebygging av livsproblemer som barn utvikler på grunn av sine foreldres kjemiske avhengighet.</p> <p><u>Undermål I:</u> Programmet skal drive kompetanseutvikling og kompetanseformidling innen arbeid med barn av kjemisk avhengige.</p> <p>Delmål 1: Produksjon/distribusjon av skriftlig materiale.</p> <p>Delmål 2: Arrangere relevante kurs/seminarer for (a) offentlige instanser på kommunalt eller fylkeskommunalt nivå som forholder seg profesjonelt til barn av kjemisk avhengige med den hensikt å arbeide for at disse blir tilbudt direkte hjelp med sine</p>

	<p>problemer. Slik hjelp kan enten være forebygging, diagnostikk eller behandling. Eksempler på slike instanser er sosialkontor, PPT, BUP, skoler etc. (b) primærfamilie og øvrige nettverk, dvs. biologiske foreldre, fosterforeldre, barnehjemspersonale eller øvrige personer som har daglig omsorg for barnet, er barnets primære omsorgsgivere. Øvrige nettverk betyr i denne sammenheng personer som står i kontakt med barna og har behov for kunnskap om fagfeltet (øvrig familie, fritidsledere, besøkshjem, venner, naboer, etc.)</p> <p>Delmål 3: Arbeide for at videreutdanningstilbudene innen rusomsorg også gir kompetanse i arbeid med barna av kjemisk avhengige.</p> <p><u>Undermål II:</u> Å utvikle modeller for terapeutisk og forebyggende arbeid i forhold til barn av kjemisk avhengige.</p> <p>Delmål 1: Informere om hvordan hemmeligheten rundt kjemisk avhengighet kan avdekkes slik at barn kan få hjelp så tidlig som mulig.</p> <p>Delmål 2: Planlegge og prøve ut terapeutisk arbeid med barn av kjemisk avhengige.</p> <p>Delmål 3: Prøve ut ulike samarbeidsformer med andre instanser som forholder seg til barna.</p> <p>Delmål 4: Arbeide for opprettelse av oppfølgingstilbud for barn som en videreføring av påbegynt arbeid innen Regnbueprogrammet.</p>
Faglig/teoretisk forankring	Behandlingen er i hovedsak forankret i kunnskap om rus og dens konsekvenser for familien, barns psykologiske utvikling og traumebehandling.
Utdanning	Ikke besvart

Finansiering	Refusjon rikstrygdeverket for det kliniske arbeidet (50 %), ARA dekker det resterende over sitt budsjett.
Evaluering	Er blitt vurdert, men altfor dårlig. <ol style="list-style-type: none">1. Etter prosjektperioden 1990-95.2. Prosjekt av sosionomstudenter med evaluering av skolens bruk av Regnbuegrupper, rapport foreligger.

Instans	Rogaland A-senter
Målgruppe	Alle barn fra 3-18 år som lever i familier med foreldre som har rusmiddelproblemer kan i prinsippet få et tilbud, fortrinnsvis sammen med en eller begge foreldrene eller en annen omsorgsperson. Ved samtykke fra foresatte kan de gis tilbud alene. Gir også tilbud til barn som ikke lenger bor sammen med eller har kontakt med den av foreldrene som ruser seg. Barna kommer fortrinnsvis fra midtsektoren i fylket, men kan også komme fra sørsektor.
Innhold	Tilbudet er individuelt tilpasset etter alder og problematikk, slik at vi bruker mer nonverbale metoder (bruk av tegnesaker og diverse leker) når barna er små. Vi benytter hånd- og fingerdukker, og en tryllestav som er spesielt knyttet opp til løsningsorientert tilnærming. Vi bruker også familieegenogram og sosiogram for å danne oss et bilde av barnets viktige relasjoner. De ulike metodene benyttes for i størst mulig grad å kunne nå fram til barna på deres nivå.
Organisering	Familiebasert med individualsamtaler når det vurderes hensiktsmessig for barnet. Hyppighet varierer med den enkelte sak, som oftest en til tre samtaler over en tidsperiode på en til tre måneder. Vi har tidligere hatt tilbud i form av barne- og ungdomsgrupper, men ikke de siste årene og ikke i 2004.
Rekruttering	Barna rekrutteres via foreldrene, via barneverntjenesten, videregående skole, helsesøstre og fra andre behandlere på Rogaland A-senter.
Faglig begrunnelse	Ut fra vår kjennskap til hvordan barn belastes i familier med rusproblematikk og vårt spesielle ansvar for dette fagområdet, ønsker vi å bidra til å avhjelpe disse problemene ved å bryte tabuene, gyldiggjøre barnas opplevelser og gi dem en stemme som blir tatt på alvor. Vi ønsker dermed å motvirke senskader i form av alvorlige psykiske og sosiale problemer, samt ulike former for psykosomatiske og somatiske problemer.

Faglig/teoretisk forankring	Familieterapeutisk tilnærming, systemisk, løsningsorientert og narrativ metode, med kunnskap om utviklingspsykologi som et grunnlag for å skjønne barnas utviklingsmessige behov.	
Livssyns-/verdimessig forankring	Rogaland A-senter er eiet av Kirkens bymisjon og er en diakonal institusjon tilknyttet den norske kirke. De konkrete verdiene er fellesverdier som også gjenkjennes innenfor en humanistisk livsfortolkning og de enkelte fagprofesjoners yrkesetikk.	
Utdanning	Lege/psykolog	3
	Annen helseutdanning	2
	Pedagogisk/sosialfaglig utdanning	8
	Annen utdanning	0
	Ufaglært	1
Evaluering	Ikke systematisk, men 1/2 årig evaluering på avdelingsnivå av hele vårt polikliniske tilbud, inklusive tilbudet for barna. Det foreligger ingen evalueringsrapport.	

Instans	Samtun	
Målgruppe	Barna til våre pasienter.	
Innhold	Barnehelger der barna kommer og bor sammen med sine foreldre på Samtun. Hver enkelt forelder lager en plan for helgen/samværet der de legger inn aktiviteter, måltider med mer. Vi veileder foreldrene og går gjennom planer for helgen med dem, - og vi evaluerer helgen.	
Organisering	Samtun er et hierarkisk strukturert terapeutisk samfunn. I barnehelgene er foreldrene ute av strukturen og legger individuelle opplegg med sine barn. De forholder seg til resten av gruppen ved at de spiser måltider og gjør enkeltaktiviteter sammen med fellesskapet. Barnehelgansvarlig er alltid til stede i barnehelgene.	
Rekruttering	Pasientenes barn. Skriftlig samværsavtale mellom foreldrene skal foreligge.	
Faglig begrunnelse	Opprettholder og styrker kontakten mellom pasientene, som er foreldre, og deres barn i en rusfri kontekst. Skape en ramme som er trygg og forutsigbar for barna. Øke foreldrekompetanse ved å gi veiledning, planlegge og evaluere samværene.	
Faglig/teoretisk forankring	Terapeutisk samfunn for rusmiddelavhengige. Et helhetlig program der elementene er miljøterapi, gruppeterapi, sosial trening, familiearbeid og fritidsaktiviteter.	
Livssyns-/verdimessig forankring	Livssynsnøytralt.	
Utdanning	Lege/psykolog	0
	Annen helseutdanning	3
	Pedagogisk/sosialfaglig utdanning	7
	Annen utdanning	0
	Ufaglært	0
Evaluering	Tiltaket har vært vurdert fortløpende i årene det har eksistert.	

Instans	Sigma Nord	
Målgruppe	Barn fra 13 år og oppover, som har foreldre eller andre omsorgspersoner i behandling ved klinikken.	
Innhold	Gruppeterapi sammen med andre pårørende av rusmiddelmisbrukere i alle aldre. Klinikken ønsker å skape en trygg arena der barna kan akseptere og gi uttrykk for sine følelser, samt dele sine opplevelser med andre med erfaringer lik deres egne. Det gis også tilbud om individuelle samtaler ved behov.	
Organisering	Familieuker organisert i grupper med varighet fra mandag morgen til og med fredag.	
Rekruttering	I samarbeid med pasientene inviterer vi barn i familien.	
Faglig begrunnelse	Målet er at barna skal få en reell mulighet til å bearbeide egne erfaringer og følelser som er oppstått som et resultat av at de står i en nær relasjon til en rusmiddelmisbruker.	
Faglig/teoretisk forankring	Ikke besvart.	
Livssyns-/verdimessig forankring	Livssynsnøytralt.	
Utdanning	Lege/psykolog	2
	Annen helseutdanning	3
	Pedagogisk/sosialfaglig utdanning	1
	Annen utdanning	2
	Ufaglært	1
Evaluerings	Barna fyller ut evalueringsskjema etter endt uke.	

Instans	Sosialmedisinsk poliklinikk, Fredrikstad	
Målgruppe	Ungdom som har rusmiddelmisbrukende foreldre.	
Innhold	Ikke besvart.	
Organisering	Individuelt. Varighet etter behov.	
Rekruttering	Ungdommer tas inn som en del av poliklinikkens pårørende-tilbud. Henvisning kommer som oftest via Barneverntjenesten.	
Faglig begrunnelse	Ikke besvart.	
Faglig/teoretisk forankring	Ikke besvart.	
Livssyns-/verdimessig forankring	Livssynsnøytralt.	
Utdanning	Lege/psykolog	3
	Annen helseutdanning	1
	Pedagogisk/sosialfaglig utdanning	1
	Annen utdanning	0
	Ufaglært	2
Evaluering	Ikke evaluert.	

Instans	Stiftelsen ValdresKlinikken
Målgruppe	Barn 12 år og eldre som har foreldre i behandling ved ValdresKlinikken. I aldersgruppen 12 til 15 år kan de bare delta sammen med andre nære voksne som eldre søsken, den av foreldrene som ikke er i behandling, eller øvrig nær familie. Unntaksvis tas yngre barn imot, for eksempel etter avtale med barneverntjenesten.
Innhold	<p>Terapeuter innleder om hovedtema som avhengighet (hva skjer med den avhengige etter hvert som rusen tar mer og mer over), og hva som kan skje med familien (medavhengighet; hvordan familiens fysiske og psykiske helse kan bli berørt). Vi tar opp følelser som for eksempel skam, sinne, frykt, skyldfølelse, følelse av ansvar og maktesløshet. Vi tar også opp sosiale og økonomiske problemer, og at rusproblemer kan "gå i arv" til neste generasjon. Tvangsmessig atferd rundt for eksempel mat er også tema.</p> <p>Film benyttes for å belyse tema, blant annet filmen "Jeg kan ikke kalle mamma for en fyllik". Deltakerne tar opp spørsmål de har, og de arbeider skriftlig og muntlig med spørsmål knyttet til temaene. Det legges vekt på at barna og de voksne deltakerne skal få mulighet til å snakke om hvordan de har det og hva de har opplevd, og lytte til andre som har lignende erfaringer.</p> <p>Barnet og den innlagte pasienten har en times samtale med terapeut til stede.</p> <p>I aldersgruppen 12 år (eller unntaksvis yngre) til ca 15 år tilpasses opplegget individuelt avhengig av modenhet og barnets aktuelle situasjon. Barnet kan for eksempel få mer individuell oppfølging av terapeut mens resten av gruppa arbeider selvstendig eller med annen terapeut. Tegning benyttes i tillegg eller i stedet for skriftlig beskrivelse av egen situasjon.</p>
Organisering	Barnet deltar i en gruppe på 8 - 16 deltakere, hvorav

	<p>de fleste er 18 år eller eldre. De har det til felles at de er familie til en person (far, mor, sønn, datter, søsken) som er innlagt ved klinikken. Tilbudets varighet er 5 døgn sammenhengende som et engangstilbud. Eventuelt videre oppfølging skjer på hjemsted.</p> <p>Det arbeides med oppgaver individuelt og i smågrupper med en til to andre gruppedeltakere.</p>
Rekruttering	Innlagt voksen pasient avgjør om eventuelle barn skal få invitasjon. Det samarbeides også nært med den av foreldrene som ikke er i behandling. Hvis barnet selv ønsker det får det så delta i familiebehandling. I noen få tilfeller har barnevernet henvist et barn som ellers ikke ville blitt invitert på grunn av for eksempel lavere alder enn 12 år.
Faglig begrunnelse	<p>Familieperspektivet i klinikkens behandling av rusmiddelavhengige står sentralt da rusmiddelavhengighet også påvirker personene rundt den avhengige, særlig den nærmeste familie.</p> <p>Hovedmålsettingen er derfor at familien/barna skal få innsikt i hvordan rusmiddelavhengigheten har påvirket pasientens og deres eget liv. De skal lære noe om hva som er deres ansvar i situasjonen og hva som ikke er det. Gjennom det skal de settes i stand til å sette grenser og samarbeide på en god måte. De skal få innsikt som gjør det mulig å gjøre valg for seg selv som ivaretar dem best mulig om pasienten fortsetter å ruse seg etter behandling. De skal få råd og konkret informasjon om hvor de kan få støtte og behandling for egne problemer av helsemessig eller annen art.</p>
Faglig/teoretisk forankring	Tilbudet er forankret i Al-Anons 12-trinnsprogram som er utviklet av Anonyme Alkoholikere. Det er i tillegg basert på moderne gruppeterapeutiske prinsipper.
Livssyns-/verdimessig forankring	Tilbudet er ikke livssyns- eller religiøst forankret.

Utdanning	Lege/psykolog	0
	Annen helseutdanning	1
	Pedagogisk/sosialfaglig utdanning	0
	Annen utdanning	1
	Ufaglært	0
Evaluering	Ikke evaluert.	

Instans	Søndre Vestfold DPS, Ruspoliklinikk	
Målgruppe	(14) 15 år og oppover.	
Innhold	Individuelt tilbud.	
Organisering	Individuelt. Noe familiebasert. Varighet vurderes fra sak til sak.	
Rekruttering	Henvisende instans er: Fastlege, barneverntjeneste, sosialtjeneste, sykehus.	
Faglig begrunnelse	At barn av rusmiddelmissbrukere er i faresonen for å utvikle egne rusproblemer, og at de sliter med psykiske plager.	
Faglig/teoretisk forankring	Familieperspektiv.	
Livssyns-/verdimessig forankring	Ikke besvart	
Utdanning	Lege/psykolog	4
	Annen helseutdanning	0
	Pedagogisk/sosialfaglig utdanning	4
	Annen utdanning	2
	Ufaglært	1
Evaluerings	Ikke evaluert.	

Instans	ØstfoldKlinikken
Målgruppe	Barn av voksne med rusmiddelproblemer.
Innhold	<p>Familieterapeutisk tilbud. Før barna blir invitert, utreder vi i hvilken grad foreldrene har fokus på barna og deres behov. Vi jobber med bevisstgjøring rundt rusens påvirkninger på barna. Vi har alltid samtale med foreldrene alene om hva de ønsker med samtalen med barna, og de får informasjon om hvordan vi tenker at samtalen bør gjennomføres.</p> <p>I samtalen bruker vi mye tid på å bli kjent med barna. Videre gjennomføres den planlagte samtalen hvor vi samtaler i hovedsak med foreldrene. Dette med tanke på at foreldrene er omsorgspersonene og viktige for barna. Barna blir gitt mulighet til å delta eller ikke, avhengig av hva de selv ønsker. Samtalene tar utgangspunkt i barnets alder. Vi har også skrevet brev til barna etter endt samtale.</p>
Organisering	Familiebasert. Varighet og hyppighet etter behov.
Rekruttering	Rekrutteringen av barna skjer gjennom foreldrene som er innlagt ved vår institusjon.
Faglig begrunnelse	Vi har jobbet med utvikling av familietilbudet spesielt med fokus på barn, på bakgrunn av den kunnskapen og erfaringen vi har når det gjelder rusens påvirkninger på omgivelsene og da spesielt i forhold til barn. Vi opplever ofte å møte voksne barn av rusmiddelbrukere med og uten rusproblem. Vi har også erfaringer fra foreldre som bærer på mye skyld og skam når det gjelder dette og som har hatt et sterkt ønske om å snakke med sine barn om rusproblemet.
Faglig/teoretisk forankring	<p>Familieterapeutisk teori og fagkunnskap om rus, om barns utvikling og om barn og rus.</p> <p>Vi forstår rusmiddelmisbruk ut fra et folkehelseperspektiv, og betrakter misbruk av rusmidler som enkeltmenneskers uhensiktsmessige forsøk på å tilpasse seg sin følelsesmessige og sosiale virkelighet. Vi forstår utviklingen av</p>

	rusmiddelmissbruk som resultat av et samspill mellom utviklingshistorie og aktuelle livsbetingelser, der både psykologiske, sosiale og biologiske faktorer virker inn. Videre betrakter vi rusmiddelmissbruk som et fenomen som må sees i den sammenheng det forekommer i. Følgelig forstår vi rusmiddelmissbruk som en vesentlig faktor i samspillet mellom misbruker og omgivelsene.
Livssyns- /verdimessig forankring	Livssynsnøytralt.
Utdanning	Ikke besvart
Evaluerings	Vi har evaluert samtalen underveis, med hensyn til <ul style="list-style-type: none"> - Foreldrenes opplevelse av samtalen - Hvordan de tror barna har opplevd samtalen - Endringer hos barna - Endringer i relasjonen mellom foreldrene og barna

Institusjoner som tar inn barn sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer

I forbindelse med delprosjekt 1 besvarte disse institusjonene et annet spørreskjema enn det som ble anvendt i delprosjekt 2. Tiltakene er nærmere omtalt i rapporten fra delprosjekt 1.

- Borgestadklinikken
- Familieenheten Hov
- Lade behandlingssenter
- Origosenteret
- Riisby behandlingssenter
- Tromsklinikken
- Veksthuset Molde
- Østerbo evangeliesenter

8.3 Psykisk helsevern (utenom rusfeltet)

Instans	Fekjær psykiatriske senter, Hedalen	
Målgruppe	Barn av foreldre som er innlagt med rusmiddelproblemer og/eller psykiske lidelser.	
Innhold	<p>Pasienter med barn får tilbud om å følge opp kontakten med barna ved at de kommer på besøk på institusjonen. Besøk kan finne sted regelmessig, avhengig av hva som er formålstjenelig for den enkelte.</p> <p>Vi arrangerer familiesamtaler mellom forelder og barn, eller med hele familien.</p> <p>Vi har også muligheter for familiebehandling med innleggelse av hele familier.</p>	
Organisering	Tilbudet er familiebasert eller basert på behandlingen til inneliggende forelder. Hyppighet og varighet tilpasses i forhold til hva som er formålstjenelig for den enkelte.	
Rekruttering	Barna rekrutteres dersom dette er noe forelderen har som mål og ønsker å jobbe med.	
Faglig begrunnelse	<ul style="list-style-type: none"> - Det er viktig for pasienten å fortsette kontakten med omverden. - La barna få vite hvordan foreldre som er innlagt har det. - Ta tak i dårlig kommunikasjon/relasjoner (dårlig fungering i familien), for å tilrettelegge for bedre dialog fremover. 	
Faglig/teoretisk forankring	Ikke besvart.	
Utdanning	Lege/psykolog	3
	Annen helseutdanning	16
	Pedagogisk/sosialfaglig utdanning	4
	Annen utdanning	3
	Ufaglært	1
Evaluering	Ikke evaluert.	

Instans	BUP Nydalen (Ullevål sykehus)	
Målgruppe	Barn/ungdom i Oslo, 8-12 år og 13-15 år.	
Innhold	Innholdet tilpasses alder, men har samme tenkning og ramme.	
Organisering	Tilbudet er barnegrupper eller ungdomsgruppe. Det går ukentlig over 15-20 ganger á 1 1/2 time.	
Rekruttering	Barnet blir rekruttert fra sosiallærer, helsesøster, fastlege, ruspoliklinikk etc. Eller fra vår egen poliklinikk.	
Faglig begrunnelse	Forskning viser at det barna og de unge synes er viktigst ved å komme i en slik gruppe er at de treffer andre barn som har gjort noen av de samme erfaringene som dem selv. Vi vet at de fleste barn i rusmiddelmisbrukerfamilier bruker mye krefter på å hjelpe mor eller far til å skjule rusmiddelmisbruket. De lever ofte under et sterkt press om ikke å røpe situasjonen hjemme. Det er derfor vanskelig å rekruttere barn til slike gruppetilbud som lever i familier med rus. Oftest får vi ikke hjulpet barna før foreldre har erkjent sitt misbruk og har søkt hjelp for det. Vi arbeider for at barn skal få lov til å være opptatt av seg selv, lære om sine gode egenskaper, få mer selvtillit etc. etc.	
Faglig/teoretisk forankring	Vi bruker en modell fra Redda barnen i Sverige og fra Kellan, som også er et kompetansesenter for barn av psykisk syke foreldre. Modellen er psykodynamisk forankret med bruk av kognitive og pedagogiske teknikker, lek, rollespill, faste ritualer etc.	
Utdanning	Lege/psykolog	1
	Annen helseutdanning	
	Pedagogisk/sosialfaglig utdanning	2
	Annen utdanning	1
	Ufaglært	1
Evaluering	Tiltaket har ikke vært evaluert systematisk. Undertegnede har vært spesielt opptatt av denne gruppen barn og har publisert artikler.	

8.4 Frivillige/ideelle tiltak

Instans	Familieklubbene i Norge	
Målgruppe	Familier med alkohol- og/eller andre rusproblemer.	
Innhold	Familieklubb. Sitter i ring, alle sier noe om sin egen situasjon, spesielt siste uke og uken som ligger foran.	
Organisering	Samme sted – samme tid - samme dag - halvannen time. Ansvar for ledelse av møtet og referatskriving går på omgang. Barna blir invitert til å si noe - alt etter alder og modning.	
Rekruttering	Ved henvendelse blir alle familiemedlemmer invitert. Foreldrene avgjør om barna skal være med. Henvisning kan komme fra lege, sosialkontor, familievernkontor og lignende, men privatpersoner kan også ta kontakt direkte.	
Faglig begrunnelse	Rusproblemer angår alle i en familie - særlig barna.	
Faglig/teoretisk forankring	Et rusmiddelproblem er et allmennmenneskelig problem. Det er ikke en sykdom, men et livsrelatert problem.	
Utdanning	Lege/psykolog	
	Annen helseutdanning	1 (lønnet)
	Pedagogisk/sosialfaglig utdanning	1 (lønnet)
	Annen utdanning	
	Ufaglært	1 (lønnet)
Finansiering	Ikke besvart	
Evaluering	Diakonhjemmet utarbeider rapport	

Instans	Arbeidernes Edruskapsforbund	
Målgruppe	Barn og unge som lever i en familie hvor det foregår rusmiddelmisbruk	
Innhold	<p>Kurs hvor man får mulighet til å:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lære om avhengighet av alkohol og narkotika - Møte andre som har det på samme måte som en selv - Få vite mer om hvordan rusmiddelmisbruk påvirker hele familien - Akseptere egne følelser og prioritere egne behov - Lære om hvordan få bedre selvfølelse, ta vare på seg selv, sette grenser, stole på seg selv og sine meninger <p>Innholdet i det enkelte kurs tilpasses deltakernes ønsker og behov.</p>	
Organisering	Aldersspesifikke samtalegrupper ledet av to ledere.	
Rekruttering	<p>Det er en utfordring å få tak i de ukjente barna. Vi bruker nettstedet www.barnogunge.no, som vi planlegger å videreutvikle i 2007. Har sendt ut flyere og plakater til alle barne- og ungdomsskoler i Oslo, og planlegger det samme i resten av landet. Grupper starter når det er nok deltakere i et distrikt som har gruppeledere tilgjengelig.</p> <p>To grupper er forsøkt startet opp, men uten å lykkes. Mer informasjon er nødvendig, samt muligens andre tiltak for å klare å samle de interesserte til gruppe.</p>	
Faglig begrunnelse	Vi ser at det er så mange barn som lider på grunn av foreldres rusmiddelmisbruk, og så lite tilbud om hjelp til dem.	
Faglig/teoretisk forankring	Følger samme opplegg som i Regnbueprosjektet.	
Utdanning	Lege/psykolog	
	Annen helseutdanning	
	Pedagogisk/sosialfaglig utdanning	1
	Annen utdanning	1
	Ufaglært (frivillige/ulønnede) ¹	16
Finansiering	Prosjektbasert, avhengig av offentlig støtte for ett år av gangen.	

Evaluering	Har ennå ikke erfaring – nytt tiltak.
------------	---------------------------------------

¹Gruppeledere har opplæring fra Regnbueprogrammet

Instans	Wandasenteret
Målgruppe	Barn og unge som vokser opp med rusproblemer i familien. Også voksne som har hatt eller har denne typen problematikk tar kontakt. I tillegg er vi også åpne for fagfolk, studenter, barns pårørende/nettverk og andre som ønsker informasjon og råd. Tilbudet er landsdekkende. Antall barn/unge i tiltaket i 2004: 204.
Innhold	Wandasenteret tilbyr kontakt via telefon, besøk eller e-post. De som tar kontakt kan velge å være anonyme, og bestemmer selv hva de vil snakke om og når. Vår hovedoppgave er å være medmennesker, ikke terapeuter. Vi skal lytte, trøste og støtte, og kunne bidra med å finne mulige støttepersoner i brukerens nærhet, dersom vedkommende ønsker det
Organisering	Wandasenteret drives av frivillige, med noe økonomisk støtte fra det offentlige. Vi har i 2005 åpent 6 dager i uka på kveldstid, hvor brukerne kan ta kontakt.
Rekruttering	Markedsføring av tilbudet gjennom besøk/foredrag i skoler og på andre arenaer, stands, plakater/visittkort, avisannonser/reportasjer og via andre hjelpeinstanser (helsesøster, lærer, andre hjelpetelefoner osv). Vi mottar ikke henvisninger, de berørte kan selv ta direkte kontakt.
Faglig begrunnelse	Tanken med Wandasenteret er å bidra til å spre informasjon om barn og unges situasjon når de vokser opp med rusproblematikk tett innpå livet. Vi skal være et medmenneske de kan snakke med, en skulder å gråte mot, og et pusterom i en vanskelig og slitsom hverdag. For noen er Wandasenteret et sted å begynne for å finne ut hvor de kan få hjelp - en slags veiviser i systemet.
Faglig/teoretisk forankring	Ikke besvart

Utdanning	Lege/psykolog	
	Annen helseutdanning	
	Pedagogisk/sosialfaglig utdanning	1 (lønnet)
	Annen utdanning	1 (ulønnet)
	Ufaglært	11 (ulønnet)
Finansiering	Bodø kommune – 50 % (til husleie) Departementet – 40 % Annen finansiering – 10 %	
Evaluering	Evaluert av daglig leder i 2005, på oppdrag fra Bodø kommune. Rapporten gir en beskrivelse av tiltaket, det presenteres statistikk over aktiviteten i 2004, og det konkluderes med at tilbudet er viktig for de barn og unge som kontakter senteret.	

Instans	Alateen	
Målgruppe	Tenåringer som føler at de er berørt av andres alkoholproblemer. Antall barn/unge i tiltaket i 2004: Ikke oppgitt.	
Innhold	Medlemmene deler erfaring, styrke og håp. Går gjennom et program bestående av 12 Trinn.	
Organisering	Gruppebasert. Ukentlig, ca 1-2 timer.	
Rekruttering	Rekrutteres gjennom: Andre pårørende. Rådgivere/lærere. Helsepersonell. Anonyme alkoholikere. Nettsider.	
Faglig begrunnelse	Formålserklæring for Alateen: Alateen, som tilhører Al-Anon Familiegrupper, er et fellesskap av unge mennesker som er berørt av at et familiemedlem eller en nær venn drikker. Selv om vi ikke kan forandre eller kontrollere andre, kan vi ta avstand fra deres problemer samtidig som vi fremdeles er glad i dem. Vi diskuterer ikke religion. Vi engasjerer oss heller ikke i utenforstående organisasjoners saker. Vårt eneste mål er å finne en løsning på våre problemer.	
Faglig/teoretisk forankring	Vi tror at alkoholisme er en familiesykdom, fordi den berører hele familien følelsesmessig og også noen ganger fysisk. Ved hjelp av Al-Anons 12 Trinn begynner vi å vokse; mentalt, følelsesmessig og åndelig. Vi vil alltid være takknemlige og glade for det gode og sunne programmet Alateen tilbyr oss å leve etter.	
Utdanning	Lege/psykolog Annen helseutdanning Pedagogisk/sosialfaglig utdanning Annen utdanning Ufaglært	Ingen bemanning, kun frivillige gruppeveiledere
Finansiering	Frivillige bidrag fra medlemmene	
Evaluering	Ikke evaluert	

Referanser

- Alin-Åkerman, B. & Nordberg, L. (1980). *Griffiths Utvæklingskælor I og II*. Stockholm: Psykologiforlaget.
- Arnell, A. & Ekblom, I (1991). *Når mamma og pappa dricker. En handbok om ått arbeta i grupp med barn til alkoholister*. Redda Barnens forlag.
- Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2001). *Endringsfokuseret rådgivning*. Oslo: Gyldendal akademiske forlag.
- Bijl, R.V., Ravelli, A.. & van Sessen, G. (1998). *Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 12, 587-595.
- Didriksen, G. (2005). *Evaluering av Wandasenteret i Bodø* (upublisert rapport).
- Hansen, F. (1990). *Rusmisbruk i et familiepærspektiv. Hvilke utviklingskonsekvenser kan dette få for barn?* *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 27, 737-746.
- Hansen, F.A. (1992). *Fra avmakt til handlekraft. En terapeuts møte med voksne barn av rusmisbrukere*. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 29, 599-610.
- Hansen F.A. (red.) (1994). *Barn som lever med foreldres rusmisbruk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Iversen, E., Lauritzen, G., Skretting, A. & Skutle, A.. (2004). *Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere. Klientkartleggingsdata. Rapport for 2004* (www.sirus.no).
- Johnsen, A., Sundet, R. & Thorsteinsson, V. W. (1999). *Samspill og selvopplevelse. Nye veier i relasjonsorienterte terapier*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Jurkovic, G. (1997). *Lost Childhoods: The Plight of The Parentified Child*. New York: Brunner/Mazel, INC.

- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S. et al. (1994). *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey*. *Arc Gen Psychiatry*, 51, 8-19.
- Killén, K. & Olofsson, M. (red.) (2003). *Det sårbare barnet. Barn, foreldre og rusmiddelproblemer*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Kjøstvedt, E. (1994). *Prosjekt Regnbue. Hjelp til barn av foreldre med rusproblemer*. Sluttrapport. Kristiansand.
- Korkman, M. (1990). *NEPSY manual*. Göteborg: Psykologiforlaget.
- Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V.A. (2001). *Norwegian Psychiatric Epidemiological Study*. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1091-1098.
- Lauritzen, G., Waal, H., Amundsen, A. & Arner, O. (1997). *A nationwide Study of Norwegian Drug Abusers in Treatment: Methods and Findings*. *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift*, 14, 43-63.
- Lauritzen, G. & Waal, H. (2003). *Sammenheng mellom rusmiddelbruk og psykisk helse i et generasjonsperspektiv*. I Killén, K & Olofsson, M. (red): *Det sårbare barnet. Barn, foreldre og rusmiddelproblemer*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Leira, H. (1990). *Fra tabuisert trauma til anerkjennelse og erkjennelse*. Del 1. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 27, 16-22.
- Lindstein, T. (2001). *Vändpunkten ur barnens og ungdomars perspektiv*. Forlagshuset Gothia.
- Lunestad, J. & Døhlie, E. (2005). *Berørt av rusproblemer - en gjennomgang av Famileklubber i Norge*. Oslo: Diakonhjemmets høskolesenter.
- Martens, A. (1986). *Hva skjer med gravide rusmisbrukere? En etterundersøkelse av 31 mødre*. Oslo: Sentralrådet for narkotikaproblemer. Notatserie nr. 3.

- Moe, V. & Slinning, K. (2002). *Prenatal drug exposure and the conceptualization of long term effects*. Scandinavian Journal of Psychology. 43, 41-47.
- Miller, W. R., Rollnick, S. & Conforti, K. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. New York: The Guilford Press.
- Olofsson, M. (1995) *Forebyggelse av medfødte alkoholskader hos barn i København*. Rapport fra et forskningsprosjekt (upublisert).
- Olofsson, M. (1998). *Prenatalt omsorgssvikt*. Ugeskrift for læger, 160/19, 2906-2909.
- Olofsson, M. (2003). *København-modellen. Forebyggelse og behandling ved tidlig og tværfaglig intervention*. I Killén, K. & Olofsson M. (red): Det sårbare barnet. Barn, foreldre og rusmiddelproblemer. Oslo: Kommuneforlaget.
- Ringheim, G., & Trondsen, J. (1997). *Løvetannbarn*. Cappelen forlag.
- Rollnick, R., Mason, P. & Butler, C. (2005): *Health Behavior Change: A Guide for Practitioners*. Churchill Livingstone
- Rutter, M. (1990). *Psychosocial resilience and protective mechanisms*. I: Risk and Protective Factors in the development of Psychopathology. Cambridge. Cambridge University Press.
- Solbakken, B. H., Lauritzen, G. & Lund, M. Ø. (2005). *Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer*. Oslo: SIRUS rapport nr 5.
- Sosial- og helsedepartementet, Rusmiddeldirektoratet, Borgestadklinikken kompetansesenter (2000). *Graviditet, barn og rusmidler. Prosjekterfaringer til bruk for primærhelsetjenesten, sosialtjenesten og barneverntjenesten*. Oslo.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Alkohol og graviditet. Hva er farlig for fosteret? Hvordan forebygge og behandle?* Oslo. Rapport 15-1284.

- Sundfær, Aa. (1992). *Fra rus til mening. En undersøkelse av barna til mødre med tidligere rusproblemer. Dagligliv og mestring. Utfordringer til hjelpeapparatet.* Oslo: Barnevernets utviklingscenter.
- Sundfær, Aa. (1999). *Ung og lovende.* Oslo: Barne- og familieetaten/Rusmiddeldirektoratet.
- Sundfær, Aa. (2001). *31 kvinner med rusproblemer fikk barn, hva skjedde?* Tidsskrift for norsk lægeforening nr. 1
- Sundfær, Aa. (2003). *Gruppebehandling for barn av rusavhengige foreldre: Når mamma eller pappa har et rusproblem.* Embla nr. 2
- Sundfær, Aa. (2004). *Barna til 31 kvinner med rusproblemer er blitt 20 år, - hvordan har det gått?* Oslo: Regionsenter for Barne- og Ungdomspsykiatri. Helseregion øst+sør.
- Sundhedsstyrelsen (2005). *Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer. Familieambulatoriets interventionsmodell.* København: Sundhedsstyrelsen.
- Svendsen, A. (2004). *Forebyggende arbeid med barn av foreldre med psykisk sykdom og rusproblemer - En evaluering av BAPP-programmet.* Trondheim: Barnevernets utviklingscenter Midt-Norge, Arbeidsrapport nr. 16.
- Watten, R.G. & Amundsen, A. (1998). *Tilbudskatalog for rusmiddelsektoren. Et utvalg spørreskjemaer og tester til klinisk og forskningsmessig bruk.* Oslo: Rusmiddeldirektoratet/SIRUS.
- Werner, E.E. & Smith, R.S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience and recovery.* Ithaca, New York: Cornell University Press.
- Waaktaar, T. & Christie, H. J. (2000). *Styrk sterke sider. Håndbok i resilience grupper for barn med psykososiale belastninger.* Oslo: Kommuneforlaget.
- Winton, C. A. (2003). *Children as Caregivers: Parental and Parentified Children.* Boston: Allyn & Beacon.

English Summary

The Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research (SIRUS) has issued two reports on behalf of the Ministry of Children and Family Affairs (now the Norwegian Ministry of Children and Equality). The objective of the project has been to increase knowledge about help given in Norway to children with a parent or parents who are substance abusers.

Rapport I: SIRUS-rapport nr. 5/2005 "Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer" (Solbakken B. H. & Lauritzen G.) concerns children admitted with parents undergoing in-patient treatment.

Rapport II: SIRUS-rapport nr. 1/2006 "Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer" (Solbakken B. H. & Lauritzen G.) concerns the entire array of initiatives developed in Norway for support and treatment of children of substance abusers.

Report I

The Ministry wanted SIRUS to ascertain which inpatient treatment units include admissions of children in their treatment of parents for substance abuse problems, how many children are involved, what assistance is given to the children, the kind/amount of professions working with them, routines for co-operation with welfare officials (including kindergartens/schools), how these children are followed up after their parents complete treatment and whether the institutions have evaluated their work.

There was no readily accessible overview of Norwegian institutions providing admission to children along with their parents. Through various sources, nine inpatient treatment units were found that offered such assistance. Two childcare and parent-children centres that play central roles in related work were also included. Information was acquired through a questionnaire sent to these 11.

In 2004 there were 161 children admitted to the institutions and 93 % of them were under the age of three, 64 % under age one. About a quarter of the children were born during their mothers' institutional residence. For

preventive reasons, priority was given to admitting children from an early age and mothers from an early pregnancy. The length of stays in treatment units varied widely. Half of the institutions reported using standard tools for making assessments of the children. Those who used such tools were more likely to report negative effects and dysfunctions among the children. However, a high frequency of functional and developmental problems appeared to be linked to prenatal and early-years exposure to substances.

High professional competence prevails in most of the institutions but there is a considerable need for specific initiatives to train and instruct in observation and clarification of children's developmental damage and relationship difficulties. The competence of external specialists in child psychiatry and child habilitation service is emphasised.

The institutions report comprehensive co-operation with others in the field. The public childcare service is nearly always involved, often prior to admissions. However, it would be advisable for these juvenile authorities to follow up families even more during inpatient treatment and for a long time after release so that the children's care can be evaluated on a regular basis.

No major evaluation studies have been made by the institutions that include children along with parents undergoing treatment. A couple of minor investigations have been made and they report reaching their objectives.

To evaluate the need for further research and development, the report reflects on issues such as: What is the purpose of admitting children together with parents undergoing inpatient treatment? What professional/theoretical considerations are such initiatives based on? How can treatment of parents be combined with ensurance of the children's needs?

The report points out possible areas for professional development and research:

- Evaluation strategies and standards for evaluation should be considered.
- Extensions of prospective follow-up investigations of children and parents are proposed. Contextual factors and prerequisites must be

included in such studies, including socio-economic matters, social network, ethnicity and culturally relevant information.

- Information about treatment availabilities must be improved.
- A decision is recommended regarding whether children should be given independent patient status when admitted along with their parents.
- A professional network should be established among all the relevant institutions - a forum for discussing dilemmas and problems linked to treatment of children with parents and initiating competence-enhancing measures.
- Models for systematic follow-ups of children and parents should be developed as part of an evaluation strategy.

The report includes an overview of tools that can be utilised for registration and diagnostics at the treatment units.

Report II

The objective of the second report is to increase knowledge about the entire array of initiatives developed in Norway for support and/or treatment of children of substance abusers. Comprehensive questionnaires were sent to all of the country's maternal and child health centres, municipal child care and social welfare offices, the special pedagogic and psychological health service linked to the school system, child/adolescent and adult mental health units, treatment facilities for substance abusers and to relevant voluntary organisations. The recipients were asked to report specific initiatives to children of substance abusers. We have material from 821 responses, amounting to about a 50 % return. In addition to the questionnaires, we have conducted research in the field to track down initiatives for children and the description appears to include the most implemented initiatives.

This report divides the target group into four sub-groups on the basis of whether the substance abuse of the parents is known, and whether the child shows signs of maladjustment or dysfunction. Various measures for helping the children will be mobilised in connection with children in these four groups.

Among primary care responses, the maternal and child health centres stand out with extra emphasis on helping pregnant substance abusers and parents and their children aged two or under. These centres also offer help, often on a group basis, to school-age children. Counselling groups are usually developed for children aged 7 to 16. The groups are rooted to primary health care and to child and adolescent mental health units. Among treatment facilities for substance abuse patients, 22 % inform of having specific initiatives for children. There are two major types of initiatives in inpatient treatment units: (1) Children are admitted together with their parents (Report I); (2) Children are included in treatment of the family and/or offered help as involved members of the family. Volunteer organisations offer certain specific measures for assisting this target group, primarily in the category of counselling.

The report covers themes such as recruitment of children to initiatives and follow-ups of children and families through a process of support and treatment. Serious domestic substance abuse is often the result of a complexity of problems, in which psycho-social strains and economic difficulties play a heavy part. Thus there is a need for broad interdisciplinary efforts to approach the children's and families' difficulties and in many cases this must be a long-term effort. Our studies coincide with Danish experiences in recent years.

Main recommendations:

- An intensive effort should be aimed toward pregnant substance abusers to prevent substance-related prenatal damage. A clearly defined responsibility is needed for close follow-ups of children and to assess their care in preschool years. Various models are suggested.
- School is a challenging and important arena for children growing up with special burdens. We recommend that group-based initiatives developed for school-age children be organised in a single network to promote exchange of experience and increase professionalism. We also propose that family therapeutic intervention initiatives are included to evaluate group-based initiatives as interventions in families and network structures.
- To a greater extent, awareness about children and providing for their needs must comprise treatment initiatives for substance abusers. All patients starting treatment should routinely be asked questions about children (number, age, living situation and their care).

- We need a comprehensive strategy for developing knowledge and recommend the establishment of a research network attending to cumulative and comparative research efforts.

