

# Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer

BJØRN H. SOLBAKKEN  
GRETHE LAURITZEN  
MARTE K. ØDEGÅRD LUND

SIRUS rapport nr. 5/2005  
Statens institutt for rusmiddelforskning  
Oslo 2005

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 2005

ISBN 978-82-7171-279-9  
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](mailto:sirus@sirus.no)  
Nettadresse: <http://www.sirus.no>

Trykt hos Wittusen & Jensen a.s.

## Forord

Denne rapporten er skrevet på oppdrag fra Barne- og familie-departementet. Den omhandler tilbud til barn som er med sine foreldre i behandling for rusmiddelproblemer. I henvendelsen til SIRUS uttrykker departementet behov for større kunnskap om hvilken hjelp barn med rusmiddelmisbrukende foreldre tilbys i Norge. Det anbefales en todeling av oppdraget, hvorav en del går spesifikt på tilbudet til barn som legges inn sammen med foreldre i behandling for rusmiddelproblemer. Den andre omfatter mer generell informasjon om ulike tiltak som er iverksatt overfor barna.

SIRUS har de siste årene gjennomført store behandlingsforskningsstudier i rusmiddelfeltet. Her fremkommer det at en betydelig andel av misbrukerne har barn eller har et sterkt ønske om å bli foreldre. Vi vet videre at svært mange av pasientene i behandling selv har vært barn av rusmiddelmisbrukende foreldre. Initiativet fra Barne- og familie-departementet var således sammenfallende med instituttets egen interesse for kunnskapsutvikling og videre forskning på dette området. Interessen er også stor i fagfeltet for øvrig. Vi vil rette en takk til de institusjonene som har stilt sin kompetanse og erfaring til rådighet. Det er et svært utfordrende og vanskelig behandlings- og omsorgsarbeid som utøves i disse tiltakene. En takk også til referansegruppen som har fulgt prosjektet og særskilt til Frid Hansen, Kari Killén og Vibeke Moe som har gitt bidrag til rapporten og som i årevis har arbeidet for bevisstgjøring av barnas situasjon gjennom sin undervisning og forskning. Barne- og familie-departementet har finansiert prosjektet som beskrives i to rapporter:

- I. Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer*
- II. Tilbud til barn av rusmiddelmisbrukende foreldre*

SIRUS, desember 2005

Grethe Lauritzen    Bjørn H. Solbakken    Marte K. Ødegård Lund  
Prosjektleder

# Innhold

<b>FORORD</b> .....	<b>3</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>7</b>
<b>1 INNLEDNING</b> .....	<b>13</b>
1.1 PROBLEMSTILLINGER.....	13
1.2 REFERANSEGRUPPE .....	14
1.3 RAPPORTENS OPPBYGNING .....	14
1.4 AVGRENSNINGER OG DEFINISJONER.....	15
<b>2 BARN INNLAGT SAMMEN MED FORELDRE I BEHANDLINGSINSTITUSJONER: HVORFOR OG HVORDAN?</b> .....	<b>17</b>
2.1 FORMÅL VED SAMTIDIG INNLEGGELSE AV FORELDRE OG BARN .....	17
2.1.1 <i>Foreldrenes intensjoner</i> .....	18
2.1.2 <i>Kommunale hjelpeinstansers intensjoner</i> .....	19
2.1.3 <i>Institusjonenes intensjoner</i> .....	21
2.2 FØRINGER FRA OFFENTLIGE MYNDIGHETER .....	22
<b>3 DATAINNSAMLING OG UTVALG</b> .....	<b>25</b>
3.1 INFORMASJONSKILDER .....	25
3.2 UTVALGET .....	27
<b>4 RESULTATER</b> .....	<b>29</b>
4.1 NØKKELDATA OM INSTITUSJONENE .....	29
4.1.1 <i>Familieenheten Hov</i> .....	30
4.1.2 <i>Tromsklinikken</i> .....	30
4.1.3 <i>Veksthuset Molde</i> .....	30
4.1.4 <i>Aline barnevernsenter</i> .....	31
4.1.5 <i>Bergen barn og foreldresenter, avdeling Sudmannske</i> .....	31
4.1.6 <i>Borgestadklinikken</i> .....	31
4.1.7 <i>Lade behandlingssenter</i> .....	32
4.1.8 <i>Origosenteret</i> .....	32
4.1.9 <i>Stiftelsen Riisby behandlingssenter</i> .....	32
4.1.10 <i>Tyrilistiftelsen</i> .....	33
4.1.11 <i>Østerbo Evangeliesenter</i> .....	33
4.2 DESKRIPTIVE DATA FRA 2004 .....	34
4.2.1 <i>Etterspørsel og kapasitet</i> .....	34
4.2.2 <i>Antall innlagte barn</i> .....	36
4.2.3 <i>Barn født under mors institusjonsopphold</i> .....	38
4.2.4 <i>Stabilitet i antall barn</i> .....	39
4.2.5 <i>Innleggelsestid, utskrivinger og avbrudd</i> .....	39
4.3 PROBLEMER HOS BARNEN .....	41
4.3.1 <i>Problemer ved inntak</i> .....	41
4.3.2 <i>Bruk av kartleggingsverktøy</i> .....	42

4.4	BEGRUNNELSER FOR INNTAK.....	43
4.5	TILBUDET TIL BARN.....	45
4.6	PERSONALETS UTDANNING.....	46
4.7	RUTINER FOR SAMARBEID.....	47
4.8	OPPFØLGING ETTER UTSKRIVING.....	50
4.8.1	<i>Barnevernets oppfølging</i> .....	51
4.8.2	<i>Institusjonens oppfølging</i> .....	52
4.9	EVALUERING.....	58
4.9.1	<i>Sudmannske</i> .....	61
4.9.2	<i>Origosenteret</i> .....	63
4.9.3	<i>Aline spedbarnsenter</i> .....	64
4.10	UTFORDRINGER.....	66
4.10.1	<i>Faglige utfordringer</i> .....	66
4.10.2	<i>Organisering</i> .....	67
4.10.3	<i>Økonomi</i> .....	67
4.10.4	<i>Bemanning</i> .....	67
4.10.5	<i>Samarbeid</i> .....	68
4.11	OPPLYSNINGER FRA FAMILIESENTRENE.....	68
<b>5</b>	<b>FAGLIGE/TEORETISKE BETRAKTNINGER OM ARBEIDET MED BARN I BEHANDLINGSINSTITUSJONENE.....</b>	<b>71</b>
5.1	BARNAS BEHOV – OG FORELDRENES.....	71
5.2	UTVIKLINGSOPPGAVER.....	71
5.3	TILKNYTNING, SAMSPILL OG FORELDREFUNKSJONER.....	73
5.4	MEDFØDTE RUSMIDDELRELATERTE SKADER.....	75
5.5	BEHOVET FOR GODE OVERGANGER.....	76
5.6	GENERELLE KRITERIER FOR GOD BEHANDLING.....	78
5.7	DILEMMAER.....	79
5.8	OPPSUMMERING: KVALITETSKRITERIER FOR INSTITUSJONENE.....	81
<b>6</b>	<b>ANALYSE OG DISKUSJON.....</b>	<b>83</b>
6.1	OVERSIKT OVER TILBUDET.....	83
6.2	GEOGRAFISK SPREDNING AV TILBUDET.....	83
6.3	MÅLGRUPPER.....	84
6.4	INSTITUSJONENES KAPASITET.....	85
6.5	INNHALDET I TILBUDENE.....	85
6.6	INSTITUSJONENES KOMPETANSE.....	86
6.6.1	<i>Personalets utdanning</i> .....	86
6.6.2	<i>Kontakt med forskningsmiljøer</i> .....	86
6.6.3	<i>Forholdet mellom oppdrag og kompetanse</i> .....	87
6.6.4	<i>Kartlegging og diagnostikk</i> .....	87
6.6.5	<i>Utveksling mellom institusjonene</i> .....	88
6.7	KVALITETSSIKRING AV BEHANDLINGEN.....	88
6.8	ØKONOMISKE RESSURSER.....	90
6.9	VURDERING AV OMSORGSITUASJONEN.....	91
6.10	OVERGANGENE.....	92
6.11	OPPFØLGING.....	93
6.12	EVALUERING AV VIRKSOMHET OG ORGANISASJON.....	94

6.13	ANDRE HJELPEINSTANSERS ROLLE.....	96
<b>7</b>	<b>ANBEFALINGER.....</b>	<b>101</b>
7.1	OMRÅDER FOR FAGLIG UTVIKLING OG VIDERE FORSKNING .....	101
7.2	OVERSIKT OVER KARTLEGGINGSVERKTØY .....	103
7.2.1	<i>Anamnese</i> .....	103
7.2.2	<i>Observasjoner og kartlegging av barnet</i> .....	103
7.2.3	<i>Føtalt Alkohol Syndrom (FAS) / Føtale Alkohol Effekter (FAE)</i> .....	103
7.2.4	<i>Neonatalt abstinenssyndrom</i> .....	104
7.2.5	<i>Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS eller Brazelton-undersøkelsen)</i> .....	104
7.2.6	<i>Døgnklokke</i> .....	105
7.2.7	<i>Motorisk/Perseptuell Utviklingstest (MPU)</i> .....	105
7.2.8	<i>Bayley Scales of Infant Development – II</i> .....	105
7.2.9	<i>Ages and stages (ASQ)</i> .....	106
7.2.10	<i>Fagan Test of Infant Intelligence</i> .....	107
7.2.11	<i>The Infant/Toddler Checklist</i> .....	107
7.2.12	<i>Test of Sensory Functions in Infants (TSFI)</i> .....	108
7.2.13	<i>Child Behavior Checklist (CBCL)</i> .....	108
7.2.14	<i>Samspillsobservasjoner</i> .....	109
7.2.15	<i>Parent-Child Early Relational Assessment Scale (PC-ERA)</i> .....	109
7.2.16	<i>Care Index</i> .....	109
7.2.17	<i>Early Social Communication Scale</i> .....	110
7.2.18	<i>ADOS</i> .....	110
7.2.19	<i>Strange Situation Procedure</i> .....	110
7.2.20	<i>Tilknytningsintervjuet</i> .....	110
7.2.21	<i>Adult Attachment Interview (AAI)</i> .....	111
7.2.22	<i>Working Model of the Child Interview</i> .....	111
	<b>REFERANSER .....</b>	<b>113</b>
	<b>VEDLEGG: SPØRRESKJEMA TIL INSTITUSJONER.....</b>	<b>119</b>
	<b>SIRUS RAPPORTER.....</b>	<b>123</b>

## Sammendrag

Rapporten er en av to delrapporter som er skrevet etter oppdrag fra Barne- og familiedepartementet. Mål med prosjektet har vært å få en større kunnskap om hvilken hjelp barn med rusmiddelmissbrukende foreldre tilbys i Norge. Barna anses i et oppvekst- og levekårsperspektiv å være en svært sårbar gruppe med stor risiko for problemutvikling.

Denne rapporten omhandler tilbud til barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer. Barne- og familiedepartementet har bedt om en oversikt over institusjoner som gir slikt tilbud, hvor mange barn som benytter det, hva tilbudet til barna inneholder, hvilken bemanning institusjonene har for å ivareta barnas behov, rutiner for samarbeid med hjelpeapparatet og skole/barnehage, hvordan barna ivaretas når foreldrene skrives ut, og om institusjonene evaluerer sin praksis på området. Det har også vært ønskelig å synliggjøre behovet for videre fagutvikling og forskning.

Det viste seg å ikke foreligge enkelt tilgjengelige oversikter over institusjoner som gir tilbud om innleggelse av barn sammen med foreldre. Via ulike kilder har vi funnet frem til ni behandlingstilbud innenfor rusmiddelområdet hvorav en har en overordnet omsorgsideologi. Vi har også inkludert to barnevern-/foreldre-barn-sentre som er sentrale faglige aktører i dette arbeidet. De fleste av institusjonene har utviklet tilbudene til barn fra første halvdel av 1990 årene, og tre av tiltakene er etablert etter 2003. Vi har gjennomført en spørreundersøkelse overfor disse 11 institusjonene med supplerende innhenting av opplysninger.

Underveis i prosjektperioden har vi dessuten forsøkt å kartlegge tilbudet til barn av rusmiddelmissbrukende mødre i familie-barn sentre, knyttet til barnevern- og sosialtjeneste. De var i utgangspunktet definert utenfor vårt mandat, da de ikke er behandlingstiltak. Informasjonene herfra er ikke inkludert som del av undersøkelsens utvalg, men nevnes kort, og vi ser behovet for å søke ytterligere informasjon om deres virksomhet.

Det var innlagt 161 barn på de 11 institusjonene i løpet av 2004; 93 % av disse var under tre år og 64 % var under ett år. Tjuefem prosent ble født under mors opphold på institusjonen. Kun to prosent av barna var over seks år. Institusjonene oppgir at de prioriterer de yngste barna, eller helst gravide kvinner så tidlig i svangerskapet som mulig. Dette begrunnes med

at den forebyggende verdien da blir størst, både med hensyn til å begrense rusmiddelrelaterte skader hos barnet og psykososiale belastninger ved å leve med foreldre som har rusmiddelproblemer. Det anses også som uheldig for de eldre barna å bli tatt ut av sitt vante miljø og inn i en institusjon, og det oppleves som ekstra krevende å ta inn eldre barn fordi de ofte har betydelige psykososiale vansker.

Innleggelsestiden varierer mellom et maksimum på 4 måneder og et gjennomsnitt på 15 måneder (maksimumstiden er her ikke oppgitt). Ett hundre og ti barn ble utskrevet i løpet av 2004. Av disse var 18 som følge av omsorgsovertakelse. Fjorten av de rapporterte tilfellene var fra Aline barnevernsenter.

Halvparten av institusjonene oppgir at de kartlegger barnas problemer ved hjelp av standardiserte verktøy. De som benytter slike verktøy rapporterer i større grad skader og vansker hos barna. Det beskrives generelt en høy forekomst av funksjonsvansker som synes å kunne settes i forbindelse med rusmiddeleksponering under svangerskapet og med belastninger i de første leveårene. Disse beskrivelsene faller sammen med funn fra forskningsstudier.

Det er gjennomgående stor grad av generell fagkompetanse i institusjonene, men behovet for spesifikke opplæringstiltak i observasjon og utredning av barns utviklingsskader og relasjonsvansker er uttalte. Likeledes fremheves behovet for ekstern spesialistkompetanse fra barnepsykiatri og habiliteringstjeneste for barn.

Institusjonene rapporterer et utstrakt samarbeid med øvrige instanser. Barneverntjenesten er nesten alltid involvert, gjerne allerede før innleggelse. Det er imidlertid et ønske om at barnevernet i større grad følger opp familiene under oppholdet og gjennom lang tid etter utskriving slik at omsorgssituasjonen løpende kan vurderes. Det synes å være en tendens til at familiene ikke har kontinuitet i oppfølging dersom det ikke rapporteres kriser. Barn som har vært innlagt sammen med foreldre i behandling, er i utgangspunktet en høyrisikogruppe som barneverntjenesten, i samarbeid med helsestasjoner, barnehager og skole, må ha en særlig årvåkenhet i forhold til.

Det er ikke gjennomført store evalueringsstudier fra institusjoner som inkluderer barn sammen med foreldre i behandling. Det er gjort mindre undersøkelser ved Sudmannske foreldre- og barnsenter og Origosenteret.



Resultatene derfra indikerer positiv måloppnåelse for institusjonene. Ved Aline barnevernsenter er det i regi av UiO gjennomført en større prospektiv studie av barn som er eksponert for rusmidler i svangerskapet. Det dokumenteres omfattende skadevirkninger av slik eksponering, noe som taler for viktigheten av å iverksette tiltak for å hindre at rusmiddeleksponering i svangerskapet skjer.

For å kunne drøfte behov for videre forskning og utvikling fant vi det nødvendig å utvide spørsmålstillingen til også å omfatte følgende:

- Hva er formålene ved å legge inn barn sammen med foreldrene i rusbehandlingsinstitusjoner?
- Hvilke faglige/teoretiske føringer ligger til grunn for dette tilbudet?
- Hvordan er tilbudet utformet for at formålene skal innfris og de faglige/teoretiske føringene hensyntas? Og som del av dette spørsmålet:
- Hvordan kombineres behandling av foreldrene med ivaretagelsen av barnas behov?

Institusjonene nevner en rekke faglige begrunnelser for å ta inn gravide og barn: Å forebygge skader på fosteret; å hindre unødig atskillelse mellom foreldre og barn; å fremme tilknytning til foreldrene; å utrede og avdekke hjelpebehov hos barna; å ivareta kvinner og kvinners behov; å jobbe med hele familien; å styrke foreldrekompetanse; å forebygge overføring av foreldrenes problemer til neste generasjon; å gi adekvat stimulering av barn som er eksponert for rusmidler i svangerskapet; å gi barna rammer av struktur og forutsigbarhet. Institusjonenes begrunnelser for inntak avspeiles i tilbudet til barna. Dette varierer fra rene omsorgstilbud, hvor barna ikke antas å ha særskilte behov, til omfattende tiltak hvor de defineres som pasienter og får sin egen individuelle behandlingsplan.

Formålene med familieinnleggelse er komplekse og sammensatte, og henvisende instans, familien, øvrig hjelpeapparat og institusjonen kan ha ulike intensjoner og forventninger til oppholdet. Dette innebærer ikke nødvendigvis motsetninger, men det kan medføre en del dilemmaer for arbeidet, og det bidrar til at evalueringer av tilbudene blir kompliserte.

Dilemmaene bunner i stor grad i at foreldrenes ønsker og barnas interesser ikke alltid er sammenfallende. Institusjonene står også overfor store utfordringer i arbeidet med barn og rusmiddelmissbrukende foreldre. Dette fordrer høy kompetanse i tiltakene, et systematisk og profesjonelt utred-

nings- og kartleggingsarbeid, og tilgang til ekstern spesialistkompetanse. Man må kunne sikre at barneperspektivet ivaretas dersom det oppstår motstridende interesser mellom barn og foreldre. Det konkluderes med at tendensen til i økende grad å prioritere behandling allerede under svangerskapet og tidligst mulig i barnas liv synes faglig velbegrunnet og kan være svært viktige forebyggende tiltak. Dilemmaene ved å inkludere barn i voksnes rusmiddelbehandling bør imidlertid ha løpende oppmerksomhet.

Rapporten peker på mulige områder for fagutvikling og forskning:

Det henvises til Bondevik II regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer for 2006-2008 som bekrefter at det skal settes i gang en systematisk utprøving og utvikling av tiltak i behandlingstilbud hvor barn er med sine foreldre i behandling.

Forslaget innebærer at evalueringsstrategier og standarder bør bli utredet. Prosjektgruppen henviser her til et allerede etablert forskningsnettverk mellom Psykologisk institutt, UiO, Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer UiO, Aline barnevernsenter og Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Det vil være viktig å samordne prosjekter slik at et komparativt perspektiv blir ivaretatt. SIRUS har et datamateriale i forbindelse med en stor nyttekostnad-studie. To av institusjonene som er beskrevet i denne rapporten inngår i studien. Det ligger muligheter til å utnytte materialet for ulike problemstillinger knyttet til foreldre/barn innleggelse og senere oppfølging. Det er derfor nærliggende å foreslå at SIRUS deltar aktivt i det beskrevne forskningsnettverket.

Prospektive oppfølgingsundersøkelser av barn og foreldre foreslås utvidet. Barn av foreldre som er gitt legemiddelassistert behandling under svangerskap er en gruppe som er spesielt viktig å følge. Likeledes er det av stor betydning i disse studiene å søke kulturrelevant kunnskap i forhold til familiens etniske bakgrunn, og deres sosioøkonomiske forhold og sosiale nettverk.

Informasjon om behandlingstilbudene må forbedres. Nettstedet [www.rustiltak.no](http://www.rustiltak.no) gis et spesifikt søkekriterium slik at man lett kan få ut informasjon om institusjoner som tar inn barn sammen med foreldre.

Vurderingsenhetene i helseforetakene må besitte kunnskap om hva som finnes av behandlingstilbud for barn, også utenfor egen helseregion.

Det foreslås å arrangeres erfaringskonferanser der institusjonene kan drøfte og oppsummere dilemmaer og problemstillinger bl.a i denne rapporten, og det er et mål at det enkelte tiltaks fagkunnskap og erfaring går inn i en større kunnskapssammenheng. Dette kan koordineres med det initiativet som er tatt fra Borgestadklinikken om et nasjonalt nettverk for fagpersoner i behandlingsinstitusjoner som arbeider med gravide rusmiddelavhengige og foreldre med små barn.

Det bør avklares om barn skal ha selvstendig pasientstatus ved innleggelse sammen med foreldre i rusmiddelinstitusjon.

Institusjonene har formidlet behov for kompetansehevende tiltak med hensyn til utredning og behandling. Det anbefales å iverksette et opplæringsprosjekt for å styrke kunnskap i observasjon av foreldre-barn samspill, barns tilknytning og foreldrefunksjoner.

Det anbefales at det igangsettes prosjekt(er) for å utvikle gode modeller for oppfølging av familiene etter utskriving

Rapporten inneholder også en oversikt over verktøy som kan benyttes for kartlegging og diagnostikk i behandlingstiltakene.



# 1 Innledning

Barne- og familiedepartementet fremhever som utgangspunkt i oppdraget til SIRUS at barn av rusmiddelmissbrukere, i et oppvekst- og levekårs-perspektiv, er en sårbar gruppe som har stor risiko for problemutvikling.

Denne erkjennelsen har til nå vært lite reflektert i offentlige plan- og styringsdokumenter for rusmiddelfeltet og det er derfor få politiske retningslinjer å vurdere utbygging av tiltak i forhold til.

Det har gjennom årene vokst frem ulike tilbud til barn av misbrukere. Som for behandlingsfeltet for rusmiddelmissbrukere for øvrig, synes det å være den erfaringsbaserte, kliniske og praktiske kunnskapen som mer enn den forskningsbaserte, har spilt en viktig rolle i utformingen av tiltakene (Melberg et al. 2003).

I denne rapporten er det tilbudene til barn som er med sine foreldre i rusmiddelbehandling som er løftet frem.

## 1.1 Problemstillinger

I mandatet ber departementet om at følgende spørsmål belyses:

- Kan det gis en oversikt over hvilke institusjoner hvor barn er med sine foreldre i rusmiddelbehandling?
- Hvor mange barn er med sine foreldre i behandling?
- Hvilket tilbud får disse barna?
- Hvilken bemanning har institusjonen for å ivareta barnas behov?
- Er det utviklet samarbeid med hjelpeapparatet for øvrig (inkludert skole/barnehage) Hvilke rutiner for samarbeid finnes?
- Hvordan ivaretas barna når foreldrene skrives ut av behandlingen?
- Evaluerer institusjonen sin praksis på området?

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

## 1.2 Referansegruppe

Prosjektgruppa har samarbeidet med de to regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål, Borgestadklinikken og Rogaland A-senter, som har nasjonale spesialområder, henholdsvis *for gravide rusmiddelmisbrukere og familier med barn* og *rusproblematikk i familier med barn i skolealder*.

Representanter for disse kompetansesentrene gikk inn i en referansegruppe for prosjektet som ble supplert av fag kompetanse fra barne- og ungdomspsykiatri, fra behandlingsinstitusjoner for rusmiddelmisbrukere og fra forskningsinstitusjoner.

Medlemmer 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 (Psykologisk institutt, UiO).

Referansegruppen har bidratt til å gi en kunnskapsstatus på området. Medlemmene har kommet med konkret informasjon om tiltak, reist fagetiske spørsmål og dilemmaer til drøfting og gitt råd i forbindelse med både datainnsamling og rapportens oppbygning og innhold.

## 1.3 Rapportens oppbygning

Kapittel 2 inneholder en refleksjon omkring intensjonene med å ta inn barn i institusjoner sammen med foreldre. I kapittel 3 beskrives datainnsamlingen, og i kapittel 4 presenteres institusjonenes besvarelser. Disse er i hovedsak gjengitt og oppsummert i ubearbeidet form. Som innledning til analyse og diskusjon av resultatene gis det i kapittel 5 en faglig og teoretisk refleksjon om behandling av barn som er med sine foreldre i behandlingsinstitusjoner for rusmiddelproblemer. Med disse refleksjonene som grunnlag, som i stor grad er forankret i forfatterne og referansegruppens erfaringer og kunnskap, analyseres og drøftes resultatene i kapittel 6. Det empiriske materialet fra undersøkelsen gir begrensede analysemuligheter. I kapittel 7 diskuteres noen faglige utford-

ringer feltet står overfor, og videre forskningsbehov forsøkes synliggjort. Vi har valgt å gi en forholdsvis omfattende presentasjon av ulike kartleggingsverktøy som et bidrag til kunnskapsutvikling både i det kliniske feltet og for forskningsformål.

#### **1.4 Avgrensninger og definisjoner**

Barn i overskriften "Barn som er med sine foreldre i rusbehandling" er i denne sammenheng definert til barn under myndighetsalder, dvs. barn under 18 år. Som det fremkommer av datamaterialet dreier tilbudene seg i hovedsak om barn under 3 år.

I formuleringen "med sine foreldre i rusbehandling" ligger intensjonen om å få kartlagt hvilke tilbud som gis innenfor institusjonsbehandlingen i Norge der hvor det er opprettet egne familieavdelinger eller der det spesifikt gis tilbud på institusjonene til barna samtidig med at en eller begge foreldre er i behandling.





## **2 Barn innlagt sammen med foreldre i behandlingsinstitusjoner: Hvorfor og hvordan?**

Når foreldre har barna sine boende hos seg mens de selv er i institusjonsbehandling, aktualiserer dette noen viktige spørsmål som bør være utgangspunkt for drøfting av gjeldende tilbud og praksis:

- Hva er formålene ved å legge inn barn sammen med foreldrene i rusbehandlingsinstitusjoner?
- Hvilke faglige/teoretiske føringer ligger til grunn for dette tilbudet?
- Hvordan er tilbudet utformet for at formålene skal innfris og de faglige/teoretiske føringene hensyntas? Og som del av dette spørsmålet:
- Hvordan kombineres behandling av foreldrene med ivaretagelsen av barnas behov?

I det følgende skal vi se på de vanligste intensjonene de ulike aktørene har ved innleggelse av familier i rusbehandlingssinstitusjon<sup>1</sup>. Vi vil også se på hvilke føringer som eventuelt finnes for slike innleggelse i offentlige utredninger og meldinger.

### **2.1 Formål ved samtidig innleggelse av foreldre og barn**

Det å ta barna inn i institusjon sammen med foreldrene kan synes som et enkelt grep. Det er imidlertid et svar på en meget komplisert situasjon, både for familien selv, for innleggende instans og for andre kommunale hjelpeinstanser. De ulike berørte partene har ikke nødvendigvis de samme intensjonene med innleggelsen. Disse kan også endre seg i løpet av institusjonsoppholdet.

---

<sup>1</sup> Betragtningene bygger i stor grad på forfatterens og referansegruppens erfaringer fra praksis med familier i rusbehandlingssinstitusjon

### 2.1.1 Foreldrenes intensjoner

Situasjonen er komplisert for foreldrene, som har et rusmiddelproblem samtidig som de skal være omsorgspersoner for barna. De kan erkjenne at det å leve med et aktivt rusmiddelbruk ikke er forenlig med å gi tilstrekkelig god omsorg, eller de kan fastholde at deres omsorg er god nok. Men uansett vil de stå overfor andre instanser som hevder at omsorgen er mangelfull, med referanse til faglige begrunnelser og samfunnsmessige normer. Disse instansene kan ta initiativ til å frata foreldrene den daglige omsorgen for barna. For de fleste foreldre oppleves denne muligheten som en stor trussel. Også personer i foreldrenes private nettverk kan utøve påtrykk på foreldrene. Selve rusmiddelavhengigheten er en svær belastning og foreldre befinner seg ofte i en krise bestående av utfordringer på flere fronter. Dette må antas å ha betydning for motivene til foreldre når de velger å ta imot tilbud om institusjonsplass for både seg og sine barn.

Frykten for å bli fratatt barna er for mange en viktig drivkraft for å gå inn i institusjonsbehandling. Ofte er denne trusselen helt reell. Barneverntjenesten kan gjøre det klart at dette er foreldrenes siste mulighet til å vise at de er gode nok omsorgspersoner. Når foreldrene blir spurt om hva som er deres målsettinger ved institusjonsoppholdet, er dette et hyppig forekommende svar: ”At jeg skal få beholde barnet.”

En del foreldre begrunner også innleggelsen med at de ønsker å få kontroll over rusmiddelavhengigheten for barnas skyld. Mange foreldre har selv opplevd hva det vil si å vokse opp hos foreldre med rusmiddelproblemer, og de ønsker ikke å utsette sine egne barn for det samme. Men i likhet med begrunnelsen ovenfor er heller ikke dette en begrunnelse som handler om barnas innleggelse, men om deres egen. Barna er med fordi foreldrene blir innlagt. Det er foreldrene som skal motta behandling, noe som igjen er tenkt å komme barna til gode.

Når familien først har kommet inn på institusjonen, gir dette en ramme som for de fleste vedkommende er tilstrekkelig til at de får bedre kontroll over rusmiddelproblemet. Daglig rusmiddelbruk er ikke lenger et forstyrrende element for barna. I hvor stor grad omsorgsevnen da blir tilfredsstillende varierer sterkt. En del foreldre viser gode evner til å ivareta omsorgen bare de avstår fra bruk av rusmidler. Andre strever hardt som foreldre, og i noen tilfeller kan det forekomme omsorgssvikt mens familien lever i institusjon uten pågående rusmiddelbruk.

Også når det gjelder foreldrenes innsikt i egen tilkortkommenhet som omsorgspersoner er det stor variasjon. Noen er klar over manglene og de vanskelige utfordringene, mens andre fastholder at de er gode nok foreldre når de er rusfrie, selv om omgivelsene kan være sterkt uenige med dem. De som opplever utilstrekkelighet i omsorgsrollen vil ofte, men ikke alltid, ha et ønske om at institusjonsoppholdet skal gi dem bedre foreldrekompetanse. Dette kan de begrunne både ut fra hensynet til barnas oppvekstsituasjon og til foreldrenes egen følelse av mestring i omsorgsrollen. De vil da kunne være motivert for å delta i behandlingstiltak, opplæring og veiledning som har økt foreldrekompetanse og omsorgsevne som formål.

Praktiske forhold kan også være medvirkende til innleggelse av barna. De trenger et oppholdssted mens foreldre er på institusjon. Ikke alle familier har noe alternativt bosted for barna i denne tiden, og en midlertidig omsorgsovertagelse oppleves gjerne som mer drastisk enn om barna kan være med i behandlingssituasjonen. Foreldre er ofte også sterkt motvillige til å skilles fra egne barn over lengre tid. Mange rusmiddelavhengige mødre er alene med barnet og har lite sosialt nettverk å støtte seg til. Det å inkludere barn kan derfor være helt nødvendig for at de voksne selv skal ta imot tilbud om institusjonsbehandling.

Mange foreldre har forhåpninger om at det å leve med barn skal hjelpe dem til å komme ut av rusmiddelavhengigheten. Deres intensjon med å ha barnet hos seg vil da i stor grad handle om at barnet skal være til hjelp for foreldrene.

Under institusjonsoppholdet vil det kunne bli avdekket problemer og skader hos barna, og foreldrene kan bli gjort oppmerksom på at barna har behov for utredning og/eller behandling. Foreldre vil i utgangspunktet sine barn vel, og i de fleste tilfeller ønsker de at oppholdet skal brukes til å ivareta barnas spesielle behov. Men det kan også av ulike grunner være tilfeller der foreldre uttrykker uenighet i at barna har spesielle vansker eller behov, og de ser ingen grunn til, eller kan motsette seg at det skal iverksettes spesielle tiltak selv om dette blir anbefalt.

### **2.1.2 Kommunale hjelpeinstansers intensjoner**

De fleste henvisninger av familier til behandlingsinstitusjoner for rusmiddelproblemer forestås av sosialtjeneste eller primærhelsetjeneste. Som regel er barneverntjenesten inne i bildet før innleggelse.

Innleggelse i institusjon er et tiltak som først skal prøves når andre tilbud har vist seg utilstrekkelige, jfr. Lov om sosiale tjenester § 6-1. Rusmiddelavhengige som søkes til institusjonsbehandling, enten frivillig eller under tvang, befinner seg derfor ofte i en alvorlig livskrise. Ikke minst der hvor det er små barn inne i bildet kan situasjonen oppleves som dramatisk. Det å ha et omfattende rusmiddelmissbruk er uforenlig med å ha omsorgen for barn. Spesielt sårbart er det der hvor barnet bor hos en aleneforsørger. For hjelpeinstansene utgjør dette en komplisert situasjon, og tidselementet er ofte avgjørende. En akutt omsorgsovertakelse er ikke alltid mulig, og heller ikke nødvendigvis ønskelig sett fra hjelpeinstansenes side. Samtidig kan det oppleves som risikabelt av hensyn til barnet å starte en langvarig utrednings- eller utprøvningsprosess uten at foreldre og barn er i et kontrollert miljø. En innleggelse av foreldre og barn sammen vil i slike tilfeller kunne løse den akutte krisen med at foreldre har en fortsatt omsorg.

De langsiktige intensjonene bak slike innleggelse kan variere, både fra familie til familie og mellom faglige instanser. De offentlige instansene vil ofte se en slik innleggelse som del av en prosess som vil ende med ett av to utfall: Enten med omsorgsovertagelse, eller med at omsorgssituasjonen i hjemmet kan bli erklært god nok, eventuelt ved hjelp av støttetiltak.

Barneverntjenesten kan se på innleggelsen som et tiltak som skal prøves ut før mer drastiske inngrep blir vurdert, jfr. Lov om barnevern §§ 4-12 og 4-4. Fokus vil være barnets omsorgssituasjon, og innleggelsen blir et virkemiddel for å "sikre" at den blir godt nok ivaretatt. Dette oppnås ved at foreldrenes omsorgsevne bedres, eller ved at man gjennom oppholdet erfarer at den er og vil forbli så dårlig at omsorgsovertagelse er nødvendig og til barnas beste. I slike tilfeller vil oppholdet ved siden av å gi behandling for rusrelaterte problemer også ha klare elementer av omsorgsvurdering. Barneverntjenesten kan gjøre denne etter Lov om barnevern § 4-3 mens familien er innlagt, og bruke opplysninger fra institusjonen som grunnlag for sin vurdering.

Sosialtjenesten har inntil rusreformen ble iverksatt 1.1.2004 vært den dominerende henvisende instans til rusbehandlingsinstitusjonene. Sosialtjenestens ansatte arbeider først og fremst med de voksne pasientene, og ofte bare indirekte med barna. Fra sosialtjenestens side vil det trolig derfor være foreldrenes behov som er mest i fokus når familier blir henvist til institusjon. Dersom foreldrene viser motivasjon for

innleggelse, er det sannsynlig at sosialtjenesten vil støtte opp om de begrunnelsene foreldrene selv har for å ville dette, om ikke annet så for å utnytte foreldrenes motivasjonsfaktorer. Dermed kan sosialtjenestens uttalte intensjoner komme til å bli svært like foreldrenes egne. Det er ikke uvanlig at sosialtjenesten gir uttrykk for at det å forebygge omsorgsovertagelse er et av formålene med innleggelsen.

Primærhelsetjenesten har nå også fått rett til å henvise til behandlingsinstitusjoner for rusmiddelproblemer. Foreldrenes fastlege vil trolig opptre som pasientenes talsperson og støttespiller, og derigjennom ha et hovedfokus på foreldrenes situasjon og behov. Det har imidlertid gått for kort tid siden rusreformen til at vi har fått noe særlig erfaringsgrunnlag med slike henvisninger.

Ved en del familieinnleggelse blir det fra henvisende instans formulert spesifikke mål for barna. Dette kan handle om behovet for utredninger og/eller spesielle tiltak knyttet til barnas egne vansker og behov. Disse målene kan være uttrykt uavhengig av om foreldrene selv stiller seg bak dem.

Rundt om i landets kommuner er hjelpetjenestene organisert på ulike måter. De store byene kan ha spesialiserte virksomheter for hvert virkeområde, gjerne splittet opp i bydelskontorer, mens små kommuner kan samle alle tjenestene i ett kontor. I sistnevnte tilfelle blir det lite meningsfylt å skille mellom ulike hjelpeinstansers intensjoner, all den tid de fleste funksjoner ivaretas av ett og samme kontor. Der hvor disse tjenestene er organisatorisk atskilt kan det like fullt foregå et nært samarbeid mellom instansene. Forholdene ligger da godt til rette for en samlet strategi fra hjelpetjenestenes side, der alle samler seg om felles intensjoner for tiltak som skal ivareta både barn og foreldre best mulig.

### **2.1.3 Institusjonenes intensjoner**

Institusjoner som tar imot familier må forholde seg til både familien selv, innleggende instans og andre samarbeidende instanser, i tillegg til de føringer som er gitt for institusjonens oppdrag fra administrativ myndighet. Som vi har sett kan formålene bak innleggelsen være både sammensatte og sprikende. Sammen med familien og øvrige instanser vil institusjonen gjerne utarbeide en mål- og tiltaksplan for oppholdet. Institusjonens ansatte vil ikke da nødvendigvis bare forholde seg til de målene de får seg forelagt. De vil ofte ha egne oppfatninger om hva som

vil være hensiktsmessige mål for familien. De vil også kunne ha meninger om hvilke tiltak som er hensiktsmessige for den enkelte familie og den enkelte pasient. Disse oppfatningene kan blant annet ha grunnlag i institusjonens tradisjoner og praksis, ansattes faglige tenkning eller ny kunnskap som man har fått om de innlagte gjennom kartlegging/utredning. Mye av dynamikken i en institusjonsbehandling dreier seg nettopp om de spenninger som oppstår i møtet mellom aktørenes ulike intensjoner og preferanser.

Man kan tenke seg at den foreliggende undersøkelsen vil gi grunnlag for å dele institusjonene i utvalget i to hovedkategorier: De som ser på barna som egne pasienter med selvstendige behandlingsbehov, og de som først og fremst tilbyr et bo- og omsorgstilbud til de barna som må være med sine foreldre på institusjonen. Disse to utgangspunktene impliserer i så fall ganske forskjellige intensjoner for barnas opphold. Selv om institusjonen har klart for seg hvordan de forstår og tolker oppdraget sitt overfor barna, kan dette imidlertid være langt mer uklart for familien og øvrige instanser. Man kan f.eks tenke seg at noen familier kun er interessert i et omsorgstilbud mens institusjonen ser behov for spesifikke behandlingstiltak for barna eller det motsatte.

## **2.2 Føringer fra offentlige myndigheter**

Det er gjennom årene utarbeidet en rekke offentlige dokumenter som omhandler rusmiddelpolitikk, behandlingstilbud, forebyggende arbeid, barnevernstiltak, satsning på barn og unge etc. Med unntak av Bondevik II regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008 har vi ikke funnet noen som eksplisitt omtaler barn som legges inn i behandlingsinstitusjoner for rusmiddelmisbruk sammen med foreldre. Noen eksempler:

- Regjeringens mål og innsatsområder i statsbudsjettet 2003: Dokumentet viser blant annet til regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer. Både institusjonsbehandling av rusmiddelavhengighet og forebyggende tiltak for barn er nevnt, men det sies ikke noe om barn som er med sine foreldre i behandlingsinstitusjon.
- NOU 2003:04: Utredningen oppsummerer kunnskapsstatus på rusmiddelfeltet. Den omtaler ikke barn som innlegges i behandlingsinstitusjon fordi foreldre har rusmiddelproblemer.

- Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003–2005: Planen slår fast at ”Barn og ungdom av foreldre som har rusmiddelproblemer, har særlig behov for tilrettelagt oppfølging og støtte. (...) Regjeringen vil legge stor vekt på at rusmiddelarbeidet er godt organisert på alle nivåer, og at virkemidlene som brukes er kunnskapsbaserte og på en kostnadseffektiv måte bidrar til å oppnå målene.” Barn i rusmiddelinstitusjon er ikke nevnt.

En endring i dette kom med Bondevik II regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008. Der skrives det:

”Barna må sikres individuelt tilpasset oppfølging når foreldrene er i behandling. (...) Regjeringen vil (...) sette i gang med en systematisk utprøving og utvikling av tiltak i behandlingsinstitusjoner hvor barn er med sine foreldre i behandling.”

Det ser således ut som om vi til nå i hovedsak har å gjøre med tilbud som ikke er etablert fordi det er gitt overordnede faglig/administrative eller politiske føringer. Fremveksten og utviklingen av institusjonstilbudene til barn kan også i liten grad sies å være forankret i forskningsbasert kunnskap, noe som forøvrig preger dette behandlingsfeltet generelt.





## 3 Datainnsamling og utvalg

### 3.1 Informasjonskilder

For å kartlegge hvilke institusjoner som tar imot barn sammen med foreldre til behandling, benyttet vi ulike kilder.

Den mest nærliggende for prosjektgruppa var SIRUS' eget nettsted [www.rustiltak.no](http://www.rustiltak.no). Her finnes en oversikt over behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere i Norge. Nettstedet har ulike søkefunksjoner, der et av alternativene er spesiell tilrettelegging for morbarn/familier. Institusjonene som kom opp i søket ble kontaktet pr telefon for å få bekreftet eller avkreftet om de la inn barn sammen med foreldre. Flere av institusjonene hadde kun tilbud om familieuke/-helg, og var dermed ikke i målgruppa for dette delprosjektet.

De syv regionale kompetansesentrene for rusmiddelproblemer ble kontaktet pr. brev med forespørsel om å liste opp de aktuelle institusjonene innenfor egen region som gir behandlingstilbud til barn sammen med foreldre. I samme henvendelse ble kompetansesentrene bedt om å gi en oversikt også over øvrige tilbud til barn av rusmiddelmissbrukere som grunnlagsmateriale til delprosjekt II. Responsen var liten, og de to kompetansesentrene som ga svar kjente kun til et par institusjoner totalt. Vi gikk deretter over til å kontakte fagpersoner i helseregionene pr. telefon, delvis ut fra formelle stillingskategorier og delvis ut fra prosjekt- og referansegruppens kjennskap til ressurspersoner. Samtidig forberedte vi en spørreundersøkelse til de aktuelle institusjonene.

Det ble foretatt en ringerunde til et utvalg vurderingsenheter i helseregionene som henviser til behandling for rusmiddelproblemer. Med et par klare unntak var det svært lite informasjon å hente. Flere hadde begrenset kjennskap til tilbudet til foreldre med barn, både i egen region og på landsbasis. Noen var ikke klar over at det finnes behandlingsinstitusjoner for rusmiddelmissbrukere som tar inn barn, og ikke alle uttrykte behov for et slikt tilbud.

Etter den skriftlige henvendelsen og alle muntlige kontakter endte vi opp med 11 institusjoner som vi definerte inn i vår målgruppe.

Vi kan konkludere med at det ikke finnes lett tilgjengelig informasjon verken sentralt eller regionalt om behandlingstilbudene til denne gruppen barn. Søkerkriteriene i SIRUS' database er lite spesifikke i forhold til informasjon om innleggelser av små barn på institusjon. De to regionale kompetansesentrene Borgestad og Rogaland A-senter, som har barna som sitt nasjonale spesialområde, har hatt planer om å fremskaffe en oversikt over behandlingstilbudet til barn av foreldre med rusmiddelproblemer på landsbasis, samt kartlegge kompetansebehovet i forhold til å hjelpe denne gruppen, med sikte på å tilby undervisning og veiledning. På grunn av ressursknapphet har de til nå ikke prioritert dette.

For å få kunnskap om omfanget av barn som er med sine foreldre i rusmiddelbehandling og hvilke tilbud som gis til barna valgte vi å lage en spørreundersøkelse til de relevante institusjonene. Det var fem institusjoner som svarte innen fristen, og etter en skriftlig og flere muntlige purringer hadde vi materiale for de elleve behandlingstilbudene. Dette tok to måneder fra utsendelsestidspunktet.

Spørreskjemaet inneholder variabler som gir opplysninger om:

- 1) antall barn innlagt ved institusjonen i 2004 og alder på barna
- 2) antall barn skrevet ut i 2004 og hva den gjennomsnittlige innleggelsestiden/oppholdstiden for barna var som ble skrevet ut i 2004
- 3) hvilke faglige begrunnelser institusjonene har for å ta imot barna
- 4) hvilke problemer barna hadde ved inntak
- 5) hvorvidt det benyttes kartleggingsverktøy i arbeidet med å utrede og behandle barna og eventuelt hvilke
- 6) innhold i behandlingstilbudene som ble gitt til barna – aldersspesifikke
- 7) bemanning og faglige kvalifikasjoner knyttet til arbeidet med barna

- 8) rutiner for samarbeid mellom institusjonen og det øvrige hjelpeapparatet og skole/barnehage, både ved inntak, under oppholdet og ved utskrivning
- 9) hvorvidt det i 2004 har vært behandlingsavbrudd ved at barnevernet har overtatt omsorgen, enten på grunn av rusmiddelbruk eller at omsorgsevnen har blitt vurdert som for dårlig av andre grunner. I så fall for hvor mange barn
- 10) rutiner og intensjoner for oppfølging av barna etter utskrivning fra institusjonen, og konkret i hvor lang tid institusjonen hadde samarbeid med oppfølgende instans for de barna som ble skrevet ut i 2004
- 11) rutiner for individuell plan for barna før de forlater institusjonen
- 12) hvilke former for evaluering av behandlingstilbudet, eventuelt oppfølgingsundersøkelser av barna som er gjort
- 13) hvilke utfordringer de ansatte står overfor for å kunne oppfylle institusjonenes målsetting for barnet

Etter at spørreskjemaene hadde kommet inn fulgte vi opp med telefonisk kontakt der hvor vi ønsket utdyping av svarene. Vi stilte også tilleggs-spørsmål om ventetid for innleggelse og etterspørsel etter plasser.

### **3.2 Utvalget**

I mandatet bes det om en oversikt over ”institusjoner hvor barn er med sine foreldre i rusbehandling”. Dette synes umiddelbart som en tydelig avgrensning: Både barn og foreldre skal være innlagt, og foreldrene skal motta behandling for rusmiddelproblemer. Åtte av institusjonene i utvalget faller klart innenfor denne kategorien. Vi har imidlertid valgt å inkludere to institusjoner som ikke oppfyller kriteriene fullt ut: Aline barnevernsenter i Oslo og Bergen og foreldresenter, avdeling Sudmannske. Disse legger årlig inn et stort antall barn av foreldre med rusmiddelproblemer. De gir imidlertid ikke direkte behandling, men rusrelaterte temaer er sentralt i arbeidet med foreldrene. Likeledes faller Østerbo Evangeliesenter strengt tatt utenfor gruppen, da det først og fremst gir et omsorgstilbud. Men selv om senteret ikke er en spesialisert behandlingsinstitusjon, er det trolig ofte noe tilfeldig om familier henvises

dit eller til de øvrige institusjonene. Som den store aktøren Østerbo Evangeliesenter er, har vi derfor valgt å inkludere senteret i undersøkelsen.

Underveis besluttet vi også å søke informasjon om en del familiesentre som drives under Lov om barnevern. I likhet med Sudmannske og Aline gir de ikke direkte behandling av foreldrenes rusmiddelproblemer. Vi antok likevel at rusmiddelproblemer er til stede hos en stor andel av de innlagte familiene. Det ble sendt ut spørreskjema til 18 familiesentre. Av disse har vi informasjon fra 10. Av de åtte sentrene som ikke har besvart skjemaet, er det seks som ikke tar imot familier med rusmiddelproblematikk.

Det endelige utvalget av institusjoner ble seende slik ut:

Institusjoner som eies av helseforetakene

- Sykehuset Innlandet HF, Div. psykisk helsevern, Rusavdeling, Familiebehandling – Familieenheten Hov
- UNN, Avdeling for behandling av rusmiddelmisbruk, Tromsklinikken
- Veksthuset Molde

Privat eide institusjoner som har driftsavtale med helseforetakene

- Borgestadklinikken
- Lade behandlingssenter
- Origosenteret
- Riisby behandlingssenter
- Tyrilistiftelsen

Privat eide institusjoner uten avtaler

- Østerbo Evangeliesenter

Institusjoner som eies av Oslo kommune

- Aline barnevernsenter

Institusjoner som eies av Buf-etat

- Bergen barn og foreldresenter, avdeling Sudmannske

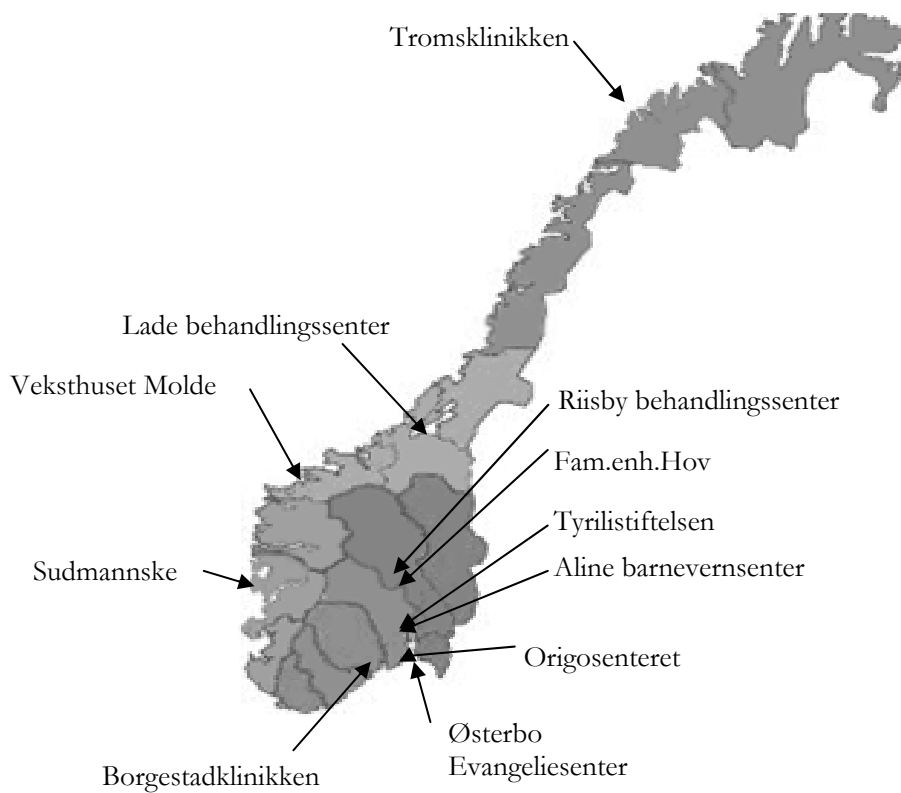
I tillegg ble det innhentet informasjon fra 10 familiesentre.

## 4 Resultater

Spørreskjemaet inneholder en blanding av kvantitative variabler og åpne spørsmål. De kvantitative variablene presenteres i tabellform, og besvarelsene blir knyttet til institusjonsnavn. Svarene på de kvalitative spørsmålene blir i stor grad oppsummert og presentert som punktlister, uten å koble svarene til institusjonene.

### 4.1 Nøkkeldata om institusjonene

Figur 1 viser den geografiske plasseringen av institusjonene i utvalget. For hver institusjon presenteres så en oversikt over eierskap/driftsavtale, beliggenhet, målgruppe, antall plasser, årstall for etablering og lovgrunnlag for inntak.



**Figur 1: Institusjonenes geografiske plassering**

#### **4.1.1 Familieenheten Hov**

##### **Sykehuset Innlandet HF, Div. psykisk helsevern, Rusavdeling**

- Eierskap/driftsavtale: Eies av Helse Øst RHF
- Geografisk beliggenhet: Hov i Land
- Målgruppe: Gravide og familier
- Antall plasser: Familieenhet med plass til 10 familier og skjermet enhet med 5 plasser
- Opprettet: 1961. Første familie med barn ble tatt inn i 1980
- Lovregulering: Lov om spesialisthelsetjeneste. Fem plasser til pasienter innlagt etter Lov om sosiale tjenester § 6-2a

#### **4.1.2 Tromsklinikken**

##### **UNN, Avdeling for behandling av rusmiddelmissbruk**

- Eierskap/driftsavtale: Eies av Helse Nord RHF
- Geografisk beliggenhet: Kalvøysletta I Troms
- Målgruppe: Gravide og familier. Andre rusmiddelavhengige kvinner og menn
- Antall plasser: Totalt 27 plasser. Behandlingstilbud til to familier
- Opprettet: 1995. Det første gravide paret var i behandling 14.6.2002. Formelt fikk institusjonen innvilget et prosjekt 1. november 2004. Prosjektet skal avsluttes 31.12.2007.
- Lovregulering: Lov om spesialisthelsetjeneste

#### **4.1.3 Veksthuset Molde**

- Eierskap/driftsavtale: Eies av Helse Midt-Norge RHF
- Geografisk beliggenhet: Molde i Møre og Romsdal
- Målgruppe: Mødre eller fedre med barn samt gravide. Andre rusmiddelavhengige kvinner og menn. Par (med eller uten barn) tas ikke inn samtidig på samme avdeling
- Antall plasser: Totalt 22 døgnplasser og ti ettervernplasser. Fire plasser til rusmiddelavhengige foreldre med omsorg for små barn
- Opprettet: 1998. Tilbudet til foreldre med barn er nytt og ble opprettet i november 2004
- Lovregulering: Lov om spesialisthelsetjeneste

#### **4.1.4 Aline barnevernsenter**

- Eierskap/driftsavtale: Eies av Barne- og familieetaten i Oslo kommune
- Geografisk beliggenhet: Oslo
- Målgruppe: Akutthjelp og utredning av sped- og småbarn (0-3 år) og deres familier. Poliklinikken har tilbud til vanskeligstilte gravide (ISIS) og oppfølging av barn opptil 5 år
- Antall plasser: Åtte plasser i familieavdelingen og 14 beredskaps-plasser
- Opprettet: 1990
- Lovregulering: Lov om barneverntjenester §§ 4-4, 5. ledd, 4-6, 1. eller 2. ledd eller 4-12, samt Lov om sosiale tjenester § 4-2. Kommunchelsetjenesteloven

#### **4.1.5 Bergen barn og foreldresenter, avdeling Sudmannske**

- Eierskap/driftsavtale: Buf-etat, avdeling Vest
- Geografisk beliggenhet: Søreidgrend I Hordaland
- Målgruppe: Gravide og familier
- Antall plasser: Utgreiingsavdeling og familieavdeling med plass til åtte familier. Har også oppfølging i hjemmet
- Opprettet: 1996
- Lovregulering: Lov om barnevern og Lov om sosiale tjenester

#### **4.1.6 Borgestadklinikken**

- Eierskap/driftsavtale: Eies av Blå Kors. Driftsavtale med Helse Sør RHF
- Geografisk beliggenhet: Skien i Telemark
- Målgruppe: Gravide (frivillig og tvang) og foreldre med barn under skolealder. Rusmiddelavhengige kvinner og menn generelt, spilleavhengige og ulike grupper av pårørende
- Antall plasser: Totalt 54 døgnplasser og ti dagplasser. Plass til åtte familier i bofellesskapet. Seks plasser til behandling av gravide innlagt uten eget samtykke
- Opprettet: 1977. Tilbudet til foreldre/barn ble opprettet i 1993

- Lovregulering: Lov om spesialisthelsetjeneste, Lov om sosiale tjenester § 6-2a

#### **4.1.7 Lade behandlingssenter**

- Eierskap/driftsavtale: Eies av Blå Kors. Driftsavtale med Helse Midt-Norge RHF
- Geografisk beliggenhet: Trondheim i Sør-Trøndelag
- Målgruppe: Gravide rusmiddelmissbrukere med og uten eget samtykke samt familier med rusrelaterte problemer og barn i førskolealder. Andre rusmiddelavhengige kvinner og menn
- Antall plasser: Totalt 48 plasser. Seks leiligheter/plasser til familier.
- Opprettet: 1977. Tilbudet til foreldre/barn ble opprettet 1.12.2003
- Lovregulering: Lov om spesialisthelsetjeneste, Lov om sosiale tjenester § 6-2a

#### **4.1.8 Origosenteret**

- Eierskap/driftsavtale: Eies av Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo. Driftsavtale med Helse Øst RHF, i tillegg til salg av familie plasser etter stykkpris
- Geografisk beliggenhet: Svinndal I Østfold
- Målgruppe: Familieavdeling for gravide (prioriteres), single og par med barn som er inntil tre år ved inntak. Klinikavdeling for single og par som ikke har barn boende hos seg under oppholdet
- Antall plasser: Totalt 43 plasser, inkludert 8-10 barn
- Opprettet: 1988. Tilbudet til barn og familier ble etablert i 1990.
- Lovregulering: Lov om spesialisthelsetjeneste, Lov om barnevern, Lov om sosiale tjenester §§ 6-2a og 6-3, Straffegjennomføringsloven § 12

#### **4.1.9 Stiftelsen Riisby behandlingssenter**

- Eierskap/driftsavtale: Eies av Stiftelsen Riisby behandlingssenter. Driftsavtale med Helse Øst RHF
- Geografisk beliggenhet: Dokka I Oppland



- Antall plasser: 55 plasser totalt. Har ikke faste plasser for familier, men kan gi tilbud til inntil tre familier samtidig
- Målgruppe: Gravide, kvinner og barn og parbehandling. Personer med rusavhengighet og psykiske vansker
- Opprettet: I 1960 som kvinneinstitusjon
- Lovregulering: Lov om spesialisthelsetjeneste

#### 4.1.10 Tyrilistiftelsen

- Eierskap/driftsavtale: Eies av Tyrilistiftelsen. Driftsavtaler med Helse Øst RHF, Helse Midt-Norge RHF, Statens barne-, ungdoms- og familievern – region Sør og Oslo kommune
- Geografisk beliggenhet: Administrasjon i Oslo, avdelinger på ulike steder i Sør-Norge
- Målgruppe: Kvinner, menn og par. Gravide. (Ingen familie/mor-barn plasser i 2005)
- Antall plasser: Totalt 140 plasser
- Opprettet: 1980. Tilbud til foreldre og barn ble etablert på begynnelsen av 1990-tallet
- Lovregulering: Lov om barneverntjenester, Lov om spesialisthelsetjeneste, Lov om straffegjennomføring § 12, Lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a, 6-3

#### 4.1.11 Østerbo Evangeliesenter

- Eierskap/driftsavtale: Eies av Stiftelsen Pinsevennenes Evangeliesenter. Har ikke driftsavtale, men mottar tilskudd over statsbudsjettet
- Geografisk beliggenhet: Halden I Østfold
- Målgruppe: Familie/mor-barn og gravide. Andre rusmiddelavhengige kvinner og menn
- Antall plasser: Plass til mer enn 150 beboere. 12 familier på familiesenteret
- Opprettet: 1992
- Lovregulering: Lov om sosiale tjenester

## 4.2 Deskriptive data fra 2004

### 4.2.1 Etterspørsel og kapasitet

Vi spurte institusjonene om bruk av ventelister, ventetid og omfang av eventuelle avslag. Praksis med hensyn til avvising av søknader er ulik. Borgestad påpeker at spesialisthelsetjenesten ikke har anledning til å avvise rettighetspasienter. Man må sette søkerne på venteliste, og eventuelt anbefale at det søkes behandling ved annen institusjon med kortere ventetid. Sudmannske (som ikke er spesialisthelsetjeneste), Familieenheten Hov og Tromsklinikken rapporterer allikevel at de avviser på grunn av manglende kapasitet. Når det gjelder ventetid, varierer denne for de som har ventelister. I perioder kan det være stor etterspørsel og lang ventetid, mens det til andre tider er ledig kapasitet. Familie enheten Hov skiller seg for tiden ut med lang ventetid og begrunner dette med reduksjon av plasser.

Tabell 1 viser en oversikt over institusjonenes svar på dette spørsmålet.

**Tabell 1: Venteliste, ventetid og avvisinger**

Institusjon	Vanligvis venteliste?	Hvis ja, hva er gjennomsnittlig ventetid?	Avvises familier pga plassmangel?	Hvis ja, hvor mange pr år?
Fam.enh.Hov	Ja	Ca 7 mnd, dels pga at Helse Øst har vedtatt nedtrapping fra 15 til 10 familieplasser.	Ja	Ca. 12 familier. I tillegg kommer telefonhenvendelser som ikke resulterer i søknad på grunn av oppgitt lang ventetid.
Tromsklinikken	Ja	Pr dato ca 8 måneder	Ja	Siste år: avvist/viderehenvist 3 familier/gravide.

<b>Insti- tusjon</b>	<b>Vanlig- vis vente- liste?</b>	<b>Hvis ja, hva er gjennom- snittlig ventetid?</b>	<b>Avvises familier pga plassmangel?</b>	<b>Hvis ja, hvor mange pr år?</b>
<b>Veksthuset Molde</b>			Nei. Har drevet aktiv markedsføring, men får svært få henvendelser.	
<b>Borge- stad</b>	Ja		Har ikke lov til å avvise. Settes på venteliste.	
<b>Lade</b>	Nei	Avdelingen har så langt bare hatt ventetid i et par tilfeller, henholdsvis to og fire måneder.	Har ikke avvist på grunn av manglende kapasitet, men sannsynligvis har mulige søknader ikke blitt sendt ut fra signaler om at det har vært fullt.	
<b>Origo</b>	Ikke hatt venteliste de siste 6 mnd.	Ventetiden er i perioder 6-12 måneder.	I tilfelle svært få.	
<b>Riisby</b>	Nei	Har ikke et avgrenset antall plasser til familier. Etterspørselen er "sporadisk". Derfor sjelden ventetid.	Nei	

Institusjon	Vanligvis venteliste?	Hvis ja, hva er gjennomsnittlig ventetid?	Avvises familier pga plassmangel?	Hvis ja, hvor mange pr år?
Østerbo	Varies. Har venteliste pr i dag.	1 til 6 uker.	Ingen avvises. Hjelpes eventuelt til annet tilbud.	
Aline	Nei	Har mye ledig kapasitet etter at ny betalingsordning ble innført i Oslo kommune.	Veldig sjelden	
Bergen barn og foreldresenter	Ja	Vanligvis inntil en mnd. Noe pga. plass og noe pga behov for avrusning.	Ventetiden er tidvis så lang at det blir søkt andre løsninger, eller at familien dropper ut i ventetiden.	Vanskelig å stipulere – 4- 5 familier pr år?

#### 4.2.2 Antall innlagte barn

*Hvor mange barn bodde med sine foreldre på institusjonen i 2004?*

Vi ser av Tabell 2 at det til sammen var innlagt 161 barn i utvalget på 11 institusjoner i 2004. 93 % av barna er under tre år. Den største gruppen er under 1 år og utgjør 64 % av alle innlagte (dvs. 103 barn). Av disse er det Aline barnevernsenter som har det høyeste antallet, nesten halvparten av alle barn i aldersgruppen. Familieenheten Hov, Sudmannske og Borgestad-klinikken har hver ca 12 % av barna i aldersgruppen 0-1 år, men har allikevel ikke til sammen like mange som Aline har alene.

Tjueni prosent av alle innlagte (47 barn) er i alderen 1-3 år. Også her har Aline den største andelen, 43 % av de 47 barna i gruppen, Origosenteret følger med 28 %.

Det er få innlagte barn over 3 år (7 %), og av disse er det kun 3 barn (2 %) som er eldre enn 6 år. Disse var innlagt ved Østerbo og Familieenheten Hov. Barna mellom 3 og 6 år fordelte seg likt mellom Borgestad, Lade, Origo og Østerbo.

Flere institusjoner svarer at de ikke ønsker å ta inn eldre barn. Lade behandlingssenter har tidligere hatt en større andel barn i skolealder, men har valgt å dreie innsatsen i retning av de yngre barna. Origosenteret har en øvre aldersgrense på 3 år ved inntak, og prioriterer de yngste innen denne gruppen. Sudmannske oppgir at de avgrenser seg fra barn i skolealder.

**Tabell 2: Antall innlagte barn i 2004**

Institusjon	0-1 år	1-3 år	3-6 år	Eldre enn 6 år	Totalt
Fam.enh.Hov	13	3		1	17
Tromsklinikken	2				2
Veksthuset		1			1
Borgestadklinikken	12	1	2		14
Lade beh.senter	5		2		7
Origosenteret	5	13	2		20
Riisby beh.senter	1				1
Tyrili		1			1
Østerbo	5	1	2	2	10
Aline	48	20			68
Sudmannske	12	7			19
Totalt	103	47	8	3	161

Begrunnelsene for satsningen på de yngste barna er flere:

- Institusjonsopphold borte fra hjemmemiljø, venner, skole, fritidsaktiviteter etc. medfører for store omkostninger for de eldre barna.
- I et forebyggingsperspektiv er det gunstig å komme inn på et så tidlig tidspunkt i barnets liv som mulig for at intervensjonene skal ha best mulig effekt, hvilket tilsier at de yngste bør prioriteres.
- Institusjonen har ikke kompetanse til å arbeide med eldre barn, eller ønsker om å spisse sin kompetanse i retning av denne gruppen.

- Barn i ulike alder har svært ulike behov, og institusjonen kan derfor av ressursmessige grunner ikke spre innsatsen over et stort aldersspenn.

#### 4.2.3 Barn født under mors institusjonsopphold

Det er stor forskjell mellom institusjonene når det gjelder hvor stor andel av de innlagte barna som ble født under mors opphold på institusjonen. Dette skyldes blant annet at institusjonene har ulike målgrupper.

Aline er per definisjon en institusjon for fødte barn, ikke for gravide kvinner, og vil dermed ikke få noen fødsler ”under mors opphold på institusjonen”. For institusjoner som har et relativt lite antall barn innlagt, vil prosentandelen som fødes under mors opphold trolig variere betydelig fra år til år.

**Tabell 3: Hvor mange barn ble født under mors opphold på institusjonen i 2004?**

Institusjon	Antall barn	Prosentandel av institusjonens innlagte barn
Fam.enh.Hov	8	47
Tromsklinikken	2	100
Veksthuset	0	0
Borgestadklinikken	12	86
Lade beh.senter	4	57
Origosenteret	4	20
Riisby beh.senter	1	100
Tyrili	1	100
Østerbo	2	20
Aline	0	0
Sudmannske	7	37
Totalt for alle inst.	41	25 (N=161)

Blant de institusjonene som hadde ca 15-20 barn innlagt i 2004 skiller Borgestadklinikken seg ut med en andel på 86 % som ble født under oppholdet. Dette kan ha sammenheng med Borgestadklinikken's bevisste tilrettelegging for denne gruppen, og at klinikken tar imot gravide som legges inn etter Lov om sosiale tjenester § 6-2a (tvangsinnleggelse).

Dersom Aline-barna holdes utenfor, ble i alt 45 % av alle innlagte barn i alderen 0-1 år født under mors opphold på institusjonen. Uten at vi systematisk har kartlagt holdningen til å prioritere innleggelser av gravide, synes det å være en økende tendens til å gi tilbud allerede under svangerskap. Det er nærliggende å se dette i lys av den økte oppmerksomhet på og kunnskap om rusrelaterte skader på fosteret.

#### **4.2.4 Stabilitet i antall barn**

*Er antall barn som er innlagt stort sett stabilt fra år til år?*

Av de institusjonene som har tilbudt familieinnleggelser en tid svarer de fleste at antall inntak av barn stort sett er stabilt fra år til år. Borgestad har hatt en økning siste år, spesielt i antall gravide. Aline har hatt en svak nedgang.

#### **4.2.5 Innleggelsestid, utskrivinger og avbrudd**

*Hva var den gjennomsnittlige innleggelsestiden/ oppholdstiden for barna som ble skrevet ut i 2004 (antall måneder)?*

*Hvor mange barn ble skrevet ut i 2004?*

*Har det i 2004 blitt foretatt behandlingsavbrudd ved at barnevernet har overtatt omsorgen, enten på grunn av rusmiddelbruk eller at omsorgsevnen har blitt vurdert som for dårlig av andre grunner? Hvis ja, hvor mange barn gjelder det?*

Det er en del variasjon mellom institusjonene når det gjelder gjennomsnittlig oppholdstid for barna. Det kan trolig forventes at dette ser ulikt ut fra år til år. Med et så lite antall utskrivinger som enkelte institusjoner har i året, vil noen få tidlige behandlingsavbrudd gi store utslag på gjennomsnittstallene.

Allikevel avspeiler de rapporterte tallene reelle ulikheter mellom institusjonene. Aline, som har det høyeste antall innleggelser, har kort oppholdstid: Lengste opphold i 2004 var på 4 måneder. Borgestad med sine 12 utskrivinger hadde gjennomsnittlig oppholdstid på 6 måneder,

mens Origosenteret med 10 utskrivinger hadde et gjennomsnitt på 15 måneder.

Hvis vi ser dette i sammenheng med pasientgruppens alderssammensetning og hvor stor andel som fødes under mors opphold, finner vi følgende: Borgestadklinikken har større andel barn under 1 år enn Origo (hhv 86 % og 25 %). Origo har sin største gruppe blant 1-3 åringene (65 %). Borgestads barn er i langt større grad enn barna på Origo født under institusjonsoppholdet (hhv 86 % og 20 %). Med andre ord: I den undersøkte perioden har Borgestads barn i hovedsak blitt født under oppholdet, og behandlingstiden i institusjon er relativt kort. En forklaring kan her være tidlig intervensjon og intensiv behandling av rusrelaterte problemer før barnefødsel. De fleste Origobarna kommer til institusjonen etter fødsel, og de får et betydelig lengre opphold.

**Tabell 4: Gjennomsnittlig innleggelsestid for barn skrevet ut i 2004. Antall utskrivinger av barn i 2004. Antall avbrudd pga omsorgsovertagelse.**

Institusjon	Innleggelsestid (måneder)	Utskrivinger	Behandlingsavbrudd
Fam.enh.Hov	11	4	0
Tromsklinikken	7	1	0
Veksthuset	Ingen utskr.	0	0
Borgestadklinikken	6	12	0
Lade beh.senter	10	2	2
Origosenteret	15	10	2
Riisby beh.senter	1,5	1	0
Tyrili	-	0	0
Østerbo	12	3	0
Aline	1-121 døgn <sup>2</sup>	68	14
Sudmannske	9	9	0
Totalt		110	18

De færreste utskrivinger i 2004 skjedde som følge av omsorgsovertagelse. Det er ingen sammenheng mellom hyppigheten av slike avbrudd og gjennomsnittlig oppholdstid: Både ved Origo og Aline skjedde 2 av 10

<sup>2</sup> Det ble spurt om gjennomsnittlig tid, men institusjonen oppga laveste og høyeste antall døgn ("range")



utskrivninger som følge av omsorgsovertagelse. En del av de barna som ble skrevet ut på ordinær måte etter fullført opphold, kan selvsagt også ha blitt omplassert til alternativ omsorg etter utskrivning. Vi har ikke data som belyser dette.

### 4.3 Problemer hos barna

#### 4.3.1 Problemer ved inntak

*Hva slags problemer hadde barna ved inntak?*

Institusjonene rapporterer om følgende problemer hos barna som ble innlagt i 2004:

- Abstinenssymptomer
- Reguleringsvansker
- Vare for sanseinntrykk
- Motorisk uro
- Søvnforstyrrelser
- Samspillsforstyrrelser
- Utrygg tilknytning til omsorgspersoner
- Fysiologiske vansker
- Forsinket språkutvikling
- Utrygghet
- Diverse atferdsavvik
- Traumatiserte
- Ukritisk væremåte i forhold til andre
- Problematferd som biting, slåing, sparking både mot andre voksne og barn
- Grenseutprøvende, vanskelig å styre/samle
- Stort kontrollbehov for de større barna

Noen institusjoner lister her opp også antatte belastningsfaktorer barna har vært utsatt for, selv om dette i seg selv ikke kan betegnes som ”problemer hos barna”:

- Utsatt for rus i fosterlivet
- Akutt krise i hjemmet
- Ruseksponert
- Understimulert

- Utsatt for omsorgssvikt
- Levd/bodd sammen med aktivt rusmiddelmisbrukende foreldre

Når det gjelder de rapporterte problemene skiller ikke materialet mellom barn som ble født før eller under mors opphold i institusjonen. Tjuefem prosent av alle barn i undersøkelsen ble født mens mor var innlagt. Man vil anta at både antall og alvorlighetsgrad av problemer hos barna vil være lavere jo tidligere i svangerskapet mor blir innlagt, og at en del problemer og skader kan reduseres helt eller delvis hvis man lykkes i å forhindre rusmiddelbruk under svangerskap. M.h.t. medikamentell substitusjonsbehandling under graviditet, så vil barnet kunne bære tydelig preg av dette etter fødsel.

Det ville ha vært av interesse å kunne kategorisere problemer og symptomer hos barna og samspillsvansker ut fra om mor var innlagt under svangerskap eller ikke, alder for de innlagte barna eller ut fra det beskrevne formål med innleggelse. Det har vi ikke mulighet til i den begrensede undersøkelsen som her er gjort.

#### **4.3.2 Bruk av kartleggingsverktøy**

*Benyttes det kartleggingsverktøy i arbeidet med barna? I tilfelle ja, hvilke?*

Fem institusjoner rapporterer at de bruker kartleggingsverktøy. De øvrige har svart Nei, eller spørsmålet er ubesvart.

Følgende kartleggingsmetoder blir nevnt i institusjonenes svar:

- Observasjon uten bruk av spesielle kartleggingsverktøy
- Kartlegging av Neonatalt Abstinens Syndrom (NAS)
- Brazelton-undersøkelse av nevrologisk status hos nyfødte
- Døgnklokke: Registrering av barnets regulering og døgnrytme
- Motorisk Perseptuell Utviklingstest (MPU)
- Child Care Index
- Videofilming av samspill foreldre/barn
- ”Lek og kommunikasjon i de første utviklingsår” – observasjon av sansemotorikk, sosialt samspill, språk etc. ved 4, 8, 12 og 18 måneders alder (Liv Vedeler)
- Bayley utviklingstest – mental og motorisk utvikling
- Undersøkelse hos fysioterapeut
- Kartlegging av barnets sosiale nettverk

Vi har ikke spurt om den faktiske hyppigheten i bruk av kartleggingsverktøy. Denne vil kunne variere fra systematisk anvendelse til helt sporadisk bruk.

De seks institusjonene som rapporterer om bruk av kartleggingsverktøy har hatt tilbud til barn i nesten 10 år eller mer. Tre av institusjonene som ikke beskriver bruk av slike verktøy er relativt nystartede, mens to har vært i drift i mange år.

Det er en viss grad av sammenheng mellom svarene på spørsmålene om bruk av kartleggingsmetoder og forekomst av problemer hos barna. De som anvender systematiske metoder for kartlegging gir – ikke overraskende – den fylldigste beskrivelsen av problemer. Noen av de som ikke anvender spesifikke kartleggingsmetoder rapporterer heller ikke om noen form for vansker hos barna. En av disse institusjonene svarer at ”Foreldrene var innlagt for avhengighet, barna hadde i utgangspunktet ikke problemer”.

Det kan selvsagt tenkes at sammenhengen mellom bruk av kartleggingsmetoder og avdekking av problemer kun er tilsynelatende. En alternativ hypotese kunne være at det faktisk er forskjeller mellom institusjonene i forekomst av problemer hos barna, og at det kun er de institusjonene som finner grunn til å mistenke problemer som foretar kartlegging. Ved de andre institusjonene har de ikke slik mistanke, og kartlegger derfor ikke.

Vi har imidlertid ingen informasjon som støtter en hypotese om at institusjonene systematisk får inn ulike undergrupper av den aktuelle barnepopulasjonen.

#### **4.4 Begrunnelser for inntak**

*Hvilke faglige begrunnelser har institusjonen for å ta imot barna?*

Hensikten med å stille spørsmålet var å få vite noe om målsettingene for arbeidet med barna. Men som vi så i kapittel 2.1.3 om institusjonenes intensjoner ved samtidig innleggelse av foreldre og barn, er det ikke nødvendigvis fullt samsvar mellom de intensjonene som de ulike instansene har i forkant av en innleggelse og det som utkrystalliserer seg som konkrete målsettinger i arbeidet med det enkelte barn. Vi ønsket her

informasjon om institusjonenes overordnede faglige begrunnelser for å ta imot barn sammen med foreldre.

Institusjonene oppgir ulike faglige begrunnelser for inntak, og detaljnivået i svarene er svært ulikt. Begrunnelsene kan oppsummeres som følger:

1. Ved innleggelse av gravide: Man ønsker å komme tidlig inn for å forebygge skader på fosteret. Forberede mødre og eventuelt fedre til foreldrerollen.
2. Innleggelse *hindrer unødig atskillelse* mellom foreldre og barn, og bidrar til at barn får et stabilt omsorgstilbud under oppholdet. I mange tilfeller hadde mangel på et slikt tilbud ført til atskillelse fordi barneverntjenesten vurderte omsorgssituasjonen som marginal eller ikke god nok utenfor institusjonens rammer.
3. Barn legges inn for å *fremme tilknytning* til foreldrene.
4. Barnets (og foreldrenes) fungering *utredes* i tillegg til samspillet mellom barn og foreldre. *Hjelpebehov avdekkes*, og tiltak kan igangsettes. Dersom omsorgen vurderes som for dårlig, anbefales barneverntjenesten å reise sak om omsorgsovertakelse. Utredningen kan således forkorte barnets tid i en for dårlig omsorgssituasjon.
5. *Behov hos mødrene*. (Det er ikke spesifisert hvilke behov hos mødrene det er som virker som begrunnelse for å ta imot barna.)
6. Institusjonen har fokus på *kvinner og kvinners behov*. Noen trenger et støttende og beskyttende tilbud for å gjennomføre et svangerskap. Noen trenger det samme etter fødsel for å planlegge og legge til rette for barnet sitt.
7. Avdelingen er en *familiebehandlingsenhet* og er avhengig av å jobbe med hele familien.
8. *Foreldrerollen styrkes* gjennom gode muligheter til observasjon og veiledning. Dette bedrer kvaliteten på samspillet i familiene, gir foreldrene kunnskap om barns behov og gir ideer om gode familieaktiviteter.
9. Det drives *forebyggende arbeid* i et generasjonsperspektiv, med den hensikt å bryte den sosiale arven som er så vanlig i familier med rusmiddelproblemer.
10. Man vil gi *riktig stimulering* av barn som er eksponert for rusmidler i svangerskapet.
11. Man vil gi barna rammer av *struktur og forutsigbarhet*. Dette gir trygghet og gode muligheter til positiv utvikling.

## 4.5 Tilbudet til barna

*Hvilke tilbud får barna på institusjonen? Beskriv innholdet i tilbudet så konkret som mulig. Redegjør for det aldersspesifikke i tilbudene.*

Svarene på dette spørsmålet handler dels om det faglige tilbudet, dels om hva som tilbys av fysiske og organisatoriske rammebetingelser. De færreste har svart utdypende på hva som gis av faglige tilbud til barna. En del av svarene handler mer om hva man ønsker å oppnå enn hva som reelt gjøres. Et eksempel: ”Forhold til øvrig familie skal ivaretas godt.” Det sies ikke noe om hvilke tilnærminger eller metoder som benyttes.

Følgende tilbud blir nevnt:

- Foreldrenes og barnas behandling gis organisering, tempo og intensitet tilpasset det enkelte barn og familien
- De ca. 6 første ukene etter fødsel er familien skjermet slik at god tilknytningsprosess mellom foreldre og barn igangsettes, foreldrene deltar ikke i gruppeterapeutiske tilbud i denne tiden
- Medisinsk behandling av abstinensplager
- Babymassasje
- Babysvømming
- Selve strukturen ved enheten skal fremme kontinuitet, stabilitet og forutsigbarhet for barna
- Tilrettelagt omsorg og pleie i forhold til sårbarhet knyttet til ruseksponering
- Råd, veiledning og hjelp i forhold til dagliglivets store og små utfordringer tilknyttet det å være spedbarnsforeldre. Eksempler på tema: Barns behov og utvikling på ulike alderstrinn, barn og stimulering, lek, barnesykdommer, regler og grenser
- Samtaler om foreldres rusmiddelproblemer og hvordan dette virker på barns utvikling
- Ekstra stimulering av barnet ved behov
- Rytme-/bevegelsesgruppe (særlig rettet mot ADHD-problematikk)
- Miljøterapi med fokus på foreldre/barn
- Oppfølging ved helsestasjon og sykehus
- Barnehage (nevnes av 7 institusjoner)
- Avlastningshjem / besøkshjem, beredskapshjem
- Utflukter og aktiviteter
- Lekerom, utelekeplass

Man kan ikke regne med at institusjonenes svar på dette spørsmålet gjenspeiler det fulle omfanget av tilbudet til barna. Det kan for eksempel antas at når 7 av institusjonene tilbyr barnehage, så innebærer dette at barna får et pedagogisk tilbud i samsvar med hva som forventes av barnehager generelt. Flere av institusjonene svarer svært knapt på spørsmålet om hva tilbudet til barna består i. Det aldersspesifikke i tilbudene er i liten grad beskrevet.

Flere av institusjonene har lagt ved egne fagdokumenter der tilbudene er utdypet. Men også her er det varierende i hvor stor grad det gjøres rede for metodevalg og prosedyrer. Beskrivelsene er ofte nokså generelle og sier mest om tilbudets organisering og hva man ønsker å oppnå, mens det i mindre grad beskrives hva man konkret *gjør*. Allikevel gir fagdokumentene mye tilleggsinformasjon om institusjonenes uttalte faglige ståsted, målsettinger og metodevalg.

## 4.6 Personalets utdanning

*Hva slags utdanning har de ansatte som jobber med barna?*

På de fleste institusjonene er arbeidet med barna integrert i mer generelle behandlingsoppgaver. Det er derfor vanskelig å skille ut hvor stor andel av stillinger som brukes spesifikt til arbeid med barn. Vi har kartlagt hvilke profesjoner som er representert, og antall fagpersoner i de ulike kategoriene. Svarene gir en oversikt over hvilke faggrupper som er involvert i arbeidet med barna, og ikke den totale personalmessige ressursmengden som er tilgjengelig per barn.

Institusjonene har gjennomgående et høyt utdanningsnivå blant sine ansatte. Det er ikke store forskjeller på yrkesgruppene som er representert. I hovedsak er det høyskoleutdannede ansatte, som sosionomer, barnevernpedagoger, sykepleiere, vernepleiere, ergoterapeuter, lærere, førskolelærere etc. I tillegg har samtlige institusjoner tilgang til lege og/eller psykolog, enten i egen ansattgruppe eller eksternt. Østerbo evangeliesenter har den største andelen ufaglærte heltidsansatte.

## 4.7 Rutiner for samarbeid

*Hvilke rutiner for samarbeid om barnet har institusjonen nedfelt i forhold til det øvrige hjelpeapparatet og skole/ barnehage? Spesifiser i forhold til inntak, under oppholdet og ved utskriving (etter at barnet forlater institusjonen).*

De fleste institusjonene oppgir at de har samarbeid med barneverntjenesten i alle saker, gjerne allerede før familien legges inn. Det vanligste er å *stille krav* om samarbeid med barnevernet før innleggelse. Tromsklinikken velger å oppfordre de gravide til *frivillig samarbeid* med barnevernet. Slikt samarbeid skal ha kommet i stand ved alle innleggelser.

Fra institusjoner som tar inn gravide rapporteres det at det ikke alltid er enkelt å få i gang et samarbeid med barneverntjenesten. Så lenge barnet ikke er født og mor bor i et skjermet institusjonsmiljø, ønsker barneverntjenesten av og til å vente til etter fødsel før de vurderer å gå inn i saken. Dette kan oppleves som lite tilfredsstillende fra institusjonenes side, da de gjerne ønsker å etablere kontakt med barnevernet så tidlig som mulig, og ikke vente til en eventuell mangelfull omsorgsevne hos foreldre viser seg.

Institusjonene gir sparsomt med opplysninger om hvordan samarbeidsrutinene er, ut over å angi om samarbeid *alltid* finner sted eller om det etableres *ved behov*. Det sies heller ikke mye om ansvarsfordelingen i samarbeidet.

Arten av samarbeid kan kategoriseres slik:

- Informasjonsinnhenting (rapporter, epikriser etc.)
- Møtevirksomhet – fast eller ved behov
- Annen kontakt, skriftlig eller muntlig
- Informasjonsutlevering (rapporter, meldinger, saksinformasjon etc.)

I tabell 5 er institusjonenes svar på spørsmålet gjengitt (noe forkortet). Det bør bemerkes at svarene ikke nødvendigvis er helt dekkende for institusjonenes praksis. Det er kommet indikasjoner på at ikke alle institusjoner har besvart spørsmålet like grundig, slik at omfanget av samarbeid kan være noe større enn det som fremkommer av tabellen.

**Tabell 5: Institusjonenes samarbeid med eksterne instanser**

	<b>Samarbeid:</b>		
	Ved inntak	Under oppholdet	Ved utskriving
Fam.enh.Hov	Barnevernet er inne i alle sakene (barnevernet bestiller oppdrag). Skole, når skolebarn. Aline barnevernsenter i noen saker.	Barnevernet, ekstern skole, PPT, BUP ved utredning, Aline poliklinikk, Aline barnevernsenter.	Lokalt hjelpeapparat i hjemkommune.
Tromsklinikken	Klienter oppfordres til frivillig samarbeid med barnevernet under graviditeten.  Ofte samarbeid med sosialtjenesten, privat nettverk og fastlege ved inntak.	Samarbeid rundt individuell plan med bl.a. - fastlege - sosialtjenesten - barnevernet - helsesøster - fødepoliklinikken	Sosialtjeneste, fast lege og barnevernet.  Deltagelse i ansvarsgruppe-møter etter utskriving.
Veksthuset Molde	Innhenter opplysninger fra barneverntjenesten, helsestasjon, barnehager, utredningsinstanser, fødeavd., etc	Ansvarsgruppe-møter med barnehager, barneverntjenesten. Henviser videre til spesialisthelsetjenesten ved behov.	Ikke hatt utskrivinger ennå.
Borgestad-klinikken	Kun barn opptil skolealder. Samarbeid med barnevern, fosterhjem, beredskaps-hjem.	Sosialtjenesten, barnevern, fosterhjem, avlastningshjem, klinikkens egen barnehage.	Barneverntjenesten.



	<b>Samarbeid:</b>		
	Ved inntak	Under oppholdet	Ved utskriving
Lade beh.senter	Samarbeidet nedfelles i en kontrakt ved inntak. Kontrakten regulerer de ulike instansenes forskjellige oppgaver. Ansvarsgruppe.		
Origosenteret	Barnehagens styrer deltar i forvernsamtale.  Innhenting av evt. tidligere skrevet rapport om barnet.  Barnevernet er alltid inne i bildet før innleggelse.	Barnehagen deltar i ansvarsgruppe-møter. Rapport(er) til barneverntjenesten. Evt. samarbeid med/ henvisning til helsestasjon, lege, sykehus, fysioterapeut, PPT, BUP.	3 mnd oppfølging. Bidrar der hvor foreldre/barn trenger hjelp ved start i ny barnehage. Overføringsmøte for å sikre informasjon til ny barnehage. Veileder personalet i ny barnehage ved behov. Ansvarsgruppe-møter. Oppsummerende rapport til barneverntjenesten.
Riisby beh.senter	Barneverntjenesten i hjemkommunen må være med i et samarbeid rundt innleggelsen.	Helsestasjon tilknyttet institusjonen. Barneverntjenesten i hjemkommunen.	Barneverntjenesten i hjemkommunen.
Tyrili	Opprette forhold til barnevernet (ansvarsgruppe). Samarbeid med Aline etter fødsel for vurdering av omsorgsevne.	Oppretter/betaler barnehageplass. Oppretter beredskapshjem. Opplysningsplikt til barnevernet.	Samarbeid med sosialtjeneste og barnevern.

	Ved inntak	<b>Samarbeid:</b>	
		Under oppholdet	Ved utskriving
Østerbo	Barnevernet blir alltid kontaktet.	Kontakt med helsestasjon, skole. Møter med barneverntjeneste og sosialtjeneste.	Skriftlig melding til barneverntjenesten.
Aline	Barneverntjenesten i bydelene i Oslo. Utenbys: Fagteamene.	Barneverntjenesten i Oslo og utenbys, sosialtjenesten, sykehus, russektor, voksenpsykiatrien, habiliterings-tjenester.	Barneverntjenesten, sosialtjenesten.
Sudmannske	Informasjonsinnhenting via barneverntjenesten om barnehage (evt. skole) samt hjelpeapparatet (helsestasjon, BUP, PPT, fastlege/sykehus etc.).  De færreste barna har kontakt med hjelpeapparatet.	Innhenter informasjon fra, samt har felles møter med instanser som vurderes som hensiktsmessig ut fra - å kunne møte barnet på best mulig måte - å kunne gjøre fullstendig utredning - behovet for koordinering av arbeidet	Skriftlig oppsummering og rapport til barnevernet, som videreformidler informasjonen til ulike instanser.  Hvis institusjonen skal følge opp familien etter utskriving, tar institusjonen kontakt med aktuelle instanser.

#### 4.8 Oppfølging etter utskriving

I fagfeltet har det lenge vært en forståelse av at god oppfølging etter institusjonsopphold er av stor betydning for pasientens prognose. Mange behandlingsinstitusjoner har gjennom årene drevet et omfattende oppfølgingsarbeid i egen regi. I Lov om sosiale tjenester er det imidlertid nedfelt at kommunene har ansvar for oppfølging etter institusjonsopphold. Noen tiltak har tatt konsekvensen av dette og lagt ned eget

oppfølgingsarbeid, mens andre har opprettholdt sin tidligere praksis eller utviklet den i en annen form.

Etter innføring av rusreformen er institusjonsbehandling av rusmiddelavhengighet definert som spesialisthelsetjeneste. Helsevesenet har lang tradisjon for å begrense omfanget av spesialistbehandling og ha som prinsipp laveste effektive behandlings- og omsorgsnivå. Førstelinjetjenestene i kommunene skal stå for oppfølging etter spesialistbehandling.

I den foreliggende undersøkelsen har vi vært spesielt opptatt av oppfølgingen av barna. Barneverntjenesten peker seg ut som en naturlig oppfølgende instans innen førstelinjen. Vi har derfor spurt om hvorvidt det avtales oppfølging i regi av barnevernet etter utskriving. Vi har også spurt om det foregår noen form for oppfølging fra institusjonens side.

#### **4.8.1 Barnevernets oppfølging**

*Gjøres det avtale med barnevernet om oppfølging ved alle utskrivinger?*

Spørsmålet er noe upresist: Det spørres om det *gjøres avtale* om oppfølging, uavhengig av hvem det er som skal *stå for* oppfølgingen. Et ”Ja” kan bety at barneverntjenesten følger opp, eller at institusjonen selv gjør det (se avsnitt 4.8.2). Denne uklarheten kan gjenspeiles i svarene.

Samtlige institusjoner sier at det *gjøres avtale* med barnevernet om oppfølging. Det er bare Aline som oppgir at dette ikke skjer i alle, men ”i noen saker”. Trolig kan det ses i sammenheng med institusjonens praksis for egen oppfølging av barna. Aline tilbyr rutinemessig oppfølging av alle ruseksponerte barn i inntil 2 år ved egen poliklinikk.

Sudmannske påtar seg i mange tilfeller å stå for oppfølgingen, og beskriver dette slik:

”I rapporten som oppsummerer og vurderer familiens institusjonsopphold, konkretiserer vi bl.a. aktuelle hjelpetiltak som vi vurderer at familien trenger. Det blir barneverntjenestens ansvar at tiltakene iverksettes. I de fleste sakene ber barneverntjenesten institusjonen om å påta seg oppfølgingen. Dette både ut ifra institusjonens kjennskap til familien og den allerede opprettede relasjonen mellom familien og institusjonen, at institusjonen kan ta

på seg ”hele pakken” i stedet for at barneverntjenesten leier inn ulike personer som alle skal forholde seg til ulike ”biter” av familiens hjelpebehov, samt at barneverntjenesten selv i liten grad har kapasitet til å gi familien god nok oppfølging.”

Østerbo fastholder også at oppfølging er barneverntjenestens ansvar, men formulerer seg noe annerledes:

”Gir beskjed til barnevernet ved utskriving, så blir det opp til barnevernet å avgjøre om oppfølging er nødvendig. Barnevernet får rapporter underveis i rehabiliteringen og ved utskriving.”

Sudmannske gir konkrete forslag til barneverntjenesten om aktuelle hjelpetiltak. De opptrer således som en rådgivende instans som selv tar stilling til familiens hjelpebehov og formidler dette til barnevernet. Østerbo overlater behovsvurderingen til barneverntjenesten.

#### **4.8.2 Institusjonens oppfølging**

*Følger institusjonen opp barnet etter utskriving? Beskriv hvilke rutiner og intensjoner for oppfølging institusjonen eventuelt har.*

*Hvor lenge har institusjonen vanligvis kontakt med barna etter utskriving?*

Institusjonene har ulik praksis når det gjelder oppfølging av barna. I Tabell 6 er institusjonenes svar gjengitt, sammen med deres angivelse av hvor lenge de vanligvis har kontakt med barna etter utskriving.

**Tabell 6: Institusjonenes oppfølging, samt varigheten av kontakt med barna etter utskrivning**

<b>Institusjon</b>	<b>Oppfølging i regi av institusjonen?</b>	<b>Varighet av kontakt etter utskrivning</b>
Fam.enh.Hov	Nei. Det foregår et prosjekt i barnehagen i forhold til overføring til ny barnehage.	Ikke kontakt.
Tromsklinikken	Ja. Primært oppfølging av foreldrene gjennom parsamtaler, veiledning og ansvarsgruppemøter. Det utarbeides et oppfølgingsopplegg der tidligere pasienter kommer til institusjonen i oppfølgingsgrupper. Det er ønske om å få til oppfølging i hjemmet en periode etter utskrivning.	1-2 år.
Veksthuset	Mor (og barnet) følges opp ca 15 mnd etter etablering på hjemstedet.	Ikke hatt utskrivning ennå.
Borgestadklinikken	Oppfølgingsgruppe i inntil 2 år for mor og barn, men primært mor.	Følger mors kontakt med institusjonen.
Lade beh.senter	Individuell oppfølging i minimum 2 år (forpliktelse gjennom kontrakt) for de som blir skrevet ut planlagt etter avtale.	Lite erfaring så langt.
Origosenteret	Alle barna får oppfølgingstid på tre måneder. Hjelp i tilvenning og overføring til ny barnehage hvis det ikke er gjort tidligere. Besøk til den nye barnehagen, eventuelt hjem til familien. Tilrettelegging for besøk til	Tre måneder eller mer, avhengig av alder.

Institusjon	Oppfølging i regi av institusjonen?	Varighet av kontakt etter utskriving
	Origo og barnehagen. Telefonsamtaler til/fra barnet. Institusjonen sender brev, kort og bilder som ble tatt den siste tiden.	
Riisby beh.senter	Nei.	Ikke formell kontakt. Barneverntjenesten har oppfølging etter oppholdet.
Tyrili	Nei, men vanlig sosial kontakt.	Avhengig av kontakten med foreldrene: Fra ikke i det hele tatt til "bestandig".
Østerbo	Nei	Ingen kontakt.
Aline	Ruseksponerte barn blir rutinemessig tilbudt oppfølging i inntil 2 år ved Aline poliklinikk. Oppfølgingen innebærer testing og undersøkelser i forhold til barnets utvikling.	Inntil fylte 5 år
Sudmannske	Oppfølging etter avtale med familien og barneverntjenesten, lagt opp individuelt ut fra familiens behov.	Ca. 1 – 2 år.

Oppfølgingsnivået varierer fra ingen kontakt i det hele tatt til faste prosedyrer for oppfølging av barnet. Noen følger opp barnet "ved behov", andre har kun kontakt med barnet gjennom oppfølgingen av foreldrene, mens noen har kun uformell eller tilfeldig kontakt.

*Har institusjonen rutiner for å sikre at det utarbeides "Individuell plan" for barna før de forlater institusjonen? Hvis ja, beskriv.*

Retten til Individuell plan for pasienter/klienter med sammensatte behov er nedfelt i lover som kommer til anvendelse ved inntak i behandlingsinstitusjoner for rusmiddelmissbrukere. Dette gjelder både helse- og sosialtjenestelovgivning. En individuell plan er en overordnet plan som definerer behov, tiltak og ansvar for pasienter som behøver langvarige og koordinerte tjenester med bidrag fra flere hjelpeinstanser. Institusjonene har et medansvar for å ta initiativ til at slik plan utarbeides for innlagte pasienter. Når det utarbeides en behandlingsplan for oppholdet i institusjonen, vil denne inngå som en del av pasientens overordnede, individuelle plan. Intensjonene bak retten til individuell plan er at det skal sikres et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud og at ansvarsfordelingen mellom de ulike instansenes arbeid tydeliggjøres.

Av Tabell 7 ser vi at det kun er Tyrili som oppgir at de tar initiativ til at det utarbeides en overordnet individuell plan for barna. De øvrige svarer enten nei, de viser til at det er barnevernet som har ansvaret for dette, eller de henviser til at foreldrenes individuelle plan også gjelder for barna. En mulig feilkilde her er at noen kan ha forvekslet overordnet individuell plan med en mer avgrenset tiltaksplan for selve institusjonsoppholdet. På den annen side er det ingen grunn til å anta at institusjoner som ikke utarbeider egen plan for barnas opphold bidrar aktivt til individuell plan for tiden etter utskrivning.

**Tabell 7: Rutiner for å sikre at det utarbeides individuell plan**

<b>Institusjon</b>	<b>Har institusjonen rutiner for å sikre at det utarbeides individuell plan?</b>
Fam.enh.Hov	Nei (skriver for de voksne, inkluderer barna).
Tromsklinikken	Ikke for barna men for foreldrene da barna ofte er under 1 år. Barna blir en del av foreldrenes individuelle plan.
Veksthuset	Ikke rutiner foreløpig, antar at inst etter hvert vil kreve dette av barneverntjenesten.
Borgestadklinikken	Ikke spesielt for barna pr i dag, men jobber med ny utgave for familien.
Lade beh.senter	Nei.
Origosenteret	Nei, men individuelle behandlingsplaner for barna skal bidra til at overgangen til barnevern og barnehage blir tydelig mht tiltak og oppgavefordeling.
Riisby beh.senter	Nei.
Tyrili	Ja, i samarbeid med foreldre og barnevern.
Sudmannske	Individuell plan for barnet utarbeides mellom familien og barneverntjenesten i form av tiltaksplan som er hjemlet i Lov om barneverntjenester § 4-5, versus "Individuell plan" som utarbeides med hjemmel i Lov om psykisk helse. Tiltaksplanen er en forutsetning for opphold på institusjonen. Mer konkrete handlingsplaner utarbeides av familien og dennes hovedkontakt med bakgrunn i den overordnede tiltaksplanen.
Østerbo	Det blir ikke laget egne planer for barna, men barnevernet har som regel tilrettelegging i forhold til barnehageplass etc. Det blir ofte holdt ansvarsgruppemøter der barna er i fokus.
Aline	Barneverntjenestene har ansvar for å utarbeide en individuell tiltaksplan for hvert enkelt barn.



*For hvor mange barn som ble skrevet ut i 2004, hadde institusjonen samarbeid med oppfølgende instans etter utskriving?*

Dette spørsmålet bør ses i sammenheng med det forutgående om hvorvidt institusjonen følger opp barnet etter utskriving. Svarene er gjengitt i Tabell 8.

Tyrili, Borgestadklinikken og Veksthuset Molde hadde ikke utskrivinger av barn i 2004. Råsby, Familieenheten Hov og Aline hadde utskrivinger (hvh 1, 4 og 68 barn), men oppgir at de ikke har hatt samarbeid med oppfølgende instans i ettertid. Tendensen er at de institusjonene som følger opp barna etter utskriving også har mer kontakt med andre instanser. Institusjoner som overlater oppfølgingen til andre har mindre kontakt med både familiene og oppfølgende instans etter utskriving. En konsekvens av dette vil være at institusjoner som ikke selv følger opp familiene, heller ikke vil få vite det dersom oppfølgingen fra andre instanser faller bort.

**Tabell 8: Antall tilfeller og varighet av samarbeid med oppfølgende instans i etterkant av utskrivinger foretatt i 2004**

Institusjon	Samarbeidets varighet			Totalt (% av institusjonens utskrivinger i 2004)	
	0-3 mnd.	4-6 mnd.	Mer enn 6 mnd.		
Fam.enh.Hov	0	0	0	0	(0)
Tromsklinikken	0	0	1	1	(100)
Veksthuset	0	0	0	0	-
Borgestadklinikken	Uspes.*	-	-	-	-
Lade beh.senter	1	1	0	2	(100)
Origosenteret	4	5	1	10	(100)
Riisby beh.senter	0	0	0	0	(0)
Tyrili	-	-	-	-	-
Østerbo	2	0	0	2	(67)
Aline	0	0	0	0	(0)
Sudmannske	3	0	5	8	(89)
Totalt	10	6	7	23	(21)

#### 4.9 Evaluering

*Har institusjonen gjort noen form for evaluering av tilbudet som gis? Spesifiser i forhold til: Hva slags evaluering – med hvilke resultater.*

*Har institusjonen gjort noen oppfølgingsundersøkelser av barna?*

Institusjonene ser ikke ut til å ha skilt mellom disse to spørsmålene.

Hovedfunnet her er imidlertid at det er gjort få forskningsbaserte evalueringer av de beskrevne tilbudene. Dette føyer seg nok inn i et mønster som gjelder behandlingstiltakene i rusmiddelfeltet generelt. Nå er det samtidig viktig å fremheve at noen av familietilbudene er nyetablerte og har lite erfaring og materiale.

---

\* Kun oppfølgingsgruppe med mor og barn, ikke spesifisert tiden

Når flere institusjoner svarer ”Nei” på spørsmålet om de har gjort evalueringer av behandlingstilbudet, betyr ikke det at de ikke har hatt faglige refleksjoner omkring sin egen virksomhet. Tyrili formidler at de har hatt en muntlig evaluering/diskusjon om muligheten institusjonen har for å tilrettelegge et omsorgs- og aktivitetstilbud til barn og foreldre. Resultatet av denne diskusjonen er at barn pr. i dag ikke tas inn sammen med foreldrene på Tyrili, og gravide som legges inn etter Sosialtjenesteloven § 6-2a får kun være på institusjonen frem til fødsel.

**Tabell 9: Evalueringer og etterundersøkelser**

<b>Institusjon</b>	<b>Hva slags undersøkelse/ evaluering</b>	<b>Resultater</b>
Fam.enh.Hov	Langtids oppfølging av stoffmisbrukere og deres familier.	Publisert i bok
Tromsklinikken	-	
Veksthuset	-	
Borgestadklinikken	Pasienttilfredshets-skjema	
Lade beh.senter	-	
Origosenteret	En etterundersøkelse av barn innlagt ved Origosenteret i tidsrommet 1988 – 1995	Publisert i rapport
Riisby beh.senter	-	
Tyrili	Muntlig evaluering av muligheten til å tilrettelegge for både omsorg for barn og aktiviteter for foreldre	Foreldre med barn tas pr. i dag (2005) ikke inn på inst. 6-2a kvinner tas inn kun under graviditeten (frem til fødsel)
Østerbo	Er under arbeid	
Aline	Undersøkelser av hvordan det går med barn plassert i beredskapshjem og barn som er rusmiddeleksponert under svangerskapet	Publisert i forskningsrapporter, doktoravhandling
Sudmannske	Resultatevaluering i 2003-2004	Publisert I evalueringsrapport

Borgestadklinikken viser til at de har gjennomført pasienttilfredshetsundersøkelser. Dette har flere institusjoner gjort, ikke minst fordi det har vært stilt krav om det fra Rusmideletaten i Oslo overfor de som har hatt avtale med etaten. Brukertilfredshetsundersøkelser inngår som del av rusmideletatens kvalitetssystem. Måling av brukertilfredshet er en av fire

kvalitetsmålinger.<sup>3</sup> De øvrige målingene er resultatundersøkelser, interessentundersøkelser og arbeidsplassundersøkelser (Oslo kommune, Rusmiddeletaten 2005). Før rusreformen ble iverksatt var det kun brukertilfredshetsdimensjonen som var implementert av Rusmiddeletaten. Helse Øst har i forbindelse med konkurranseutsetting av behandlingsopdragene formidlet at de vil videreføre satsningen på kvalitetsmålings-systemet.

Fire institusjoner oppgir at de har gjennomført oppfølgingsundersøkelser av innlagte barn. Av de som sier nei er det en (Borgestadklinikken) som rapporterer at de er i ferd med å innlede et samarbeid med UiO om deltagelse i et større prosjekt. Origosenteret inngår i en oppfølgingsundersøkelse som del av Nytte-kostnadsstudien ved SIRUS.

Familieenheten Hov viser til en undersøkelse som er beskrevet i boka "Stoffmisbrukere og deres familier. En langtidsoppfølging" (Engeseth 1995). Dette er en omfattende longitudinell undersøkelse av voksne pasienter og deres familier, men har ikke et spesifikt fokus på barna etter en samtidig behandling.

Ved tre institusjoner er det publisert undersøkelser som handler spesifikt om barn av foreldre med rusmiddelproblemer: Sudmannske, Origosenteret og Aline. Undersøkelsene er forskjellige med hensyn til både problemstillinger og metoder. I det følgende gis en kort oppsummering av disse undersøkelsene.

#### **4.9.1 Sudmannske**

Sudmannske foreldre og barnsenter publiserte i 2004 en resultatundersøkelse (Hodnekvam og Bjørge 2004). Hensikten var å evaluere institusjonen før eventuell sammenslåing med Bergen Mødrehjem. Man ville undersøke om faktisk målgruppe og resultat var i samsvar med intensjonen ved oppstart av institusjonen. Med resultat siktet man til om målsettingene med institusjonsoppholdet ble nådd, samt status/tiltak ved utskriving og en tid etterpå. Følgende problemstillinger ble formulert:

---

<sup>3</sup> Man formulerer en serie spørsmål om ulike sider ved virksomheten, og brukerne rapporterer grad av tilfredshet langs en tallskala. Det settes en grenseverdi for hva man vil akseptere av gjennomsnittsskårer og enkeltskårer. Avvik fra kvalitetskravet forutsettes å bli kommentert i evalueringsrapporten og bli fulgt opp av egnede tiltak.

- Medvirker institusjonen til å sikre tidlig hjelp til gravide og mødre/foreldre med rusmiddelproblem?
- Medvirker institusjonen til å sikre barnas behov for trygghet, tilhørighet, stabilitet og kontinuitet i omsorgssituasjonen så tidlig som mulig i livet?

For å kunne svare på de overordnede spørsmålene ønsket man å undersøke i hvilken grad institusjonen når delmålene for de enkelte fasene og avdelingene. Formuleringen av delmålene var hentet fra plandokumentet som lå til grunn for oppstart av institusjonen:

Delmål 1: Gi et tidlig tilbud om rusfritt svangerskap til rusmiddelmissbrukende gravide.

Delmål 2: Vurdere mor/foreldres hjelpebehov og omsorgsevne.

Delmål 3: Gi langvarig hjelp og støtte slik at foreldrene selv kan ivareta omsorgen for barnet.

Datainnsamlingen besto av dokumentanalyse (plandokumenter og klientrapporter), spørreskjema til de kommunale sosialtjenestene og barneverntjenestene, samt noen andre sentrale instanser. Klientutvalget besto av 53 familier som avsluttet sitt opphold ved Sudmannske før 31.12.02. Fem familier hadde hatt to opphold ved institusjonen. Dermed inngår til sammen 58 opphold i undersøkelsen. Det ble sendt ut spørreskjema til sosial- og barneverntjenesten i alle kommuner i Hordaland, til Oppsøkende avdeling og Barnevernvakten i Bergen, til Kvinneklubben ved Haukeland universitetssykehus og til fire rusverninstitusjoner i fylket. Man mottok svar fra ca 65 % av sosialkontorene og barnevernkontorene og fra fire av de syv øvrige instansene.

Hodnekvam og Bjørge oppsummerer resultatene slik:

- Målsettingen var nådd helt eller delvis for nesten 75 % av de gravide (N=22). Hovedmålsettingen for denne gruppen var å gjennomføre et rusfritt svangerskap. Bare om lag 50 % av kommunene som hadde benyttet seg av tilbudet svarte på om de var fornøyde, men flertallet av svarene uttrykte tilfredshet. *Det konkluderes med at resultatet for de gravide er godt, men at det er en utfordring å få flere gravide innlagt tidligere i svangerskapet, samt å få ut informasjon om tilbudet til relevante instanser.*
- Av 47 familier som avsluttet utredningsopphold i perioden var målsettingen om gjennomført vurdering av omsorgssituasjonen utført

hos ca 80 %. *Det stilles spørsmål ved om ikke denne utredningen med fordel kunne ha vært gjennomført tidligere for mange av familiene, gjerne med oppstart allerede under svangerskapet.*

- Nitten familier var i perioden innlagt på Familieavdelingen hvor en målsetting er at barna skal bli boende hos sine biologiske foreldre. Kun åtte av mødrene hadde omsorgen for barna i 2003, og av disse var 5 familier utskrevet i løpet av de siste to årene. *Man spør seg om institusjonen har vært for optimistisk i sin vurdering av hvem som gis langtidsopphold, og således har medvirket til at barneverntjenesten har utsatt vedtak om fremtidig omsorgssituasjon.* Dette er i så fall i strid med intensjonen ved etableringen av institusjonen.
- For flere av familiene har oppholdet hatt positiv innvirkning på foreldrenes forståelse av barnas behov og av egen omsorgskompetanse. Dette har ført til godt samarbeidsklima mellom foreldrene og hjelpeapparatet, også der hvor barna er plassert under alternativ omsorg. *Man mener derfor at oppholdet kan ha positive resultater også der hvor det ender med omsorgsovertakelse.*

#### 4.9.2 Origosenteret

Ved Origosenteret er det publisert en etterundersøkelse av 18 barn som var innlagt sammen med foreldre i 1988 – 1995 (Aase 2000). Tolv av dem ble født av mødre som var innlagt på institusjonen i kortere eller lengre tid før fødsel. De øvrige 6 kom til institusjonen i varierende tid etter fødsel, fra noen få uker til over 3 år ved innleggelse. Ett barn ble født kort tid etter at familien ble skrevet ut fra Origosenteret.

Det ble innhentet opplysninger om barna fra tilgjengelig journalmateriale og gjennom samtaler med foreldre, barneverntjenesten og eventuelt fosterforeldre som ved tidspunktet for etterundersøkelsen hadde daglig omsorg for barna. Videre ble det innhentet opplysninger fra graviditet, fødsel og spedbarnstid ved hjelp av svangerskapsjournal og fødejournal, barnas fødselsmelding og opplysninger fra helsestasjonen. Der hvor det ble gitt samtykke ble det gjennomført en utviklingsvurdering ved hjelp av Bayleys utviklingsskjema<sup>4</sup>. Kort tid etter fødsel ble det for 8 av barna foretatt en Brazelton-undersøkelse. Tretten barn ble undersøkt med Vedelers observasjonsskjema i institusjonens barnehage.

---

<sup>4</sup> For omtale av undersøkelsesmetodene, se kap. 7.2 - Oversikt over kartleggingsverktøy

Aase understreker at det er vanskelig å trekke sikre konklusjoner på grunnlag av et så lite klinisk materiale. Hun mener likevel at resultatene indikerer at både barn og foreldre får best utbytte av behandlingen dersom den gravide blir innlagt tidlig i svangerskapet. Dette gir barnet et bedre intrauterint miljø fordi mor ikke bruker rusmidler og lever et generelt sunnere liv. Mor får også et annet forhold til det å være gravid, hun får forberedt seg bedre på fødselen, og forholdene ligger bedre til rette for en god tilknytning mellom mor og barn. De mødrene som ble innlagt sent i svangerskapet eller etter fødsel, fikk oftere barn med rusrelaterte skader. Barna hadde også i større grad behov for spesielle tiltak, skjerming og tilrettelagt oppfølging i første leveår eller lengre. Det var tendenser til at jo lenger barna var eksponert for rusmidler eller hadde levd sammen med aktivt rusmiddelbrukende foreldre, jo større var sjansen for at de fikk rusrelaterte funksjonsforstyrrelser og så store psykososiale problemer at de trengte støttetiltak i barnehage og skole.

### **4.9.3 Aline spedbarnsenter**

Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo har, i samarbeid med Aline barnevernsenter, gjennomført en prospektiv, longitudinell studie av barn som ble eksponert for rusmidler under svangerskapet. Til sammen 78 barn av rusmiddelmisbrukende mødre har deltatt, i tillegg til 56 kontrollbarn. Mødrene hadde i første rekke brukt opiater, men i de fleste tilfeller også andre rusmidler. Fungering og utvikling hos barna ble kartlagt ved hjelp av en rekke utviklingstester og spørreskjemaer fra spedbarnsalder og opp gjennom hele småbarnsalderen. Til nå foreligger resultater fra de første leveårene frem til 4,5 år. Ni års oppfølgingen er avsluttet og data er i ferd med å bli bearbeidet. En ytterligere oppfølging av disse barna ved 11 år er foretatt ved hjelp av MRI undersøkelser.

I løpet av første leveår ble 85 % av barna plassert i foster- eller adoptivhjem spesielt utplukket for å ivareta barn med spesielle behov. Undersøkelsen viser at disse rusmiddeleksponerte barna utgjør en risikogruppe selv når de blir plassert i permanente fosterhjem tidlig i første leveår, og får vokse opp under antatt gode omsorgsbetingelser. I den første perioden hadde de fleste store abstinenser og reguleringsvansker. De var vanskelige å trøste og hadde problemer med å ta til seg mat.

Gjennom småbarnsalderen viste utviklingstester at de rusmiddel-eksponerte barna var forsinket med hensyn til motorisk og mental utvikling, sammenlignet med kontrollbarna. Ved testing etter 4,5 år var det



mer spesifikke forskjeller som kom frem, først og fremst ulikheter i mentale funksjoner som ikke krever språklige eller innlærte ferdigheter, slik som figur-form kopiering, øye-hånd koordinering og orientering i rom. Dette er ferdigheter som antas å henge sammen med nevropsykologiske vansker.

I tidlig førskolealder hadde rusmiddeleksponerte barn mer oppmerksomhetsvansker og problemer med å håndtere adferd og følelser enn kontrollgruppe barna. De hadde også større problemer i lek og samspill enn sine jevnaldrende i barnehagen. Forskjellene mellom de to gruppene var på dette tidspunktet mer uttalt for guttene enn for jentene.

For øvrig har undersøkelsen så langt vist at forskjellene mellom de rusmiddeleksponerte barna og kontrollbarna har avtatt etter hvert. Dette indikerer at et gunstig og stimulerende miljø i noen grad kan kompensere for skadene av rusmidlene. Derfor gir undersøkelsen grunn til å anta at tidlig, veiledet fosterhjemsplasing har hatt en positiv virkning. I motsetning til en rekke andre internasjonale studier av barn som fortsetter å bo i belastede miljøer, viser denne undersøkelsen en gradvis bedring av mental og motorisk utvikling over tid.

Omtrent halvparten av de rusmiddeleksponerte barna hadde god tilpasning og fungering, og fosterforeldrene var ikke spesielt bekymret for dem. Totalt sett bekrefter allikevel studien at bruk av tunge rusmidler i graviditeten kan føre til forstyrrelser i sentralnervesystemet, og at disse kommer til uttrykk i barnas adferd, ikke bare gjennom en kort periode etter fødselen. Undersøkelsen indikerer at mange fosterforeldre som har omsorg for slike barn vil trenge kontinuerlig veiledning og støtte for å hindre at barna utvikler store adferdsproblemer.

UiO og Aline barnevernsenter er nå i gang med en ny studie. I denne vil reguleringsvansker, samspill og utvikling gjennom de første leveårene bli undersøkt prospektivt blant barn som har vært prenatalt eksponert for opiat (enten medikamenter som metadon og subutex, eller heroin/blandingsmisbruk). Hovedformålet med den nye studien er å se på mekanismer som medierer og modererer virkningene av prenatal rusmiddeleksponering i forhold til senere utviklingsvansker, slik at kunnskapen deretter kan danne grunnlag for tidlig intervensjon.

Prosjektet vil inngå i en koordinert forskningssammenheng der fokus er barn av kvinner som har brukt opiat og andre rusmidler i svangerskapet.

I forskningssamarbeidet inngår Psykologisk institutt UiO, Aline poliklinikk, LARØST og Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer UiO. Det er også inngått et samarbeid med Nasjonalt Folkehelseinstitutt, avd. for psykisk helse. Med utgangspunkt i data fra den store Mor og Barn Undersøkelsen vil man undersøke sammenhengen mellom prenatal rusmiddeleksponering (alkohol og andre rusmidler), mødres psykiske helse og barnets utvikling og sammenligne disse dataene med de øvrige prosjektene.

## 4.10 utfordringer

*Hvor ligger hovedutfordringene i forhold til å kunne oppfylle institusjonens målsetting for barnet?*

Institusjonene identifiserer utfordringer med hensyn til både faglige spørsmål, organisering, økonomi, bemanning og samarbeid.

### 4.10.1 Faglige utfordringer

- Ha tilstrekkelig tilgang til metoder for observasjon og kartlegging av barna og samspillet med foreldrene, og gode kriterier for valg av metoder.
- Bidra til å utvikle nødvendig sosial kompetanse hos foreldrene, slik at de blant annet kan mestre møtene med instanser/situasjoner de må håndtere som foreldre.
- Hjelp foreldrene til å ivareta omsorgen godt nok også etter barnets første leveår, med alt hva det innebærer av nødvendig måloppnåelse for foreldrene (stabil rusfrihet, godt sosialt nettverk, gode nok foreldre funksjoner).
- Sikre at barnets behov blir sett, og at foreldrenes evne til å møte disse blir vurdert og fulgt opp. Også foreldrenes eventuelt varierende fungering må synliggjøres ved at personalet ser/følger familien tett, slik at en i større grad klarer å ha fokus på barnets omsorgsbehov.
- Få en avklaring innen rimelig tid på om foreldrenes omsorgsevne og nyttiggjøring av behandlingen er tilfredsstillende, eller om man skal gå inn for omsorgsovertagelse.

- Få til en god tilbakeføring av barnet til foreldrene etter en periode med plassering under alternativ omsorg (fosterhjem, barnehjem). Relasjonsbrudd mellom barn og nære omsorgspersoner og påfølgende tilknytningsproblemer gjør at det er særlig utfordrende for foreldrene å reetablere seg som barnets primære omsorgspersoner.

#### **4.10.2 Organisering**

- Sørge for en praktisk tilrettelegging av omsorgen for barnet mens foreldrene deltar i behandling.
- Få tilstrekkelig med tid til å gjennomføre nødvendige tiltak.
- Komme inn med hjelpetiltak så tidlig i barnets liv som mulig. Aline barnevernsenter kommenterer:  
” (...) institusjonsplasseringer skal kun benyttes i de mest alvorlige tilfelle. Det betyr at institusjonen kommer i befatning med de mest marginale og utsatte familiene med små barn. Aline ønsker å komme tidlig inn (...) også i familier hvor problembelastningene ikke har blitt for alvorlige for å forebygge senere belastninger for barnet.”

#### **4.10.3 Økonomi**

- Tilrettelegge tilstrekkelige økonomiske rammebetingelser til å kunne gi et faglig godt nok tilbud til barna. Origosenteret kommenterer:  
”Vår institusjon bruker større ressurser per barn enn per voksen pasient. Ved anbudskonkurranser er det en utfordring å vinne forståelse for at et faglig godt tilbud til barna forutsetter tilstrekkelige fysiske/materielle ressurser og personalmessig kompetanse og kapasitet, og at dette vil måtte gjenspeiles i døgnprisen for barne plassene. Det har vist seg vanskelig oppnåelig hittil.”

#### **4.10.4 Bemanning**

- Finne kompetent personale som har erfaring i utredning av spedbarn.

#### 4.10.5 Samarbeid

- Sikre et godt samarbeid med barnevern og andre offentlige etater.

#### 4.11 Opplysninger fra familiesentrene

Vi henvendte oss langt ut i prosjektperioden til familiesentrene selv om de opprinnelig ikke var definert inn i målgruppen. Tiltakene mottok et spørreskjema som var nesten identisk med det som ble benyttet overfor de øvrige informantene. Svarprosenten var på noe over 50 og mange av de innkomne skjemaene var ufullstendig utfylt. Vi har derfor begrenset informasjon om familiesentrene, men vil fremheve dem som viktige instanser å eventuelt undersøke videre.

De innkomne opplysningene kan oppsummeres slik (alle tall gjelder for 2004):

- Formålet med oppholdet er for de fleste institusjoners vedkommende å styrke foreldrenes omsorgskompetanse, eventuelt foreta en utredning av denne.
- På 8 av 10 sentre var i alt 55 barn innlagt sammen med foreldre med kjent rusmiddelproblem.
- Gjennomsnittlig oppholdstid for disse familiene var 3-6 måneder.
- De fleste barna var under 3 år.
- Ved 5 sentre var det til sammen 20 tilfeller av avbrudd i oppholdet som resultat av omsorgsovertakelse.
- Antall familier med rusmiddelproblematikk beskrives som varierende eller økende.
- Flere sentre oppgir at de kartlegger foreldre-barn samspill, men ingen nevner spesifikke kartleggingsmetoder.
- Det rapporteres om tilsvarende vansker og skader hos barna som ved de øvrige institusjonene i undersøkelsen.
- De ansatte har jevnt over høy formell kompetanse (høgskoleutdanning), og flere har tilgang til psykolog internt eller eksternt.
- Tilbudet til barna beskrives som omsorgstiltak (barnehage, lekemuligheter, strukturert hverdag), og ikke som behandlingstiltak.

Vi ser av dette at familiesentrenes målgruppe trolig er delvis overlappende med målgruppene til de øvrige institusjonene i undersøkelsen. De later imidlertid til å ha et mer avgrenset fokus: De er omsorgs- og utredningsinstitusjoner, og har ikke som del av sitt mandat å tilby behandling til foreldre eller barn. Det kommer heller ikke fram av vårt materiale at de arbeider spesifikt med utredning og oppfølging av rusmiddelrelaterte vansker og skader hos barna.



## **5 Faglige/teoretiske betraktninger om arbeidet med barn i behandlingsinstitusjonene**

### **5.1 Barnas behov – og foreldrenes**

Når vi skal trekke frem faglige og teoretiske momenter av betydning for barn i de beskrevne behandlingsinstitusjonene, er det naturlig å ta utgangspunkt i en drøfting av hva som er barnas behov under og eventuelt etter oppholdet. Med ”behov” menes her de betingelser som bør være oppfylt for å sikre barna tilfredsstillende livs- og utviklingsvilkår. Hvilke behov har barn som legges inn sammen med foreldre og hvordan kan disse ivaretas?

Innleggelsessituasjonen er bestemt av foreldrenes rusmiddelproblemer og behov for behandling, og ikke primært av barnas egne vansker. Foreldrenes behandlingsbehov kan utgjøre store utfordringer i forhold til å ivareta barna i tilstrekkelig grad. Definisjonen av inntakssituasjonen og behandlingsmål har klare implikasjoner for institusjonenes arbeid med familiene, og er viktige å avklare.

### **5.2 Utviklingsoppgaver**

Stray (1998) beskriver noen utfordringer som følger av å ta barna med når foreldrene er innlagt i behandling. Hun peker på at foreldre og barn har ulike behov, eller ”utviklingsoppgaver”, under oppholdet. En vellykket behandling må innebære at både barnas og foreldrenes utviklingsoppgaver ivaretas i tilfredsstillende grad.

Foreldrenes utviklingsoppgaver er først og fremst knyttet til å få rusmiddelavhengigheten under kontroll. Dette er en krevende prosess. Tidlig i behandlingen preges mange av abstinenser og dårlig fysisk form etter lang tids rusmiddelbruk. Etter hvert blir disse plagene mindre, men trangten til å ruse seg kan fortsatt ta mye av oppmerksomhet og krefter. Til tider forekommer tilbakefall hvor foreldre inntar rusmidler under oppholdet. Dette kan oppleves som nokså dramatisk. Barna kan brått bli avskåret fra kontakt med foreldrene, og f.eks. bli plassert i beredskapshjem. Institusjoner som tar imot barn må ha gode rutiner for akutte situasjoner slik at hensynet til barna blir tilstrekkelig ivarettatt.

Rusmiddelproblemer samspiller ofte med andre vansker. Kombinasjonen av rusmiddelproblemer og psykiske lidelser som angst og depresjon og ulike former for personlighetsforstyrrelser er vel dokumentert. I Norge bl.a. av Ravndal 1994, Lauritzen et al. 1997, Statens helsetilsyn 2000, Landheim et al 2002, Evjen et al. 2003, Lauritzen & Waal 2003. Hjelp for psykiske problemer vil derfor være en sentral utviklingsoppgave for mange foreldre i rusbehandlingsinstitusjoner. Foruten å prege foreldrenes kapasitet til endringsarbeid kan den psykiske lidelsen i seg selv utgjøre en risikofaktor for barna, også på lang sikt (jfr. bl.a Beardslee et al.1998).

Fra praksisfeltet hevdes det at man stadig møter pasienter som har hatt et omfattende rusproblem siden tidlig ungdomstid, og som på et vis har ”stoppet opp” i utviklingen. Når de blir rusfrie i institusjon, kan de gå inn i en slags forsinket ungdomstid preget av de samme utviklingsoppgavene som man står overfor i puberteten: Identitetssøkning, løsrivelse, sort/hvitt-tenkning, her-og-nå-fungering, impulsstyrt atferd, over- eller undervurdert selvbilde (Stray 1998, s. 16). I denne fasen vil foreldre vanskelig kunne overlates til seg selv med omsorgen for barna. I institusjonen må det legges til rette for den nødvendige nære kontakten mellom barn og foreldre, samtidig som foreldrene må gis mulighet til å gå gjennom denne forsinkede ungdomstiden med de utfordringer det medfører i form av umoden og tilsynelatende nokså irrasjonell atferd.

Rusmiddelmisbruk fører ofte til en ustabil familiesituasjon (Backe-Hansen 2005): Hyppige partnerskifter, voldsbruk mellom foreldrene eller mellom dem og andre i rusmiljøet, store svingninger i humør og funksjon, somatisk sykdom, ustabil og dårlig økonomi, hyppige flyttinger og skoleskift for barna, lav boligstandard og sosial isolasjon – her er det mange forhold som ofte må arbeides med under foreldrenes rehabilitering. Det er en stor utfordring for institusjonen å forholde seg til alle disse problemområdene, og samtidig holde en overordnet oppmerksomhet på barnas situasjon og behov.

Barnets utviklingsoppgaver er store. Det skal gjennom samspill og tilknytning gradvis utvikle seg mot selvstendighet og uavhengighet. Barnet fødes med nedarvede egenskaper, både kognitivt, emosjonelt og fysisk. Fra fødselen av skjer det en interaksjon mellom barnet og omsorgspersonen(e) hvor partene påvirker og påvirkes av hverandre. Fordi nyfødte barn er svært forskjellige, vil også foreldreoppgaven bli ulik avhengig av hva barnet bidrar med i relasjonen og hvordan dette spiller sammen med foreldrenes bidrag og forutsetninger. Rusmiddeleksponering i svanger-



skapet vil kunne ha store konsekvenser her, noe vi kommer tilbake til i avsnittet om barnas behov.

### 5.3 Tilknytning, samspill og foreldrefunksjoner

Mye av litteraturen om barns utvikling og foreldrenes bidrag til denne tar utgangspunkt i det som er skrevet om begrepet ”tilknytning” (attachment) (bl.a Ainsworth 1978, Bowlby 1988). Barnets tilknytning til omsorgspersonene etableres og videreutvikles gjennom samspillet dem imellom. En god interaksjon forutsetter at omsorgspersonene er i stand til å respondere sensitivt og forutsigbart på barnets atferd og behov. Barn av rusmiddelavhengige stiller ofte foreldrene overfor langt større utfordringer enn andre barn. En stor andel av dem har vært eksponert for rusmidler under svangerskapet og bærer med seg konsekvenser av dette.

Alle barn knytter seg til foreldre og nære omsorgspersoner, uansett hvordan de blir behandlet. Det må de for å overleve. Men de knytter seg an på ulikt vis. Innen barnet har blitt ett år har det utviklet et tilknytningsmønster til omsorgspersonene. Noen utvikler et trygt tilknytningsmønster, andre utvikler ulike utrygge mønstre. De trygt tilknyttede har opplevd foreldre som har vært følelsesmessig tilgjengelige, sensitive og forutsigbare. De føler seg trygge på at omsorgspersonene vil trøste, beskytte og ta vare på dem hvis de skulle føle seg truet. De som viser ulike utrygge mønstre har ofte opplevd manglende følelsesmessig tilgjengelighet og til dels skremmende atferd. De utrygt tilknyttede føler seg ikke sikre på at foreldrene vil beskytte. Tilknytningsteori har gitt vår forståelse av barns tilknytning og utvikling både en biologisk og relasjonell forankring. Den integrerer en rekke teorier: etologi, psykodynamisk teori, systemteori, nevrofysiologi, kognitiv teori og utviklingspsykologi.

Det foreligger en del studier som viser barns tilknytningsmønstre i forhold til mødre med rusmiddelproblemer. O’Connor et.al. (1987) dokumenterte tilknytningskvaliteten hos ettåringer, barn av middelklassekvinner over 30 år med alkoholproblemer (46 barn). De fant at 48 % (22 barn) ble klassifisert som trygge og de øvrige som utrygge. 35 % (16 barn) var kategorisert i den ekstremt utrygge gruppen med tilknytningsforstyrrelser (desorganiserte). Barna i den ekstremt utrygge gruppen var de tunge misbrukernes barn. Rodning et.al. (1989) sammenlignet prenatalt rusmiddeleksponerte toåringer (8 født rettidig og 10 født for tidlig) med for tidlige fødte toåringer (41 barn) med lignende sosioøkonomisk status og etnisk bakgrunn hos enslige foreldre med hensyn til tilknytningskvalitet.

Majoriteten av de rusmiddelksponte barna hadde utrygg tilknytning mens den største andelen av de ikke rusmiddelksponte viste et trygt tilknytningsmønster.

Rodning et. al. (1991) undersøkte også kvaliteten av tilknytning og av tilknytning og omsorgsmiljø hos barn (46 barn) som hadde vært utsatt bl.a. for kokain i svangerskapet. De rusmiddelksponte barna ble sammenlignet med barn som ikke hadde vært ruseksponte men som hadde samme etniske og sosioøkonomiske bakgrunn og var fra samme geografiske område. Majoriteten av de ruseksponte hadde utviklet utviklingsforstyrrelser (desorganiserte), mens den største andelen av de ikke-ruseksponte barna viste trygg tilknytning.

Carlson et. al. (1989) og Lyons-Ruth et. al. (1990) fant at 40-50 % av barn i et utvalg av deprimerte og alkoholiserte mødre ble klassifisert som desorganiserte.

En sensitiv respons til barnet fordrer at foreldrene er i stand til å ivareta en rekke viktige foreldrefunksjoner. Killén og Olofsson (2003) oppsummerer de antatt viktigste funksjonene for samspillet mellom foreldre og barn og for barnets tilknytning, trivsel og utvikling:

- Foreldres evne til å se barnet som det er og akseptere det
- Foreldres evne til vedvarende å engasjere seg positivt følelsesmessig i barnet
- Foreldres evne til innlevelse med barnet
- Foreldres evne til å prioritere barnets utviklingsmessige behov
- Foreldres evne til å ha realistiske forventninger til barnet

Både psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet vil gi foreldrene store vansker med å fylle disse funksjonene på en god nok måte. Dette skyldes både rusen i seg selv, avhengighetens dominerende plass i foreldrenes prioriteringer, og deres eventuelle psykiske ustabilitet og sårbarhet.

Disse problemene må igjen sees innenfor en kontekst av generelt vanskelige livsforhold.

## 5.4 Medfødte rusmiddelrelaterte skader

Mange barn av rusmiddelmissbrukere har vært eksponert for rusmidler under svangerskapet, og det er nå en økende oppmerksomhet på omfang og konsekvenser av disse medfødte skadene.

Når det gjelder alkoholeksponering i svangerskapet er det dokumentert fare for betydelige skader ved høyt alkoholkonsum hos mor, med føtalt alkoholsyndrom som det mest dramatiske utfallet. Syndromet innebærer både fysiske misdannelser og mentale utviklingsforstyrrelser. En nylig utgitt rapport fra Sosial og helsedirektoratet (2005) oppsummerer kunnskap om alkohol og graviditet og hva som er skadelig for fosteret. Det fremheves at høyt alkoholforbruk kan gi økt forekomst av misdannelser av organer; av hjernen, hjertet, nyrer, immunforstyrrelser etc. De fleste av disse avvikene opptrer ved et høyt alkoholforbruk tidlig i svangerskapet. Sammenfattende ser prenatalt alkoholkonsum ut til å virke ugunstig på barnets mentale utvikling. Alkohol kan skade de forskjellige prosessene i hjernens utvikling gjennom hele svangerskapet, og effektene ser ut til å øke i takt med høyere alkoholinntak hos mor. Forskning om misbruksproblematikk og psykiske lidelser som en følge av alkohol i svangerskapet er også trukket frem. På bakgrunn av denne rapporten har Sosial- og helsedirektoratet gått ut med råd om nulltoleranse for alkohol under graviditet.

Barn født av mødre med forbruk av rusmidler fremheves som en risikogruppe både obstetrisk, pediatrik, psykologisk og sosialt (Sundhedsstyrelsen 2005). Rusmidlers innvirkning på graviditet, fødsel og barnets utvikling er omfattende dokumentert blant annet av Olofsson & Lindemann (2003) og Olofsson (2005). Både medisinske og psykososiale utviklingskader beskrives. En dansk etterundersøkelse av 89 barn med opioidavhengige mødre (Olofsson et.al.1983) viste blant annet følgende forekomst av skader og komplikasjoner:

- For tidlig fødsel 20 %
- Lav fødselsvekt 31 %
- Abstinenser ved fødsel 85 %
- Retardert utvikling 21 %
- Atferds- og psykiske problemer 54 %
- Uten spesifikke vansker 25 %

Barna var i gjennomsnitt fire år ved undersøkelsestidspunktet.

Moe (2002) og Slinning (2004) har undersøkt 78 barn født mellom 1991 og 1995 som har vært eksponert for rusmidler – i hovedsak opiater – i svangerskapet. Barna og en kontrollgruppe er fulgt gjennom syv sesjoner fra fødselen av og inntil 11 års alder. Studien, som er nærmere omtalt i kapittel 4.9.3, dokumenterer de betydelige skadene rusmiddeleksponering i svangerskapet kan ha:

- 8 av 10 hadde abstinenssymptomer ved fødsel
- En av fire hadde ved fire års alder behov for hjelp fra psykisk helsevern
- Kjønnforskjeller i utviklingen viste seg allerede fra første leveår. Langt flere gutter enn jenter hadde i 4 års alder problemer med å regulere oppmerksomhet, atferd og emosjoner
- Halvparten av de rusmiddeleksponerte barna utviklet atferdsmessige, sosiale og emosjonelle vansker

Funn fra disse og lignende undersøkelser peker i retning av at forebygging av rusmiddelrelaterte skader hos barn må være et høyt prioritert innsatsområde.

## 5.5 Behovet for gode overganger

Et institusjonsopphold utgjør en forhåpentligvis viktig, men like fullt avgrenset periode i familiens liv. Selv langtidsopphold på 1-2 år omfatter en relativt liten del av den voksne pasientens liv. For barna er det annerledes. Ett år av livet til en fireåring er lang tid. For en treåring som legges inn i institusjon, kommer innleggelsen som en svært stor endring i et foreløpig kort livsløp. Ett år senere vil eventuell utskriving utgjøre en like stor forandring.

Lignende overganger mellom ulike faser finner sted gjennom hele livet. Barn opplever overganger blant annet ved oppstart i barnehage og skole, ved flytting, og ved endringer i familiestrukturen. Overgangene har i seg muligheter for utvikling og vekst, eller for krise og stagnasjon. Måten overgangene skjer på kan også være av betydning, og i enkelte tilfeller ha like stor betydning for individet som overgangen i seg selv.

En vesentlig forskjell på barn og voksnes overganger er at barna ikke innehar den voksnes evne og mulighet til å betrakte disse ”utenfra”. Det som, for den voksne, er et midlertidig avbrekk med muligheten i seg til å

dreie livet i positiv retning, er for barna en radikal endring i bomiljø, sosialt liv, døgnrytme med mer, som de ikke forstår begrunnelsen eller tidsperspektivet for.

For institusjoner som tar imot barn over lengre tid betyr dette at

- overgangene må gjøres gode i den forstand at endringene som skjer er overveiende positive endringer, slik at overgangen kan utnyttes som middel til vekst og utvikling
- overgangene må gjennomføres på en måte som ivaretar barnas opplevelse av disse, for å forebygge at de oppleves som dramatiske brudd uten sammenheng og mening

Det første punktet ivaretas ved at institusjonsoppholdet gis et innhold og en kvalitet som fyller de behov barna har. Utskrivingsfasen og tiden etter utflytting forberedes og gjennomføres slik at barnas behov tilgodeses også i denne særdeles viktige tiden da et liv skal gjenopptas etter opphold i en tilrettelagt institusjonsverden. Betydelige utfordringer som venter foreldrene når de kommer ut av institusjonen, og de tidsperspektiver man må regne med i arbeidet med rusmiddelavhengighet, tilsier at familien har behov for tett oppfølging i lang tid. Familien kan trenge hjelp til å bevare og videreutvikle de eventuelt gode følgene av institusjonsoppholdet. De kan behøve hjelp og støtte til å håndtere nye utfordringer som livet gir etter utskrivning. Og kanskje viktigst av alt: Dersom det går galt, og barna befinner seg i en situasjon av mangelfull omsorg eller av omsorgssvikt, er det av avgjørende betydning at dette blir oppdaget så snart som mulig, slik at nødvendige tiltak kan iverksettes. God nok oppfølging av familien er av største betydning for å sikre barna tilfredsstillende oppvekstvilkår.

Det andre punktet handler om selve overgangene, i vårt tilfelle først og fremst om prosessen rundt inntak og utskrivning. Denne vil oppleves ulikt avhengig av barnas alder. De aller minste barna (spedbarn) registrerer knapt at det foregår et miljøskifte ved inntak. Jo eldre de blir, desto større kan man anta at omveltningen blir ved inntak og utskrivning. Eldre barn vil reflektere over det som skjer, og forsøke å se en mening i hendelsene. De har også gjerne et mer omfattende sosialt liv utenfor familien, og en innleggelse kan bety et plutselig brudd i kontakten med det sosiale nettverket. Spesielt tydelig blir dette for skolebarn dersom innleggelsen medfører flytting fra hjemstedet, men også i barnehagealder vil et brått oppbrudd og overflytting til institusjonsbarnehage kunne oppleves som forvirrende og gi grunnlag for tapsopplevelser. Dette er forhold som

institusjoner bør ta hensyn til når de legger inn eller skriver ut barn. Det vil være av interesse å se hvordan institusjonene planlegger og gjennomfører overgangene for barna.

## 5.6 Generelle kriterier for god behandling

Det er så vidt vi vet ikke publisert forskning som belyser hva som kjennetegner gode institusjoner for familier i behandling for rusmiddelproblemer sett fra barnas perspektiv. Den forskningen som tar for seg virksomme faktorer i de voksnes behandling gir også nokså generelle konklusjoner.

National Institute on Drug Abuse har utarbeidet følgende liste over antatt viktige prinsipper for behandling av rusmiddelavhengighet (NIDA 1999):

- Behandlingen må være individuelt tilpasset til den enkelte pasients problemer og behov.
- Behandlingen må være lett tilgjengelig når det er behov for den.
- Man må arbeide med hele bredden i pasientens problematikk, ikke bare med rusmiddelproblemet.
- Det må lages en individuell behandlingsplan som evalueres kontinuerlig og modifiseres ved behov.
- Fullført behandling predikerer bedre resultat. Varigheten av behandlingen er viktig; den bør ikke være kortere enn 3-6 måneder.
- Samtalebehandling/rådgivning/undervisning (individuelt eller i gruppe) og andre atferdsendrende metoder er av avgjørende betydning for behandlingens effektivitet.
- For mange pasienter er medikamentell behandling viktig, eventuelt i kombinasjon med andre metoder.
- Ved samtidig forekomst av rusmiddelavhengighet og psykisk lidelse bør begge gis adekvat og integrert behandling.
- Medisinsk avrusning er bare det første trinn i behandlingen, og har isolert sett liten betydning for den langsiktige prognosen.
- God motivasjon kan være gunstig for resultatene, men behandling behøver ikke være frivillig for å være effektiv.
- Det må føres kontroll med eventuell rusmiddelmisbruk under behandlingsforløpet.

- Å komme ut av rusmiddelavhengighet kan ta lang tid og krever ofte at man går gjennom flere behandlingssekvenser og har langvarig og tett oppfølging.

Franley og Ashton (2002) understreker at selv lite motiverte pasienter kan bli værende i behandlingen og gradvis bygge opp sin motivasjon. Dette kan oppnås hvis man i den første fasen får pasienten til å tro på tiltaket og delta aktivt, og de ansatte lykkes i å etablere en god pasient-behandler-relasjon, samt at man griper aktivt fatt i hele bredden i pasientens problematikk.

Man må anta at det som hever kvaliteten på de voksnes behandling også har betydning for tilbudet til barna. For det første er foreldrenes suksess i egen behandling en forutsetning for at barna skal kunne leve i familien i fremtiden uten å lide unødig overlast. For det andre virker det intuitivt sannsynlig at de samme faktorene har betydning for barna direkte. Barn av foreldre med rusmiddelproblemer har, som vi har sett, sine særskilte behov. Disse varierer og vil ikke minst være avhengig av hvor stor skade barnet har fått av rusmiddelbruk under svangerskapet. Institusjonens personale må vite hva de skal se etter hos barna og i samspillet mellom barn og foreldre. Ofte vil det være slik at det er observasjonene av samspillet som først vil synliggjøre problemene. De ansatte må ha metoder tilgjengelig for å kartlegge dette. De må ha en systematikk i rutinene for gjennomføring av slike kartlegginger. Metoder og rutiner for å vurdere utvikling og justere tiltak i behandlingsprosessen forutsetter relevant og allsidig kompetanse og et systematisk og strukturert arbeid med barna så vel som med foreldrene.

## 5.7 Dilemmaer

Det å ta med barn inn i en behandlingstilstand sammen med foreldrene som har rusmiddelproblemer byr på en del dilemmaer, hvor et av de største handler om forholdet mellom utsiktene til nytte kontra uheldige konsekvenser:

- Er det potensielt *nyttig* for barna å legges inn sammen med foreldrene?
- Er det potensielt *uheldig*?
- Kan det antas å være skadelig for barna å *ikke* legges inn?
- Er forholdet mellom mulig uheldige konsekvenser og nytte slik at innleggelse er *tilrådelig*?

Det finnes potensielt nyttige konsekvenser av innleggelse:

- Barna kan gis mulighet til en grundig utredning for å avdekke spesielle behov og vansker, og tiltak iverksettes og behov ivaretas gjennom institusjonen selv eller ved viderehenvisning til andre instanser.
- Foreldrene kan gjennom institusjonstilbudet få hjelp til å utvikle sin omsorgskompetanse slik at ivaretagelsen av barnet blir god nok og barnet kan bli værende hos biologiske foreldre – en løsning som, når omsorgssituasjonen er tilfredsstillende, kan antas å være den beste for barnet.
- Dersom barna skal fortsette å bo i familien slipper de det følelsesmessig belastende bruddet det innebærer å bli midlertidig plassert et annet sted mens foreldrene er i behandling.
- Ikke minst er det viktig for foreldrenes behandlingsmotivasjon å kunne ha med barna, og dette kan komme barna indirekte til gode.

En innleggelse av barna kan imidlertid også tenkes å være potensielt uheldig:

- Foreldrenes generelle omsorgsevne kan være så mangelfull at barnet heller ikke i institusjonen får god nok omsorg.
- Institusjonen makter ikke å fremme utviklingen av foreldreferdigheter slik at disse blir tilfredsstillende.
- Barna fortsetter å bli utsatt for foreldrenes ustabilitet ved at foreldrene har gjentatte rusmiddelinntak under oppholdet.
- Institusjonsmiljøet (sosialt og/eller fysisk) er av en slik karakter at det egner seg dårlig som oppvekstarena for små barn.
- Eldre barn kan oppleve oppbruddet fra hjemmemiljøet og/eller tilbakekomsten etter utskrivning som belastende.
- Foreldrenes utvikling er positiv, men denne kan skje så langsomt at den ikke er god nok for barna.
- Dersom omsorgsovertagelse blir aktuelt under eller etter institusjonsoppholdet, kan barnet ha blitt utsatt for unødige belastninger i forhold til om alternativ omsorg var blitt iverksatt tidligere.

Hvordan er det så med balansen mellom det nyttige og mulige uheldige konsekvenser for barna? Er innleggelse av barna tilrådelig? Det er umulig å gi et generelt svar på dette. Svært mange faktorer spiller inn, og man har ikke oversikt over alle disse på innleggelsestidspunktet. Punktene ovenfor



illustrerer imidlertid at det er mange forhold som må overveies før en eventuell innleggelse, og det bør stilles store krav til institusjoner som tar imot barn.

Stray (2003) konkluderer slik (s. 37): ”Det store dilemma på en familieavdeling er at barna ikke kan vente i det uendelige på at foreldre skal nå et funksjonsnivå som er godt nok for dem. Et visst tempo og en viss progresjon er nødvendig. Dette faktum gir store behandlingsmessige utfordringer til en familieavdeling.” Stray mener allikevel at institusjonsoppholdet kan være forsvarlig, gitt visse forutsetninger. Det kreves et høyt bevissthetsnivå på disse dilemmaene, og institusjonene må ha en sterk faglig forankring og stor omsorgskompetanse.

Nå synes det å være en klar tendens til at institusjonene ønsker innleggelser allerede under svangerskapet. Man vil jo da ha en stor mulighet til å forebygge rusrelaterte skader hos barnet og forberede foreldrene på omsorgsrollen. Tidlig hjelp med foreldre-barn samspill og oppøving av foreldrefunksjoner vil være av stor betydning for senere relasjonskompetanse hos barnet. Dilemmaene ved innleggelse av barn sammen med rusmiddelmisbrukende foreldre blir avgjort redusert ved slike tidlige intervensjoner. Barnets perspektiv og preventive argumenter står sterkere ved prioritering av innleggelse under graviditet.

## **5.8 Oppsummering: Kvalitetskriterier for institusjonene**

Dette fører oss over på en oppsummering av normative føringer som ligger til grunn for institusjoner som tar imot barn sammen med foreldrene:

- Institusjonen må besitte eller ha tilgang til tilstrekkelig kompetanse, både i bredde og dybde, til å møte omfattende og sammensatt problematikk hos barn og voksne. Kompetansen bør favne blant annet følgende områder:
  - Generell utviklingspsykologi
  - Kunnskap om tidlig samspill og tilknytning (tilknytningsforstyrrelser)
  - Rusrelaterte skader og vansker hos barn
  - Utredning og behandling av vansker hos barna
  - Utredning og behandling av rusmiddelproblemer og psykiske lidelser hos foreldrene

- Sammenhengene mellom foreldres psykiske lidelser, rusmiddelproblemer, foreldrefunksjoner og omsorgsevne
  - Kunnskap og forståelse av materielle, sosioøkonomiske og kulturelle faktorerets betydning for foreldrerolle og oppvekstvilkår
  - Vurdering av foreldrekompetanse/omsorgsevne
  - Råd og veiledning til foreldre vedrørende foreldrekompetanse/omsorgsevne
- Institusjonen må kjenne til hvor grensene for egen kompetanse går, og ha rutiner for å innhente ressurser fra andre instanser når egen kompetanse ikke er tilstrekkelig.
  - Institusjonen må ha tilstrekkelig ressurser både materielt/fysisk og bemanningsmessig til å kunne tilby god omsorg, godt bomiljø og aldersadekvat stimulering for barna.
  - Institusjonen må kontinuerlig holde øye med barnas omsorgssituasjon i institusjonen, og iverksette de nødvendige tiltak dersom denne viser seg å være utilfredsstillende.
  - Institusjonen må, også når den først og fremst definerer seg som et tilbud til voksne, gi hensynet til barna første prioritet dersom det oppstår motstridende interesser mellom foreldre og barn.
  - Institusjonen bør ha innarbeidede prosedyrer og rutiner for når og hvordan utredning og behandling av barn og foreldre skal foregå.
  - Institusjonen bør ha gode prosedyrer og rutiner for å sikre at innleggelse og utskrivning av barna skjer på en god måte (jfr. kapittel 5.5 om gode overganger).
  - Institusjonen bør ta en aktiv rolle i å sikre at barna får en tilfredsstillende oppfølging etter utskrivning.
  - Institusjonen bør foreta jevnlig og systematisk evaluering av egen organisasjon og praksis.
  - Institusjonen bør ha en stor grad av bevissthet og åpenhet omkring de dilemmaene som følger med det å ta imot barn i rusbehandlingsinstitusjoner.

Når vi i neste kapittel presenterer en analyse og drøfting av svarene fra institusjonene, gjøres det med disse punktene som bakteppe. Vi har ikke grunnlag for å gjøre en inngående kvalitetsvurdering av institusjonene. Analysen er heller ment å gi et innblikk i status på feltet, og er utgangspunkt for anbefalingene i siste kapittel.

## 6 Analyse og diskusjon

### 6.1 Oversikt over tilbudet

Det viste seg å være vanskelig å få en samlet oversikt over behandlingsinstitusjoner som tar inn barn sammen med foreldre. Verken kompetansesentrene eller et flertall av helseforetakenes utredningsenheter kunne svare på hvor slike institusjonsplasser finnes.

Den manglende kunnskapen og oversikten over tilbud betyr sannsynligvis at mange familier som kunne ha benyttet seg av familieinnleggelse ikke får informasjon om tilbudene. Dersom man ønsker at samtidig innleggelse av rusmiddelavhengige foreldre og barn skal inngå som del av et samlet behandlingstilbud, er det behov for å sikre at informasjonen kommer frem til relevante instanser. Dette gjelder spesielt førstelinjens helse- og sosialtjeneste, men også utredningsenhetene bør inneha en oppdatert oversikt.

På nettstedet [www.rustiltak.no](http://www.rustiltak.no) var søkekriteriet for lite spesifikt. Databasen skiller for eksempel ikke mellom institusjonene i vår målgruppe, det vil si som gir tilbud om innleggelse av barn sammen med foreldre, og tiltak/institusjoner som gir andre familietilbud som for eksempel barnegruppe eller familiehjelg. Søkekriteriene vil derfor bli endret fra 2006.

### 6.2 Geografisk spredning av tilbudet

Figur 1 (side 29) viser at de aktuelle institusjonene er spredt over hele landet. De henvender seg først og fremst til innbyggere i eget distrikt, men tar også imot gjestepasienter fra andre deler av landet.

Tromsklinikken har etablert et nytt tilbud til familier med barn. Hittil har nordlige landsdeler kjøpt institusjonsplasser sørpå. Det argumenteres med at nærhet til eget bosted er viktig for behandlingen, og at dette vil lette samarbeidet mellom familiene, institusjonen og det lokale hjelpeapparatet i kommunene. Kunnskap om lokale forhold og mulighet til å drive nettverksarbeid, arrangere samarbeidsmøter etc. er viktig.

Dersom antall institusjoner skal være på omtrent samme nivå som i dag, vil det uansett være mange familier som legges inn langt fra eget bosted.

Også innad i den nordligste helseregionen er det betydelige avstander, og familiene må regne med å reise langt hjemmefra under institusjonsoppholdet.

Retten til valg av behandlingssted kan medføre at familier velger å reise til andre landsdeler for å få institusjonsbehandling, enten fordi de foretrekker en spesiell institusjon, eller fordi det ikke er ledig kapasitet nærmere hjemstedet. Ventelistegarantien for spesialisthelsetjenester gir dessuten pasientene rett til å få benytte eventuell ledig behandlingsskapasitet andre steder i landet, også utenom institusjonenes faste driftsavtale med helseforetakene, dersom tidsfristen i garantien er overskredet.

Selv om alle institusjonene i undersøkelsen gir tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer, er tilbudene nokså forskjellige. Til sammen dekker de et bredt spekter av målgrupper, målsettinger og metoder. Det betyr at selv om det er ønskelig med minst mulig reisevirksomhet, er det ikke sikkert at den nærmeste institusjonen er den mest egnede.

Man vil således ha innleggelser hvor reiseveien blir betydelig, og hvor personalet i institusjonen har liten eller ingen kjennskap til pasientenes lokalmiljø eller hjelpeapparatet der. Dette utfordrer institusjonen til å ha en åpen og inkluderende holdning til samarbeidsinstanser over hele landet.

### **6.3 Målgrupper**

Vi har sett at det i all hovedsak er de yngste barna som gis anledning til å være med sine foreldre ved innleggelse i rusmiddelinstitusjon. Dette er begrunnet ut fra hensynet til barna selv: De yngste antas å ha størst potensiell nytte av å legges inn.

Det at de yngste prioriteres i denne sammenhengen er altså ikke nødvendigvis et uttrykk for at man glemmer de eldre barna, men synes å være en naturlig konsekvens av de antagelsene man har om antatt nytte kontra mulige uheldige konsekvenser. Det er utenfor denne undersøkelsens mandat å kartlegge hva som gjøres overfor de barna som *ikke* legges inn, det vil si barn som er under omsorg andre steder mens foreldrene er i institusjonsbehandling.

## 6.4 Institusjonenes kapasitet

Selv om det hvert år er innlagt over 70 barn i rusbehandlingsinstitusjoner (Aline og Sudmannske ikke medregnet), er dette et lite antall i forhold til hvor mange barn det er som har foreldre med rusmiddelproblemer. Institusjonene rapporterer at de som regel har flere henviste familier enn de har kapasitet til å ta inn. Ventetiden oppgis å være inntil 12 måneder. Samtidig har de nystartede tiltakene hatt problemer med å få rekruttert klienter. Det er grunn til å tro at dersom tilbudet blir bedre kjent, vil også henvisningene øke.

I løpet av 1990-tallet har det vært en økning av tilbud bl.a av institusjonsplasser for gravide rusmiddelmissbrukere og misbrukere med barn. Tilbud om legemiddelassistert behandling er også sterkt utvidet. Resultatet av disse tiltakene er trolig at flere av mødrene nå beholder omsorgen for barna enn det som var tilfellet tidligere. En slik eventuell utvikling bør være gjenstand for løpende faglig vurdering.

Hvis man kommer frem til at institusjonsopphold i større grad bør benyttes til gravide med alvorlige rusmiddelproblemer, og antall henvisninger justeres opp deretter, vil det sannsynligvis være behov for en betydelig økning i antall plasser. Innleggelse av gravide, i den hensikt å beskytte barnet mot rusmiddelrelaterte skader, kan naturligvis ikke utsettes i flere måneder i påvente av ledig institusjonsplass.

Den mangelfulle kjennskapen til tilbudene kan også medvirke til at etterspørselen etter plasser er kunstig lav. Det er først når henvisende instanser, helseforetakene og pasientene selv vet om og kan vurdere institusjonstilbudet for barna, at man kan gjøre en realistisk bedømming av kapasitet i forhold til behov.

## 6.5 Innholdet i tilbudene

Som vi så i kapittel 4.5 er det vanskelig ut fra det innsamlede materialet å vurdere innholdet i tilbudene, eller å sammenligne institusjonene med hverandre. Det er imidlertid tydelig at det er store forskjeller i tilbudene. Noen fremhever selve rammebetingelsene i institusjonslivet, med struktur, forutsigbarhet etc., som vesentlige elementer. Barna synes først og fremst å være med sine foreldre i behandling og antas å ha nytte av den generelle institusjonsstrukturen. Flere av tiltakene legger vekt på foreldre-barn samspill og oppøving av foreldrefunksjoner i et stimulerende og støttende

miljø. Større kompetanse på disse oppgavene etterlyses. Enkelte av institusjonene definerer barn med selvstendige behandlingsbehov og egne behandlingsplaner. Et ulikt utgangspunkt for arbeidet med barna tilsier at tilbudene kan bli nokså forskjellige. Dette synliggjør nødvendigheten av en helhetlig vurdering av barnets situasjon og behov ved en institusjonsinnleggelse.

## **6.6 Institusjonenes kompetanse**

### **6.6.1 Personalets utdanning**

Vi har sett at institusjonene har en stor andel fagutdannede ansatte, og således besitter mye formell kompetanse. De fleste av disse har imidlertid generelle høyskoleutdanninger som riktignok gir et godt grunnlag for å arbeide i institusjoner, men som ikke gir mye spisskompetanse på de områdene som har vært trukket frem. Heller ikke ansatte med embetsstudiebakgrunn (psykologer, leger) har nødvendigvis spisskompetanse i det å ivareta barn i behandlingsinstitusjonene.

Dette henger naturlig sammen med at fagfeltet er lite. Det er et beskjedent antall institusjoner som tar inn barn, og av disse var det kun en (Aline) som hadde mer enn 20 barn innlagt i 2004. Man må anta at ved de fleste nytilsetninger vil man få inn fagfolk som ikke har arbeidet med dette feltet tidligere. Når noen slutter, vil det sannsynligvis innebære en lekkasje av kompetanse som ikke kommer noen av de andre institusjonene til gode. Institusjonene vil derfor være avhengige av å lære opp egne ansatte. Dette kan være krevende for tiltak som først og fremst definerer seg som behandlingsinstitusjoner for voksne, og som har tilbud til barn som en begrenset del av virksomheten. Fagmiljøet inne i institusjonen kan være relativt lite og sårbart, og i stor grad avhengig av kunnskapen til enkeltansatte som tar denne med seg når de slutter. Institusjonenes geografiske plassering kan ha betydning for hvor lett det er å rekruttere og holde på ansatte med spisskompetanse.

### **6.6.2 Kontakt med forskningsmiljøer**

Institusjonene har ulik tilgang til eksterne spisskompetansemiljøer innen forskning og/eller behandling. Foruten geografisk plassering handler dette om organisasjonsmessig tilknytning og personlige kontaktnett. Det å delta i forskning og evaluering av høy kvalitet er i seg selv kompetansehevende.

Dersom flere institusjoner fikk anledning til å bidra i slikt arbeid, kan man anta at det ville medføre et faglig løft for feltet.

### **6.6.3 Forholdet mellom oppdrag og kompetanse**

Institusjonenes oppdrag overfor barna har også betydning for kompetanseutviklingen. Vi så i kapittel 0 - 2.2 at de involverte personer og instanser kan ha ulike intensjoner for oppholdet. Institusjonens oppdragsgiver (helseforetakene etc.) lar det i stor grad være opp til institusjonen selv å definere formål og metoder for tilbudet til barna. Oppdraget kan med andre ord være nokså uklart. I en slik situasjon, hva er da ”relevant kompetanse”? Er det den kompetansen institusjonen allerede har, og som man tar utgangspunkt i når tilbudet utformes? Er det den kompetansen som er definert gjennom en eller annen ”gullstandard” for innleggelse av barn i disse behandlingstilbudene?

Siden tiltakene kan definere oppdragene ulikt fra hverandre – noe resultatene bekrefter at de gjør – kan det opplevde behovet for en felles standard være begrenset. Til dette kan man innvende at nettopp mangelen på felles forståelse av oppdraget tilsier at det burde utarbeides noen standarder for arbeidet med barna som blir tatt inn sammen med foreldre.

### **6.6.4 Kartlegging og diagnostikk**

Den høye forekomsten av rusmiddelrelaterte skader under svangerskapet og de langsiktige effektene av dette, begynner å bli godt dokumentert. To områder peker seg derfor ut som spesielt viktige når det gjelder kompetanse i institusjonene:

- Når og med hvilke metoder bør man kartlegge barna for skader og vansker forårsaket av rusmiddeleksponering i svangerskapet?
- Hvilke tiltak bør man sette i verk når slike skader eller vansker oppdages?

Under halvparten av institusjonene rapporterer om bruk av kartleggingsverktøy for å vurdere vansker hos barna. Dette var et tema som ble fremhevet under punktet om fremtidige utfordringer i arbeidet. Mange ønsker seg kunnskap om og tilgang til egnede kartleggingsverktøy. Men ikke alle har hatt like stor oppmerksomhet på temaet. Når man på spørsmål om bruk av kartleggingsverktøy svarer at ”Foreldrene var innlagt for avhengighet, barna hadde i utgangspunktet ikke problemer”, så tyder ikke dette på at rusrelaterte skader hos barna vies særlig oppmerksomhet.

I kapittel 8 finnes en oversikt over kartleggingsinstrumenter som kan brukes overfor barn, i foreldre/barn samspill og for å vurdere omsorgskompetanse. Listen er utarbeidet av Vibeke Moe og Kari Slinning, og er ment som et forslag til hjelpemidler. Noen av verktøyene er enkle å administrere og tolke, mens andre forutsetter spesialisert fagkunnskap og opplæring.

### **6.6.5 Utdveksling mellom institusjonene**

Som nevnt vil det være utviklende for institusjonene å ha kontakt med forskningsmiljøer og fagmiljøer med spisskompetanse innen relevante områder. Like viktig kan det være om virksomhetene i langt større grad enn i dag utvekslet synspunkter og kunnskaper med *hverandre*. I et så lite fagmiljø trenger man å dra vekslers på den kompetansen som finnes. Både metodeutvikling, definering av gode standarder og drøfting av behandlingssmessige dilemmaer kan med fordel skje på tvers av institusjonene.

Rusfeltet har tradisjoner på at man har delt kunnskap og erfaringer. Nå kan dette ha endret seg noe. Gjennom konkurranseutsetting av institusjonsbehandling har de private institusjonene i større grad blitt konkurrenter på samme marked. Det blir vanskeligere å holde på sine konkurransefortrinn dersom man fritt skal dele kunnskaper og ideer. En slik problemstilling bør vies oppmerksomhet for å hindre at økonomiske hensyn negativt påvirker kompetanseutvikling og samarbeid.

### **6.7 Kvalitetssikring av behandlingen**

De senere årene har mange behandlingsinstitusjoner viet mye oppmerksomhet til systematisk planlegging og evaluering av behandlingen gjennom å lage behandlingsplaner for den enkelte pasient. Det ideelle er om man gjennom kartlegging og informasjonsinnhenting i forkant av eller tidlig i oppholdet får et godt bilde av pasientens behov og ressurser. Sammen med pasienten utarbeider man mål for oppholdet og velger egnede tiltak. Underveis i behandlingen evalueres progresjonen, og planen kan eventuelt justeres. En god bruk av behandlingsplaner antas å fungere som en kvalitetssikring av behandlingen og en dokumentasjon av arbeidet som gjøres og resultatene som oppnås.

Ute i institusjonene har man kommet nokså ulikt av sted i å ta i bruk behandlingsplaner. Selv der hvor de oppgir å ha satt dette i system, kan det



være stor forskjell på det nedskrevne systemet og hverdagens praksis. Det å utarbeide og følge behandlingsplaner er vanskelig og stiller store krav til behandlingspersonalet. Erfaringer viser at mange ansatte strever med dette. Veiledning, hjelpemidler og standardiserte verktøy blir viktig å vurdere.

Vi ser av svarene at institusjonene forholder seg forskjellig til barna og foreldrene mht å sikre at det utarbeides individuell plan (se definisjon side 55). De fleste som nevner individuell plan for barna sier enten at den er barnevernets ansvar eller at den omfattes av foreldrenes plan. Vi ser også at et flertall av institusjonene ikke foretar en systematisk kartlegging av barna. Dette kan indikere at individuelle behandlingsplaner utformes ut fra for liten substansiell kunnskap om barnets situasjon, vansker og behov. Om en del institusjoner har et utviklingspotensial i forhold til å kvalitetssikre de voksnes behandling, er dette trolig i enda større grad tilfelle når det gjelder barna.

En del av forskjellene mellom institusjonene ser til dels ut til å følge institusjonenes type, dels antall innlagte barn. Aline og Sudmannske skiller seg ut fra de andre ved at de er definert som barnevernsvirksomheter. De tar ikke inn voksne uten barn. Det er barna som er deres klienter, og foreldrene blir innlagt sammen med barna. Rusbehandlingsinstitusjonene har på sin side en forankring i en behandlingstradisjon hvor de voksnes rusmiddelproblemer legitimerer institusjonenes eksistens. Barna har kommet til som beboere/klienter/pasienter etter hvert. De behandlingsinstitusjonene som har det høyeste antall innlagte barn forteller om de mest omfattende rutinene for kartlegging av barna. Når Østerbo er et unntak i så måte, kan dette delvis forklares ved at de er en omsorgsinstitusjon.

Refleksjonen rundt behandlingsplaner og kvalitetssikring av behandling berører bl.a. temaet: Hvilken status skal barna ha når de legges inn sammen med foreldrene, hvis rusmiddelproblem hos foreldre er den viktigste grunnen til innleggelse? Er barna et *subjekt* på linje med foreldre m.h.t. rettigheter i behandling eller er de bare sine foreldres barn? Spørsmålet kan ha stor betydning for tilbudet som gis. Dersom barna har pasientstatus, vil de også ha pasientrettigheter. Retten til egen behandlingsplan under oppholdet vil være mer opplagt. Det vil stilles tydeligere forventninger til at barnas opphold må ha et faglig innhold ut over det å være et omsorgstilbud. Det er gode grunner til å få avklart spørsmålet om barnas status.

## 6.8 Økonomiske ressurser

Slik som tilbudene til barn i dag er organisert innenfor institusjonene er det komplisert å få kartlagt hvor mye ressurser de har til rådighet eller bruker på behandling og omsorg overfor barna, og det er vanskelig å sammenligne dette på tvers av institusjonene. Tilbudene er økonomisk, faglig og organisasjonsmessig tett sammenvevd med foreldrenes. Ut fra de opplysningene som gis virker det allikevel som om ressursbruken per barn varierer betydelig.

Er dette et problem? Det er ikke definert kriterier for hva institusjonsopphold for barn skal inneholde. Vi har allikevel argumentert for at både omsorg, pedagogiske tilbud og utredning/diagnostikk er viktig. Også behandling eller spesialpedagogiske tiltak vil være nødvendig for en stor gruppe barn.

Når det hevdes fra institusjonshold at barneplasser er mer ressurskrevende enn voksenplasser, synes det rimelig. Det er minst like ressurskrevende å utrede barn og relasjonene foreldre/barn, som å utrede voksne. Personalet trenger spesialkompetanse. Barna trenger et omsorgstilbud store deler av døgnet dersom foreldrene skal kunne delta i behandling for sine rusmiddelproblemer. Det å ha små barn i barnehage krever en høy bemanningsfaktor, og dette kommer i tillegg til institusjonens grunnbemanning. Det er ressurskrevende å følge opp til tider marginalt fungerende foreldre under svangerskap og barseltid, og barna krever ofte mer av foreldrene og av omsorgs- og støttetiltak enn andre barn. Å arbeide seriøst med barna innebærer et utstrakt samarbeid med flere instanser for å sikre en helhetlig, koordinert og langsiktig oppfølging.

Til sammen tilsier dette at ressursbehovet er betydelig. Det bør være en utfordring å komme til enighet om en minste standard for hva et institusjonsopphold for barn bør inneholde. Da kan institusjoner som skal konkurrere om oppdrag vite hva de med rimelighet kan legge inn i tilbudet uten å bli utkonkurrert på pris av tilbydere som legger opp til en helt annen (og lavere) kvalitetsstandard.

Helseforetakene har gjennom konkurranseutsetting fått et virkemiddel for å få styring med utvikling av tjenestetilbudet og få tydeliggjort hva som forventes fra institusjonene. En forutsetning er at man fokuserer på innhold og kvalitet, og ikke bare på pris. Når anbuds konkurranse iverksettes må man fra oppdragsgivers side ha satt seg så grundig inn i de faglige spørsmålene at man vet hva slags tjenester man vil kjøpe, og man

må beskrive dette så grundig i anbudsdocumentet at institusjonene vet hva helseforetakene vil ha. Da kan de også gå ut fra at oppdragsgiver er innstilt på å gi økonomiske rammer for driften som gjør det mulig å yte de ønskede tjenestene.

## **6.9 Vurdering av omsorgssituasjonen**

Med vurdering av omsorgssituasjonen menes ikke her en formell omsorgsvurdering på vegne av barneverntjenesten; det ligger ikke i rusinstitusjonenes mandat. Det siktes til den fortløpende vurderingen institusjonen må gjøre for å sikre at barnas omsorgssituasjon er god nok.

Dette er en vanskelig oppgave for institusjonene. De tar imot foreldre til behandling, og er avhengig av en god allianse med dem dersom samarbeidet skal gi resultater. Det er ofte krevende å etablere en terapeutisk relasjon til pasienter med rusmiddelproblemer, fordi de ofte er preget av mange og alvorlige belastninger og store vansker med å få kontakt og tillit. Behandling i døgninstitusjon innebærer en omfattende observasjon av atferd som kan oppleves som utfordrende, og i enda større grad når forelderskap er grunnlag for vurdering. Mange har gått med på behandling etter betydelig press fra andre. Over pasienten hviler den kontinuerlige trusselen om å miste omsorgen for barnet dersom de kommer til kort som foreldre.

I denne situasjonen skal institusjonens personale observere og kartlegge vansker og skader hos barna, samspillet mellom barn og foreldre, og ikke minst skal de arbeide med foreldrenes rusmiddelproblemer. De skal gi råd og veiledning som kan hjelpe foreldrene til å utvikle sin foreldrekompetanse. Det oppstår lett en situasjon der foreldrene føler seg gransket og overvåket. Institusjonen må understreke at den vil familien vel, og at foreldrene kan stole på de gode intensjonene.

Når personalet blir bekymret for omsorgssituasjonen til barna, oppstår et sterkt dilemma. Ved å ta opp sin bekymring med foreldrene og eventuelt barneverntjenesten risikerer de at foreldrene ikke lenger stoler på de gode intensjonene, med de følgene det kan få for behandlingsrelasjonen. Hvis de ansatte velger å avvente situasjonen, ikke klarer å tydeliggjøre dilemmaet, ubevisst bagatelliserer forholdene osv. er det fare for at barna lider overlast.

Flere institusjoners svar tyder på høy grad av bevissthet omkring nødvendigheten av å hjelpe foreldrene til å utvikle gode nok foreldrefunksjoner. Bevisstheten må imidlertid strekke seg lenger enn det. Man må ha et klart blikk for barnas situasjon, og arbeide bevisst for ikke å inngå kompromisser om barns omsorgssituasjon av hensyn til samarbeidsforholdet til foreldrene. Det er ikke bare ansatte i behandlingstilstander for rusmiddelavhengige som møter dette dilemmaet. Men i en langtids døgningstilstand kan relasjonen mellom ansatt og pasient være ekstra sterk, slik at problemstillingen blir særlig aktuell der.

I slike situasjoner er det viktig at de institusjonsansatte ikke står alene om å vurdere saken eller iverksette tiltak. Institusjonene formidler da også at de har et utstrakt samarbeid med barneverntjenesten. Det er ikke fremkommet opplysninger som tyder på at institusjonene i utstrakt grad forsømmer sin opplysningsplikt etter barnevernloven. Det vil allikevel være viktig å studere nærmere hvorvidt institusjonene klarer å prioritere barnas behov når behandlingstilstanden med foreldrene står i fare.

Ved vurdering av omsorgssituasjonen står man overfor et vanskelig spørsmål: Hva er egentlig *god nok omsorg*? Hvilke kriterier skal ligge til grunn for denne vurderingen? Dette er et minefelt å bevege seg ut i. Hvor stort mangfold kan vi tolerere; når beveger man seg fra alternative men akseptable familieforhold og over i det skadelige og uakseptable?

Her finnes det grofter å falle i: Man kan la sin egen kulturelle bakgrunn og egne verdier få en urettmessig status som normgivende, og vurdere som omsorgssvikt det andre ville se på som annerledes men akseptabelt. Eller man kan bli så vant til å omgås mennesker fra samfunnets randsoner at man ikke oppdager det når tålegrensen for barnas belastninger overskrides. Begge feilvurderinger kan ramme barna svært hardt. Disse temaene er drøftet av Killen og Olofsson 2003 (Det sårbare barnet – barn, foreldre og rusmiddelproblemer, kap.4.5 og 6).

## 6.10 Overgangene

Praksis og prosedyrer ved utskriving og videre oppfølging varierer mye mellom institusjonene. Dette belyses av spørsmålene om oppfølging, kontakt med barna etter utskriving og samarbeid med eksterne instanser. De som går lengst i bestrebelsene på å lage gode overganger starter forberedelsene til utskriving lenge før den faktisk skal skje. Når barnehageplass er skaffet, drar de gjerne på besøk til barnehagen for at

barna skal bli kjent der. De har avskjedsmarkeringer, og har gjennom institusjonsoppholdet tatt bilder og samlet andre minner som barna kan ta med hjem. Ansatte bistår ved tilvenning til ny barnehage, reiser på besøk til familien etter utskrivning, de sender brev, og snakker med barna i telefonen. Alt dette vil bidra til at overgangen ikke oppleves som et plutselig og uventet brudd. Spesielt for barn som tidligere har opplevd ustabilitet, uforutsigbarhet og brutte relasjoner er dette viktig.

Hvorvidt institusjonene skal kunne legge til rette for optimale overganger er nok en gang et spørsmål – iallfall delvis – om økonomiske ressurser og kompetanse. Personalet må ha en forståelse for viktigheten av å gjøre utskrivning til en god prosess for barna. De må ha tid til å gjennomføre det. Ved lang reisevei mellom institusjon og hjemsted trengs det også økonomisk dekning for reise- og eventuelt oppholdsutgifter. Det siste er ikke alltid så enkelt. Det rapporteres at det stadig oppstår diskusjoner mellom institusjon og hjemkommune om dekning av slike utgifter. Institusjonen argumenterer med at det må være det lokale hjelpeapparatet som må tilrettelegge for og i hvert fall delvis betale for slike besøk. På kommunenivå vil man ofte hevde at institusjonen får betalt for å utføre oppdraget sitt, og at besøk til hjemstedet må være en del av dette oppdraget.

Vi kan konkludere med at det gjøres mye godt overgangsarbeid, men at det varierer. Det er behov for en klargjøring av hva som forventes av institusjonene på dette området, hva som er god praksis og hvordan arbeidet skal dekkes økonomisk. Det er spesielt beklagelig om ivaretagelsen av barna blir mangelfull på grunn av uklarheter om praktisk og/eller økonomisk ansvar.

## **6.11 Oppfølging**

Den mest kritiske tiden for både foreldre og barn er etter utskrivning fra institusjonen. Samtlige institusjoner løfter fram denne overgangen som viktig, og understreker at de vil samarbeide med barneverntjenesten om å få i stand et godt oppfølgingsopplegg. Det er grunn til å tro at det stort sett gjøres oppriktige bestrebelsers på å ha dette på plass når familien forlater institusjonen.

Samtidig fortelles oppsiktsvekkende historier om hvordan oppfølgingen har vist seg å fungere i praksis. Et ikke uvanlig forløp er som følger: Ved utskrivning har familien inngått avtale med barneverntjenesten om

oppfølging. Institusjonen avslutter kontakten med familien. Alt ser ut til å fungere greit. Foreldrene holder seg unna rusmidler, de er i arbeid eller skole, og barnet går i barnehage. Barneverntjenesten har noen møter med familien, før de beslutter å trekke seg ut av saken fordi alt er såre vel. Når institusjonen flere måneder senere tilfeldigvis kommer i kontakt med familien, viser det seg at de har vært uten oppfølging i lang tid. I slike situasjoner har man ingen garanti for at forløpet har vært tilfredsstillende. Siden oppfølgende instans er ute av saken, og foreldrene kan ha gode grunner til å skjule tilbakefall, kan barnet bli utsatt for alvorlig omsorgssvikt uten at det blir oppdaget.

En årsak til at dette kan skje er at barneverntjenesten nedprioriterer saker hvor det ikke er akutt krise. Dette er på en måte forståelig ut fra ressursituasjon; de er nødt til å velge ut de sakene hvor det er størst dramatik. En annen grunn kan være mangel på rusfaglig kompetanse og for liten bevissthet på faren for tilbakefall etter utskrivning fra institusjon. Når det imidlertid gjelder småbarnsforeldre som har eller har hatt omfattende rusmiddelproblemer, er årelang oppfølging av største betydning (jfr Sundhedsstyrelsen 2005). Det skal lite til før det kommer et tilbakefall som kan snu opp ned på hele familiens situasjon på kort tid, med katastrofale følger for barnet. Det er derfor så viktig at familien ikke blir overlatt til seg selv etter en intensiv behandlingsinnsats. En barneverntjeneste som ikke har ressurser til å drive forebyggende arbeid overfor de mest ekstreme høyrisikogruppene kan ikke sies å fungere etter intensjonene.

I diskusjonen om oppfølging har man lett for å fokusere ensidig på spørsmålet om *hvem* som bør følge opp og *om* vedkommende gjør det. Det er imidlertid like viktig å diskutere hva *innholdet* i oppfølgingen bør være. Hva trenger disse familiene? Har man metoder for oppfølging som sikrer at vansker hos barnet eller negativt samspill og omsorgssvikt oppdages? Har man ressurser og måter å arbeide på som gir mulighet til videre utvikling og vekst for familien? Kontinuitet og tverrfaglige intervensjoner over lang tid er grunnlag for oppfølgingsmodeller som for eksempel Københavnmodellen (Sundhedsstyrelsen 2005) og utvidede helsestasjoner som vi har erfaring fra i Norge. Disse beskrives nærmere i delrapport II .

## **6.12 Evaluering av virksomhet og organisasjon**

Det er lett å få institusjonenes forståelse for viktigheten av å evaluere og dokumentere det arbeidet man utfører. Fullt så lett er det ikke å finne

institusjoner som har satt evalueringer i system. Dette har nok delvis å gjøre med at det er komplisert, med manglende faglige forutsetningene og at det er tidkrevende. Resultatforskning krever særskilte design, stor kompetanse og omfattende ressurser. Det er urealistisk å forvente at enhver institusjon skal gjennomføre forskningsbasert evaluering. Men også enklere undersøkelser kan gi interessant informasjon og nyttig lærdom og erfaring. Slike vil kunne bidra til å opprettholde refleksjonene omkring egen praksis.

I en hektisk institusjonshverdag blir man fort fanget av alle daglige hendelser, gjøremål og små og store dramaer. For f.eks å legge inn baseline informasjon systematisk og gjøre oppfølgingsundersøkelser, kreves det prioriteringer fra ulike ledernivåer og fagadministrative myndigheter.

Noen institusjoner har møtt krav om gjennomføring av evalueringer, jfr. omtalen av Oslo kommunes kvalitetssystem i kapittel 4.9. Dette pålegget har i flere institusjoner blitt møtt med en viss reservasjon eller endatil med motstand, men man har gjennomført evalueringene fordi oppdragsgiver har pålagt det. Resultatet har blitt evalueringer som er utført mer eller mindre halvhjertet. Dette er et generelt problem og kan ha flere grunner:

- Det systematiske arbeidet som evalueringsundersøkelser krever, skaper ofte motstand uavhengig av metoder og prosedyrer
- Man har ikke kontroll over sammenhengen evalueringen settes inn i og har skepsis til hvordan resultatene blir brukt
- Ressurssituasjonen oppleves som knapp og det kliniske arbeidet prioriteres
- Man må stå til ansvar for resultatene og for oppfølgingen av dem.
- Man kan være enig i at brukerundersøkelser er viktig, men når det blir den eneste formen for evaluering, oppleves det lett som urimelig og utilstrekkelig. Det å gå gjennom personlig utviklingsarbeid fører ofte pasientene inn i ambivalens eller motstand mot forandring, noe som kan gi seg utslag på en brukertilfredshetsmåling.
- Institusjonene ønsker større grad av selvbestemmelse over hva de skal evaluere og med hvilke metoder.

Ved bruk av pålagte evalueringsprosedyrer vil det imidlertid være til stor hjelp for motivasjon og for implementering om institusjonene opplever evalueringen som relevant og rimelig dekkende for de forhold som er av betydning. Oslo kommune utvider bl.a sitt kvalitetsmålingssystem i 2005/2006 til å omfatte alle dimensjonene som systemet er ment å dekke.

Sosial- og helsedirektoratet etablerte i 2003 et prosjekt for å vurdere virkemidler som kan bedre kvaliteten på sosial- og helsetjenestene til rusmiddelmissbrukere. Det ble nedsatt en ekstern arbeidsgruppe som spesielt ble bedt om å uttale seg om etablering av nasjonale kvalitetsindikatorer og faglige retningslinjer. Arbeidet har tatt utgangspunkt i spekteret av behandlingstilbud innenfor spesialisthelsetjenesten og den kommunale sosial- og helsetjeneste. Det fremheves at områder som tidlig intervensjon og annet forebyggende og helsefremmende arbeid imidlertid ikke omfattes. Arbeidsgruppens gjennomgang og forslag er beskrevet i rapport 5-0050 SH-dir 2005.

Det uttrykkes i rapporten "at barn som lever med foreldres rusmiddelmissbruk er en særlig sårbar gruppe og at det er behov for retningslinjer og rutiner som sikrer ivaretagelse av gruppen enten foreldrene er til behandling eller i en rehabiliteringsfase. Kunnskap og kompetanse om rusmiddelmissbruk og konsekvenser for barn er et anliggende for hele hjelpeapparatet. Det gjelder også i forhold til hva slags type behandlingstilbud som er best egnede ut fra hensynet til foreldre-barnrelasjonen".

Utvikling av kvalitetsindikatorer og retningslinjer for de institusjonstilbudene som vi har beskrevet for barn bør naturlig sees i sammenheng med det arbeidet som er påbegynt av Sosial- og helsedirektoratet. Det er en stor utfordring å legge til rette for evalueringer som er gjennomførbare over tid og som fører til kompetanseutvikling og eventuelt også til komparative forskningsstudier i fagfeltet.

### **6.13 Andre hjelpeinstansers rolle**

Det er mange instanser som er inne i bildet i forbindelse med familieinnleggelse. Dette kan være en fordel, da hver av dem representerer kompetanse og ressurser som til sammen kan sikre et helhetlig og godt tilbud gjennom alle faser av behandlingen. På den annen side er det også utfordringer knyttet til de mange instansenes tilstedeværelse. Ansvarsforhold og oppgavefordeling kan lett bli uklare og overlappende.

Før innleggelse er det sosialtjeneste, barneverntjeneste og primærhelsetjeneste som er de mest sentrale samarbeidspartene. Henvisningen til institusjonsbehandling kommer gjerne fra en av disse instansene. Det er



viktig at det er god og gjensidig informasjonsutveksling mellom instansene så tidlig som mulig, gjerne før vedtak om innleggelse gjøres.

De ansatte på førstelinjenivå kan ikke forventes å ha full oversikt over et behandlingstilbud som er så spesialisert og geografisk spredt, som behandlingstilbud for familier med rusmiddelproblemer. Vurderingsenhetene i helseforetakene burde kunne gi råd og veiledning om hvor man kan henvise i slike saker. De skal vurdere om familien har rett til nødvendig helsehjelp, og de bør vite nok om både familien og det eksisterende tilbudet til at de kan ha en berettiget oppfatning om samsvaret mellom familiens behov og institusjonens tilbud. Dette forutsetter selvsagt at vurderingsenhetene selv har kjennskap til og oversikt over institusjonstilbudet til familier.

Underveis i oppholdet vil det kunne være fristende for førstelinjetjenestene å lene seg tilbake i lettelse over at familien blir tatt godt hånd om på institusjonen. Imidlertid har spesielt sosialtjenesten i mange tilfeller innarbeidet en god praksis på å følge sine klienter under hele innleggelsesperioden. Dette er helt i samsvar med Lov om sosiale tjenester, som pålegger sosialtjenesten å følge opp under behandlingsoppholdet. Som oftest er det også de som har henvist til innleggelse, og det forventes gjerne at de skal ha ansvar for å tilrettelegge tilbud til familien etter utskrivning. Sosialtjenesten har et økonomisk ansvar under oppholdet til mange pasienter, noe som trolig motiverer ytterligere til en løpende oppfølging. Mange av diskusjonene mellom institusjon og sosialtjeneste handler om hvem som skal dekke hvilke utgifter.

Barneverntjenesten har ofte et godt samarbeid med institusjonen, og sitter i ansvarsgruppe slik som sosialtjenesten gjør. Men det reises som et problem at barneverntjenesten kan være vanskelig å få på banen under behandlingsoppholdet dersom det ikke foreligger kriser. For eksempel kan meldinger fra institusjonen til barnevernet om bekymring bli returnert med beskjed om at saken er institusjonens ansvar så lenge familien oppholder seg der. Dette er ikke hensiktsmessig. Barnevernet må prioritere å følge opp familiene under hele oppholdet. De vil komme til å stå helt sentralt i oppfølgingen etterpå, og grunnlaget for denne legges mens familien er på institusjonen. De må også beholde rollen som den instansen som, dersom de får bekymringsmelding fra institusjonen, skal vurdere om det foreligger omsorgssvikt. I denne vurderingen må de selvsagt bygge på opplysninger fra institusjonen, som har opplysningsplikt til barnevernet ved mistanke

om omsorgssvikt. Men det er svært viktig, ikke minst for familien, at instansene har en tydelig rollefordeling i slike saker.

Vi så i kapittel 4.7 at det kan være vanskelig å få barnevernet til å engasjere seg ved innleggelse av gravide før fødselen faktisk har funnet sted. Et annet forhold som kompliserer samarbeidsforholdene er når det oppstår uklarhet vedrørende hvilket barnevernkontor som har ansvar for familien. En pasient kan tilhøre én kommune ifølge folkeregisteret, men ha oppholdt seg i en annen kommune i lengre tid. Institusjonen kan befinne seg i en tredje kommune langt unna, og pasienten kan ha planer om ikke å bosette seg i noen av disse kommunene etter utskrivning. Hvilket barnevernkontor er det da som skal ha kontakt med familien under oppholdet og som eventuelt skal ha et faglig og økonomisk ansvar i saken? Slik uklarhet har i en del tilfeller medført at det har tatt lang tid å få i gang samarbeidet med barneverntjenesten.

Primærhelsetjenesten kan forventes å bli en stadig viktigere samarbeidsinstans ved familieinnleggelse, da de nå har anledning til å henvise til behandlingstilbudene. De er også naturlige deltakere i ansvarsgrupper og andre former for samarbeid. Både helsestasjon og fastlege er sentrale instanser i familiens fremtidige liv, og må se betydningen av å følge nøye med i et behandlingsforløp. Primærhelsetjenesten må ha nødvendig kunnskap om rusmiddelrelaterte skader hos barn slik at disse identifiseres.

Også andre instanser i helsevesenet kan ha en rolle i utredning, behandling og oppfølging:

- *Psykisk helsevern for barn og unge (BUP)*: Det er slått fast at BUP skal utvikle større kompetanse innenfor rusmiddelproblematikk. En ekstern spisskompetanse fra barnepsykiatri etterlyses av institusjonene. Mange av pasientene i BUP har forøvrig nære omsorgspersoner med rusmiddelproblemer. Noen av disse foreldrene har kontakt med behandlingsapparatet for egen del, men langt fra alle. Barna henvises ikke til BUP fordi foreldrene har rusproblemer, men fordi barna selv fremviser symptomer på mistilpassing og psykiske vansker. Slike symptomer kan blant annet skyldes foreldrenes rusmiddelbruk, hvilket tilsier at BUP-ansatte må være oppmerksomme på sammenhengen mellom rusmiddelmisbruk hos foreldrene og psykiske symptomer hos barna. De må blant annet legge inn rutiner for kartlegging av foreldres rusmiddelbruk.

Også rusmiddeleksponering under svangerskapet kan, som vi har sett, direkte eller indirekte føre til alvorlige og mangeartede problemer hos barna, herunder psykisk og sosial mistilpassing. BUP må derfor også ha kunnskap om de mulige følgene av rusmiddeleksponering under svangerskapet, hvordan disse kartlegges og diagnostiseres, og hvilke tiltak som kan være hensiktsmessige.

- *Habiliteringstjenesten for barn:* Dette er i større grad enn psykisk helsevern for barn og unge en rent medisinsk tjeneste, men den kommer i kontakt med mange av de samme barna som BUP møter. Det synes viktig at habiliteringstjenesten har spesialistkompetanse på utredning av skader forårsaket av rusmiddeleksponering under svangerskapet. Selv om behandlingsinstitusjonene blir dyktige til å foreta utredninger, vil disse tilbudene kun omfatte en liten andel av alle barn som har slike skader. Habiliteringstjenesten gjør i dag utredninger i stort omfang, og de gir foreldre, skole og barnehage råd og veiledning om hvilke tiltak som kan være egnede. De utgjør derfor en betydelig ressurs, og er del av et etablert kontaktnett som kan anvendes i arbeidet med rusmiddelbelastede barn.
- *Barnelegene:* De er gjerne knyttet til føde- og barneavdelinger på sykehusene. Da tidlig intervensjoner overfor rusmiddeleksponte barn er særdeles viktig har fødeavdelingene i samarbeid med helsestasjonene en sentral plass i å tilrettelegge det tidlige behandlingsarbeidet for foreldre og barn.

Institusjonene må ta ansvar for å drive konsultativ virksomhet overfor første- og andrelinjetjenesten, da det er de som per i dag har mest kunnskap om og erfaring med rusmiddelrelaterte vansker hos barn. Noen av tiltakene i undersøkelsen arbeider på denne måten i dag, ved at de gir råd og veiledning til barneverntjenesten.



## 7 anbefalinger

Undersøkelsen har vist at behandlingstilbudet som tar imot barn sammen med foreldrene utgjør en relativt liten del av behandlingstilbudet på rusfeltet. Disse institusjonene har imidlertid påtatt seg svært kompliserte behandlings- og omsorgsoppgaver. Det har dannet seg en kunnskapsbase som er viktig å benytte mer systematisk. Flere tiltak har omfattende erfaring og noe av kunnskapen er forskningsbasert.

Utviklingsområdene er mange, og fordi tidlige og faglig godt funderte intervensjoner vil kunne fungere forebyggende mot rusrelaterte utviklingsskader og vansker hos barn, er det viktig å satse tungt på disse.

### 7.1 Områder for faglig utvikling og videre forskning

- I regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer for 2006-2008 er det nedfelt at det skal settes i gang en systematisk utprøving og utvikling av tiltak i behandlingstilbudet hvor barn er med sine foreldre.

Dette forslaget innebærer at evalueringsstrategier og standarder bør bli utredet.

Det foreligger allerede et etablert forskningsnettverk mellom Psykologisk institutt, UiO, Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer UiO, Aline barnevernsenter og Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Det vil være viktig å samordne prosjekter slik at et komparativt perspektiv blir ivarettatt.

SIRUS har et stort datamateriale fra sin nytte-kostnad studie. To av institusjonene som er beskrevet i denne rapporten inngår i studien. Det ligger mulighet for å utnytte materialet for ulike problemstillinger knyttet til foreldre/barn innleggelse og senere oppfølging. Det synes nærliggende at SIRUS deltar mer aktivt i det beskrevne forskningsnettverket.

Prospektive oppfølgingsundersøkelser av barn og foreldre foreslås utvidet. Barn av foreldre som er gitt legemiddelassistert behandling under svangerskap er en gruppe som er spesielt viktig å følge.

Likeledes er det av stor betydning i disse studiene å søke kulturrelevant kunnskap i forhold til familiens etniske bakgrunn, og deres sosioøkonomiske forhold og sosiale nettverk.

Det vil være viktig å arrangere erfaringskonferanser der institusjonene kan drøfte og oppsummere dilemmaer og problemstillinger bl.a reist i denne rapporten. Et mål med konferansene vil være å stimulere til at det enkelte tiltaks fagkunnskap og erfaring går inn i en større kunnskapsammenheng. Dette kan koordineres med det initiativet som er tatt fra Borgestadklinikken om et nasjonalt nettverk for fagpersoner i behandlingsinstitusjoner som arbeider med gravide rusmiddelavhengige og foreldre med små barn.

- Informasjon om behandlingstilbudene må gjøres lett tilgjengelig.

Nettstedet [www.rustiltak.no](http://www.rustiltak.no) skal forbedres med et spesielt søkekriterium slik at man lettere kan få ut informasjon om institusjoner som tar inn barn sammen med foreldrene.

Vurderingsenhetene i helseforetakene bør besitte kunnskap om hva som finnes av behandlingstilbud for barn, også utenfor egen helseregion.

- Det er en utfordring å avklare om barn skal ha pasientstatus ved innleggelse sammen med foreldre i rusmiddelinstitusjon. Avklaring av dette vil kunne ha betydning for behandlingssinnsatsen overfor barnet
- Institusjonene har formidlet behov for kompetansehevende tiltak både m.h.t. utredning og behandling. Vi presenterer i denne rapporten et utvalg av kartleggingsverktøy som kan være nyttige for tiltakene å ta i bruk.

Det anbefales også å iverksette et opplæringsprosjekt for å heve kompetanse i observasjon av foreldre-barn samspill, barns tilknytning og foreldrefunksjoner. Man kan her tenke seg sentralt ansatte fra hver av institusjonene som får en kombinasjon av et teoretisk fundament og en systematisk gjennomgang av observasjoner fra egen hverdag. Et slikt prosjekt vil tilføre en basiskunnskap i den enkelte institusjon og bidra til samhandling mellom tiltakene.

- Vi vil også anbefale at det igangsettes prosjekt(er) for å utvikle gode modeller for oppfølging. Som vi ser av materialet har de fleste institusjonene som mål å følge opp barnet over tid etter utskrivelse. Noen institusjoner overlater imidlertid oppfølging av barn og foreldre til førstelinjetjenesten. Det ligger til rette for å vurdere disse to hovedretningene for forankring av oppfølgingen. Utvikling av gode oppfølgingsmodeller og prosedyrer antas å være svært vesentlig i et forebyggende perspektiv for barnet.

## **7.2 Oversikt over kartleggingsverktøy**

Avslutningsvis gjengir vi her en oversikt over metoder, hjelpemidler og verktøy som kan benyttes ved kartlegging og diagnostikk av barn av foreldre med rusmiddelproblemer. Metodene krever opplæring før bruk, og for flere av dem er det krav om sertifisering.

### **7.2.1 Anamnese**

Anamnesticke opplysninger som omhandler barnets og familiens historie, svangerskapsforløp; både fosterets utvikling og morens fysiske og psykiske tilstand, fødselsforløp, samt tidlig utvikling er viktig bakgrunnsinformasjon for å forstå barnets problemer.

### **7.2.2 Observasjoner og kartlegging av barnet**

Rusmiddelbruk i svangerskapet er assosiert med prematuritet, fødselskomplikasjoner, liten hodeomkrets og lav fødselsvekt. Et nyfødt barn bør vurderes og følges opp av barnenevrolog med spesiell kompetanse på effekter av prenatal rusmiddeleksponering.

### **7.2.3 Føtalt Alkohol Syndrom (FAS) / Føtale Alkohol Effekter (FAE)**

Barnet bør kartlegges i forhold til FAS og FAE (Streissguth, 1997, Olofsson & Lindemann 2003). FAS er karakterisert ved pre- og postnatal vekstretardasjon, spesielle ansiktstrekk og skade på sentralnervesystemet, som blant annet kan gi seg utslag i mikrocefali, hyperaktivitet og oppmerksomhetsvansker, og kognitive vansker av ulik alvorlighetsgrad. Alkoholskadede spedbarn kjennetegnes ved å ha svak sugerefleks og har

generelt store vansker med å få i seg mat. De har en svak vektøkning og vekstkurven flater gjerne ut i løpet av de første 2 årene.

Erfaringsmessig kan det være vanskelig å stille en FAS/FAE-diagnose de første levemånedene. Det anbefales derfor at alle barn som er eksponert for rusmidler i fosterlivet følges tettere opp av et tverrfaglig team bestående av barnenevrolog og psykolog de første årene med spesielt fokus på vekst (både vekt, lengde og hodeomkrets), grov- og finmotorisk utvikling, evne til blikkontakt og vedvarende oppmerksomhet og emosjonell utvikling. Mange alkoholskadede spedbarn har svak ansiktsmimikk og færre positive emosjonelle uttrykk.

#### **7.2.4 Neonatalt abstinenssyndrom**

Dette bør også kartlegges, og et godt hjelpemiddel kan være å bruke et Abstinensskåreskjema utviklet av Loretta Finnegan (1988). Omfattende rusmiddelbruk, særlig bruk av opioider (f.eks. heroin eller Metadon), kan føre til alvorlige abstinenser og reguleringsvansker hos det nyfødte barnet (Hans & Jeremy, 2001, Lester & Tronick, 1994). Blant de medisinske tegnene på neonatalt abstinenssyndrom er forstyrret søvnmønster, hyperaktive reflekser, spiseproblemer, oppkast, diaré, dehydrering og kramper som kan være livstruende (Hans & Jeremy, 2001). Opioideksponerte nyfødte har et overaktivert nervesystem, det vil si at de er svært irritable, viser dårlig motorisk kontroll og høyere muskeltonus enn andre nyfødte (Hans, 1992). Denne forhøyete irritabiliteten ligner på den irritabiliteten som voksne beskriver i forbindelse med narkotika-abstinenser. Mange av disse barna kan vise store reguleringsvansker i de første leveår (Moe & Slinning, 2001, Moe 2002, Moe & Smith, 2003, Slinning, 2004).

#### **7.2.5 Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS eller Brazelton-undersøkelsen)**

Dette er en undersøkelse som benyttes for å undersøke spedbarn i alderen 3 dager – 3-4 uker (Brazelton 1984). Man utreder spedbarnets kompetanse, atferdsmønstre og temperament. Gjennom undersøkelsen får man bilde av spedbarnets reaksjoner på forskjellige typer og ulike grader av stimulering. Hensikten er å vurdere spedbarnet i en interaksjonsprosess. Testen vurderer 27 atferdsresponser og 20 reflekser og er laget for å skåre barnets atferdsrepertoar og bruk av tilstander for å mestre sin respon-



sivitet. Skalaen tester også barnets kapasitet til å mestre sitt fysiologiske system i forhold til å bli håndtert og utsatt for stimulering.

### **7.2.6 Døgnklokker**

Rusmiddeleksponerte barn har ofte vansker med tilstandsregulering, noe som innebærer problemer med å komme inn i en god søvn og våkenhetsrytme. De sover gjerne lett og i korte perioder, og når de er våkne, skifter de hyppig mellom å være rolige og tilfredse og urolige og misfornøyde.

For å få et helhetlig overblikk over barnets tilstander fra dag til dag har bruk av døgnklokkeregistrering vist seg å være en god metode. En døgnklokke er tegnet som en stor, rund klokkeskive som skiller seg fra en vanlig klokke ved at den har tegnet inn 24 timer i stedet for 12 timer. Hver time er inndelt i fire 15-minuttersbolker. Man benytter ulike farger som symboler på barnets ulike tilstander. Blå farge står for søvn, rød for gråt, gul for urolig og misfornøyd, grønn for våken, rolig og tilfreds. Eksempelvis vil 2 skraverte felt med grønn etterfulgt av 10 skraverte felt med blått bety at barnet var våken og rolig i 30 minutter, og deretter sov i 2 ½ time. Døgnklokkeregistrering er også en nyttig supplerende metode når man kartlegger abstinenser hos spedbarn.

### **7.2.7 Motorisk/Perseptuell Utviklingstest (MPU)**

Dette er en test som kartlegger barnets motorikk, kommunikative kapasitet og evne til sosial interaksjon. Undersøkelsen gir et mål på barnets generelle utvikling i forhold til kronologisk alder.

### **7.2.8 Bayley Scales of Infant Development – II**

Dette er en utviklingstest der barnets mentale og motoriske utviklingsnivå kartlegges gjennom å gi standardiserte problemløsningsoppgaver med økende vanskelighetsgrad (Bayley 1993).

Bayley-skalaene inneholder også en atferdskala hvor man besvarer ulike spørsmål knyttet til barnets kvalitative gjennomføring av testen. Den mentale skalaen måler funksjoner som persepsjon, hukommelse, læring, problemløsning, vokalisering, begynnende verbale kommunikasjonsferdigheter og rudimentær abstrakt tenkning.

Den motoriske skala måler grovmotoriske ferdigheter (sitte, stå, gå og gå i trapper) og finmotoriske ferdigheter (evne til å manipulere objekter med hender og fingre).

Atferdsskalaen gir informasjon om ulike aspekter ved barnets personlige utvikling, så som emosjoner og sosial atferd, oppmerksomhetsspenning, utholdenhet og målrettethet.

Bayley-skalaene er utviklet etter flere års forskning rundt spedbarns og småbarns utvikling. Testen har vært utprøvd over lengre tid og har internasjonal anerkjennelse som psykologisk test innenfor aldersgruppen 0 - 3½ år. Testen er imidlertid mest anvendbar i aldersgruppen 1 - 1½ år og opp mot 3 år. Bayley-skalaene gir en god vurdering av barns mentale og motoriske ferdigheter/evner på det aktuelle tidspunkt. Den er erfaringsmessig svært nyttig i forhold til å avdekke både mentale, motoriske og sosiale utviklingsforstyrrelser innen aldersgruppen.

En ny versjon av testen er nå snart i handelen, og det bør selvsagt vurderes om denne bør brukes framfor gammel versjon.

### **7.2.9 Ages and stages (ASQ)**

Dette er et skjema som i første rekke er tenkt utfyllt av foreldrene selv i hjemmet (Squires et al. 1999).

Det tar 10-20 minutter å fylle ut ett av de 19 aldersspesifikke skjemaene, som finnes med følgende aldersangivelse (måneder): 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30, 33, 36, 42, 48, 54, og 60 måneder.

Man skal velge det skjemaet som er nærmest barnets alder. ASQ dekker ulike sentrale utviklingsområder (delskalaer): Grovmotorikk, finmotorikk, kommunikasjon, problemløsning, personlig/sosialt, i tillegg til noen generelle spørsmål. Fordelen er at dette er et instrument foreldrene selv kan fylle ut, noe som gjør dem delaktige i sitt eget barns utredning. På den annen side er det viktig at også fagfolk gjør sine egne, mer nøytrale vurderinger av barnet.

### 7.2.10 Fagan Test of Infant Intelligence

Et grovscreeningsinstrument hvor hensikten er å differensiere mellom spedbarn som er i risiko for mental retardasjon og de som mest sannsynlig vil utvikle seg normalt (Fagan 1991,1992).

Fagan-testen er konstruert på bakgrunn av studier av barns oppmerksomhet og hukommelse. Den gir et mål på spedbarns visuelle preferanse, og er ment å være et instrument for måling av barns evne til å bearbeide informasjon. Bilder av ukjente ansikter presenteres for barnet, og man måler fokuseringstid for bildene ut fra kunnskap om spedbarns preferanse for nyhet (at de vil bruke mer tid til å se på nye bilder enn på bilder de har sett før). Samlet gir undersøkelsen en vurdering av spedbarnets kapasitet med hensyn til å motta, bearbeide og lagre informasjon.

### 7.2.11 The Infant/Toddler Checklist

Spørreskjema til foreldre som har barn i alderen 7-30 måneder (ulike skjemaer for ulike aldre: 7-9, 10-12, 13-18, 19-24, 25-30) (DeGangi 1995). Spørreskjemaet fokuserer på følgende områder:

Selvregulering: Urolig/irritabel (gråt og raserianfall), dårlig evne til selvregulering, vansker med å utsette behovstilfredsstillelse, vansker med overganger mellom aktiviteter, trenger hjelp av andre for selvregulering (eks. konstant behov for støtte av en voksen).

Oppmerksomhet: Distraherbar, vansker med å initiere og å skifte oppmerksomhet.

Søvn: Vansker med å falle i søvn og med å sove gjennom natten.

Spising og mating: Gulping og oppkast (som kan være relatert til reflux eller andre oral-motoriske problemer), matpreferanser, atferdsproblemer under spising.

Påkledning, bading og berøring: Taktil hypersensitivitet relatert til på-/avkledning og bading, aversjon mot å eksplorere ved berøring, og intoleranse mot å sitte fastspent (eks. bilbelte).

Bevegelse: Høyt aktivitetsnivå og bevegelsessøken, motoriske koordineringsvansker og balanseproblemer, utrygghet i forhold til å orientere seg i rommet.

Hørsel og språk: Hypersensitivitet til lyd, distraherbarhet ved lyder, auditive prosesseringsvansker, ekspressive og reseptive språkproblemer.

Orientering og syn: Sensitivitet til lys, distraherbarhet ved visuelle inntrykk.

Tilknytning/emosjonell fungering: Blikkunngåelse, raske humørsvingninger, affektflathet, umodenhet i lek og samspill, vansker med å akseptere grenser, andre atferdsproblemer.

### **7.2.12 Test of Sensory Functions in Infants (TSFI)**

Mange barn som er eksponert for rusmidler i fosterlivet er hypersensitive overfor stimulering, men det er store individuelle variasjoner når det gjelder hvilken sansemodalitet som er mest hypersensitiv. Noen er ekstremt vare for høye lyder, andre for sterkt lys, mens andre igjen kan være vare for berøring, eller for lukter. Å leve med et hypersensitivt sanseapparat kan virke svært forstyrrende og plagsomt for et lite barn, og bidrar både til at det blir lettere sliten, mer irritabel og får redusert oppmerksomhetsevne. Det kan derfor være et viktig område å få kartlagt slik at man kan legge miljøforholdene bedre til rette rundt hypersensitive barn. Samtidig er det viktig at det jobbes aktivt med å øke barnets toleranse for ulike sansestimuli. En ergo- eller fysioterapeut med spesialisering innenfor sanseintegrering kan bidra med dette.

TSFI er ment for aldersgruppen 4-18 mnd (DeGangi & Greenspan 1989). Hensikten med denne testen er å undersøke barnets sensoriske sensitivitet i forhold til stimulering via de ulike sansene, som f.eks. det auditive, visuelle, taktile og vestibulære sansesystemet. Skåringer klassifiseres ”innenfor normalområdet”, ”i risiko”, ”mangelfull utvikling”.

### **7.2.13 Child Behavior Checklist (CBCL)**

Fra 18 mnd og opp til 16 år. Spørreskjema. Foreldre-, lærer- og selvrapporterings skjemaer (Achenbach 1991).

Kartlegger barnets kompetanse og et bredt spekter av problematferd. Problematferd sorteres under hovedskalaene engstelig/deprimert, tilbaketrukket, søvnproblemer, somatiske vansker, samt aggressiv og destruktiv adferd, oppmerksomhetsproblemer, sosiale problemer og tankeproblemer. Databasert skåringsprogram sammenholder skårene på de ulike skalaene med amerikanske normer, både normalpopulasjon og klinisk populasjon.

#### **7.2.14 Samspillsobservasjoner**

I tillegg til å undersøke barnets utvikling er det viktig å kunne observere det som skjer i samspillet mellom foreldre og barn og å kunne formidle dette tilbake til foreldrene på måter som er gjenkjennelig og brukbare for dem. Korte videoopptak av en lekesituasjon, samt en mer strukturert situasjon mellom foreldre og barn (slik som en spisesituasjon for eksempel) kan være et godt hjelpemiddel for å kunne foreta en systematisk analyse av det som skjer i samspillet. Her finnes det forskjellige metoder, men vi skal her nevne to spesielt:

#### **7.2.15 Parent-Child Early Relational Assessment Scale (PC-ERA)**

Utredningsmetode basert på videoopptak av samspill mellom barn og foreldre (Clarke1993).

Vurderer kvaliteten i samspillet mellom barn og omsorgsgiver, barnets erfaring med omsorgsgiver og motsatt, samt de affektive og atferdsmessige karakteristika som begge bidrar med til samspillet. I tillegg er kvaliteten eller stemningen i relasjonen viktige forhold som vurderes. 5 minutters videoopptak i ulike situasjoner: fri lek, mating, organisert lek. Totalt 65 variabler.

#### **7.2.16 Care Index**

Dette er en screeningmetode for å vurdere samspill mellom foreldre og barn basert på tilknytningsteori (Crittenden 2000). Også her benyttes et 3-5 minutters videoopptak av barnet sammen med omsorgspersonen. Care Index skårer barnets responsivitet og foreldres sensitivitet. Med barnets responsivitet menes barnets evne til å inngå i samarbeid med den voksne, til å la seg inspirere og lede og hvordan barnet reagerer på initiativ fra den voksne, samt hvordan og i hvilken grad barnet selv tar initiativ. Med den voksnes sensitivitet menes evne til å være oppmerksom på barnets

signaler, til å gi passende utviklingsstøtte og tilrettelegging for gjensidig samspill. Instrumentet skårer også den voksnes passivitet, kontroll og invadering. Care Index-analysen sammenholdes med informasjon om samspillet i andre situasjoner.

#### **7.2.17 Early Social Communication Scale**

Dette er en metode som undersøker barns preverbale kommunikasjonsferdigheter. (Mundy et. al, 1996) Oversatt til norsk ved Lars Smith. Det er tre kategorier for preverbal kommunikasjon som undersøkes:

- Felles oppmerksomhet. Det vil si bruk av ikke verbal atferd for å dele opplevelsen av objekter og hendelser med en annen.
- Anmodning om hjelp. Det vil si bruk av gester/øyekontakt for å få tak i objekter eller sette i gang hendelser.
- Atferdsregulering. Det vil si bruk av gester/øyekontakt for å utløse eller opprettholde samspill.

Evne til preverbal kommunikasjon er relatert til senere språkferdigheter og kognitiv status.

#### **7.2.18 ADOS**

En annen metode som er mye brukt for å undersøke barns tidlige kommunikative ferdigheter er ADOS. Denne brukes mye for å utrede mulig autisme for eksempel. Psykolog Synnve Schjølberg ved Nasjonalt folkehelseinstitutt er ekspert på denne metoden og kan kontaktes for mer informasjon om akkurat dette.

#### **7.2.19 Strange Situation Procedure**

Dette er en metode for å vurdere individuelle forskjeller i tilknytning hos spedbarn og småbarn (Ainsworth 1978). Barns utforskning, bruk av mor som sikker base og mestring av kortvarig separasjon fra mor, samt møte med en fremmed person i en fremmed omgivelse vurderes i henhold til kategorier for ulike tilknytningsstrategier.

#### **7.2.20 Tilknytningsintervjuet**

Dette er en metode som er utviklet av Charles Zeanah og medarbeidere for å oppdage og klassifisere kliniske tilknytningsforstyrrelser ut fra nyere synspunkter på hvordan man kan forstå barnepsykiatriske forstyrrelser.

Det gir mulighet for å kvantifisere antall kliniske tegn. Det tillater også bestemmelse av hvilken type tilknytningsforstyrrelse barnet har ved å bruke en kombinasjon av kliniske tegn og anamnesticke opplysninger. Oversatt til norsk av Lars Smith.

### **7.2.21 Adult Attachment Interview (AAI)**

AAI er et strukturert intervju som inneholder spørsmål knyttet til mors egen oppvekst med vekt på erfaringer med egne tilknytningspersoner. (Crittenden 1999, Main 1998). Hensikten med intervjuet er å undersøke foreldrenes egne erfaringer når det gjelder tilknytning, og det gir mulighet for å forstå hvordan mor tenker omkring sin egen oppvekst.

### **7.2.22 Working Model of the Child Interview**

Dette er et strukturert intervju av mor om hennes opplevelser, tanker og forestillinger om barnet – både under svangerskapet, den første tiden etter fødselen og etter hvert som barnet vokser til. Intervjuet tas opp på video og skåres ut fra visse kriterier. Det skåres på tre skalaer: innhold – hvor vanskelig eller lett barnet beskrives å være, beskrivelsens kvalitet – mors sensitivitet, nyansering og fleksibilitet i opplevelsen av barnet, involvering i barnet og samstemthet i beskrivelsene av barnet, samt den affektive tonen i det mor formidler. Intervjuet er utviklet av Charles H. Zeanah (2000). Oversatt til norsk ved prof. Lars Smith.





## Referanser

- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behaviour Checklist/2-3 and 1992 Profile*. I Handbook of Infant Mental Health, 2nd. Ed.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. og Wall, S.C. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. Hillside, N.J.: Erlbaum
- Arbeids- og sosialdepartementet: *Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008*
- Backe-Hansen, E. (2005). *Rusmiddelmisbruk og foreldreskap – en dårlig kombinasjon?* Rus & avhengighet, 3/2005, 26-27
- Bayley, N. (1993). *Bayley scales of infant development*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beardslee, W.R., Versage, E.M., Gladstone, T.R. (1998). *Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37(11), 1134-1141.
- Bowlby, J.C. (1988). *A secure base: Clinical application of attachment theory*. London: Routledge.
- Brazelton, T.B. (1984). *Neonatal behavioural assessment scale*, second ed. Spastics International Medical Publications. London.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., Braunwald, K. (1989). *Disorganized/disoriented attachment relations in maltreated infants*. Developmental Psychology, 25, 525-531.
- Clarke, R., Poulson, A., Conlin, S. (1993). *Assessment of the developmental status and Parent Infant Relationships: Therapeutic Process of evaluation*. Handbook of Infant Mental Health. Charles Zeanah. Guilford Press.
- Crittenden, P.M. (1999). *Patterns of attachment in adulthood: a dynamic-maturational approach to analyzing the Adult Attachment Interview*.

Manuscript available from the author. Miami Florida. E.mail:  
pmccrittenden@att.net.

- Crittenden, P.M.& Claussen, A.H. (2000). *The Organization of Attachment Relationships*. Cambridge University Press.
- DeGangi, G.A., Poisson, S., Sickel, R.Z., & Wiener, A.S. (1995). *Infant-toddler symptom checklist*. Tuckson, AZ: Therapy Skill Builders.
- DeGangi, G.A. & Greenspan, S.I (1989). *Test of Sensory Functions in Infants (TSFI)*, Western Psychological Services, L.A..
- Engeseth, M. (1995). *Stoffmisbrukere og deres familier. En langtidsoppfølging*. Universitetsforlaget ISBN 82-13-00479-5
- Evjen, R. Øiern, T. Boe Kielland, K. (2003). *Dobbelt opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Universitetsforlaget
- Fagan, J.f. (1991). *Early development of higher cognitive functioning*. In F.H. Morris & M.A. Simmons (Eds.) *The term newborn infant: A current look* (pp.108-118). Columbus:OH: Ross Laboratories.
- Fagan, J.F. (1992). *Intelligence: A theoretical viewpoint*. *Current Directions in Psychological Science*, 1, 82-86.
- Finnegan, L. (1988). *Influence of maternal drug dependence of the newborn*. In S. Kacew & S. Lock (Eds.), *Toxicologic and Pharmacologic Principles in Pediatrics* (pp. 183-198). New York: Hemisphere.
- Franley, C. & Ashthon, M. (2002). *The Grand design lessons from DATOS*. *Drug and Alcohol Findings*, Issue 7.
- Hans, S. L. (1992). *Maternal opioid drug use and Child development*. In I.Zagon & T. Slotkin (Eds.), *Maternal substance abuse and the developing nervous system* (177-213). New York: Academic Press.
- Hans, S. L., & Jeremy, R. J. (2001). *Postneonatal mental and motor development of infants exposed in utero to opioid drugs*. *Infant Mental Health Journal*, (22), 3, 300-315.

- Hansen, M.B. (2005). *Færre får oppfølging*. Rus & avhengighet, 3/2005, 23-25.
- Hodnekvam, A. og Bjørge, A.M. (2004). *Evaluering av Sudmannske foreldre og barnsenter (1996-2002)*. Bergen
- Kesmodel, U. (2005). *Alcohol during pregnancy. Risks, intakes and attitudes*. Foredrag ved konferansen ”Barnet og rusen”, Sandefjord
- Killén, K. og Olofsson, M. (red.) (2003). *Det sårbare barnet. Barn, foreldre og rusmiddelproblemer*. Oslo: Kommuneforlaget AS
- O'Connor, M.J. Sigman, M & Brill, N. (1987). *Disorganisation of Attachment in Relation to Maternal Alcohol Consumption*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 6, 931-836
- Oslo Kommune (2001). *Kvalitet og kvalitetsmålinger i behandling av rusmiddelmisbruk*. Rusmiddeletaten
- Landheim AS., Bakken K., Vaglum P. 2003. *Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics*. European Addiction Research, 9, 8-17
- Lauritzen, G., Waal, H., Amundsen, A., Arner, O. (1997). *A nationwide Study of Norwegian Drug Abusers in Treatment. Methods and Findings*. Nordisk alcohol- & 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*. Kommuneforlaget
- Lester, B., & Tronick, E.Z. (1994). *The effects of prenatal cocaine exposure and child outcome*. Infant Mental Health Journal, 15, 107-120.
- Lyons-Ruth, R., Conell, D.G., Grunebaum, H. Botein, S. (1990). *Infants at social risk: Maternal depression and family support services as mediation of infant development and security of attachment*. Child Development, 61, 85-98.

- Main, M. & Goldwyn, R. (1998). *Adult attachment scoring and classification system*. Unpublished manuscripts, University of California at Berkeley.
- Melberg, H.O., Lauritzen G., Ravndal E. (2003). *Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad?* En prospektiv studie av stoffmisbrukere i behandling. SIRUS rapport nr, 4.
- Moe, V. & Smith L. (2003). *The Relation of Prenatal Substance Exposure and Infant Recognition Memory to Later Cognitive Competence*. Infant Behavior and Development
- Moe, V. & Slinning, K. (2001). *Children prenatally exposed to substances: Gender-related differences in outcome from infancy to 3 years of age*. Infant Mental Health Journal, 22, 334-350.
- Moe, V. & Slinning, K. (2002). *Prenatal drug exposure and the conceptualization of long term effects*. Scandinavian Journal of Psychology. 43, 41 –47.
- Moe, V. (2002). *Foster placed and adopted children exposed in utero to opiates and other substances: Prediction and outcome at 4 1/2 years*. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 23, 330-339.
- Mundy, P. & Hogan, A. (1996). *A preliminary manual for the Abridged Early Social Communication Scales (ESCS)*. Psychology Department, University of Miami.
- NIDA (1999). *Principles of Drug Addiction Treatment. A Research-based Guide*. NIH Publication No. 99-4180
- NOU 2003:04. *Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak*. Sosialdepartementet
- Olofsson, M., Buckley, W., Andersen, GE., Friis-Hansen B. (1983). *Efterundersøgelse af 89 børn født af stofmisbrugende mødre*. Ugeskrift for Læger, vol. 145 (8):567-570.
- Olofsson, M. & Lindemann, R. (2003). *Rusmiddelbruk i svangerskapet og konsekvenser for det nyfødte barnet*. I Killen K., & Olofsson M. (red) Det sårbare barnet. Barn, foreldre og rusmiddelproblemer. Kommuneforlaget

- Oslo kommune, Rusmiddelstaten (2005). *Veileder for kvalitetsmålinger*.
- Regjeringens mål og innsatsområder i statsbudsjettet 2003. Barne- og familiedepartementet
- Rodning, C., Beckwith, L., Howard, J.(1989). *Characteristics of attachment organization in prenatally drug-exposed toddlers*. Development and Psychology, 1, 277-289
- Rodning, C. Beckwith,L. Howard,J.(1991). *Quality of attachment and home environments in children prenatally exposed to PCP and cocaine*. Development and Psychopathology, 3,351-366
- Sameroff, A.J. (2000). *Ecological perspectives on developmental risk*. In WAIMH Handbook of Infant Mental Health, Vol. 4, Infant Mental Health in groups at risk (pp.1-33 ) New York: Wiley.
- Slinning, K. (2004). *Fosterplaced children prenatally exposed to poly-substances: Attention-related problems at ages 2 and 4 1/2*. European Child and Adolescent Psychiatry. 13, 19-27.
- Sosial- og helsedepartementet: *Strategier for Regjeringens arbeid mot rusmiddelproblemer 2002-2005*
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Alkohol og graviditet. Hva er farlig for fosteret? Hvordan forebygge og behandle?* Rapport fra en ekspertgruppe. Rapport IS-1284
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmiddelmissbrukere*. Rapport 5-0050.
- Squires, J., Potter, L. & Bricker, D.(1999). *The ASQ User's Guide*. Paul H. Brookes Publishing. 2.nd ed.
- Statens helsetilsyn (2000). *Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk, kartlegging av antall og behandlingsbehov*. IK-2727. Utreddningsserien 10-2000. Oslo: Helsetilsynet
- Sundhetsstyrelsen (2005). *Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer. Familieambulatoriets interventionsmodel*. ISBN 87-7676-111-8

- Stray, W. (2003): *Mens gresset gror, dør kalven? Behandlingsmessige utfordringer, dilemmaer og muligheter*. Origosenterets skriftserie
- Streissguth, A. (1997). *Fetal alcohol syndrome. A Guide for families and communities*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Zeanah, C.H., Laurrieu, J.A., Heller, S.S., Valliere, J. (2000). *Infant-Parent Relationship Assessment*. I *Handbook of Infant Mental Health*, 2nd. Ed.
- Aase, K. (2000). *De usynlige barna. En etterundersøkelse av barn innlagt ved Origosenterets Familieavdeling 1988 – 1995*. Origosenterets skriftserie

## Vedlegg: Spørreskjema til institusjoner

Spørsmålene er besvart av:

Navn \_\_\_\_\_

Institusjon \_\_\_\_\_

E-post \_\_\_\_\_

**En del av spørsmålene kan med fordel besvares på eget ark. Henvis da til spørsmålsnummer i besvarelsen.**

1. Når ble tilbudet til barn/foreldre opprettet ved institusjonen?
2. Hvor mange barn bodde med sine foreldre på institusjonen i 2004?

Barnets alder	Antall
0 – 1 år	
1 – 3 år	
3 – 6 år	
Eldre enn 6 år	
<b>Totalt</b>	

3. Hvor mange av disse barna ble født under mors opphold på institusjonen?
4. Er antall barn som er innlagt stort sett stabilt fra år til år?
5. Hvor mange barn ble skrevet ut i 2004?

6. Hva var den gjennomsnittlige innleggelsestiden/oppholdstiden for barna som ble skrevet ut i 2004 (antall måneder)?

7. Hva slags problemer hadde barna ved inntak?

8. Benyttes det kartleggingsverktøy i arbeidet med barna? I tilfellet ja, hvilke?

9. Hvilke tilbud får barna på institusjonen? Beskriv innholdet i tilbudet så konkret som mulig. Redegjør for det aldersspesifikke i tilbudene.

10. Hvilke faglige begrunnelser har institusjonen for å ta imot barna?

11. Hva slags utdanning har de ansatte som jobber med barna?

<b>Utdannelse</b>	<b>Antall heltid</b>	<b>Antall deltid</b>
Lege/psykiater		
Psykolog		
Sykepleier		
Hjelpepleier		
Ergoterapeut		
Fysioterapeut		
Sosionom		
Barnevernspedagog		
Førskolelærer/lærer		
Barnepleier		



Vernepleier		
Annen høyskole/universitetsutd.		
Annet faglært personale, hva:		
Personale uten fagutdanning		
<b>Totalt</b>		

12. Hvilke rutiner for samarbeid om barnet har institusjonen nedfelt i forhold til det øvrige hjelpeapparatet og skole/barnehage? Spesifiser i forhold til:

- Inntak:
- Under oppholdet:
- Ved utskriving (etter at barnet forlater institusjonen):

13. Har det i 2004 blitt foretatt behandlingsavbrudd ved at barnevernet har overtatt omsorgen, enten på grunn av rusmiddelbruk eller at omsorgsevnen har blitt vurdert som for dårlig av andre grunner? Hvis ja, hvor mange barn gjelder det?

14. Gjøres det avtale med barnevernet om oppfølging ved alle utskrivinger?

15. Følger institusjonen opp barnet etter utskriving? Beskriv hvilke rutiner og intensjoner for oppfølging institusjonen eventuelt har.

16. Hvor lenge har institusjonen vanligvis kontakt med barna etter utskriving?

17. Har institusjonen rutiner for å sikre at det utarbeides "Individuell plan" for barna før de forlater institusjonen? Hvis ja, beskriv.

18. For hvor mange barn som ble skrevet ut i 2004, hadde institusjonen samarbeid med oppfølgende instans etter utskriving?

- 0 - 3 måneder etter?
- 4 – 6 måneder etter?
- mer enn 6 måneder etter?

19. Har institusjonen gjort noen form for evaluering av tilbudet som gis? (Legg ved eventuelt skriftlig materiale.) Spesifiser i forhold til:

- Hva slags evaluering?
- Med hvilke resultater?

20. Har institusjonen gjort noen oppfølgingsundersøkelser av barna? (Legg ved eventuelt skriftlig materiale.)

21. Hvor ligger hovedutfordringene i forhold til å kunne oppfylle institusjonens målsetting for barnet?

22. Er det andre sider ved tilbudet dere vil kommentere?

Vi setter pris på å få en kopi av Årsmeldingen for 2004 og andre planer eller beskrivelser som er retningsgivende i arbeidet med barna.

**Takk for at du tok deg tid til å fylle ut skjemaet!**

## SIRUS rapporter

Følgende rapporter er utkommet i denne serien:

- 1/2001 Horverak, Øyvind, Sturla Nordlund og Ingeborg Rossow: *Om sentrale deler av norsk alkoholpolitikk*. 48 s. Oslo 2001.
- 2/2001 Axelsen, Niels Kristian: *Skjenking i grenseland. Strategier, tiltak og lovgivning mot økonomisk kriminalitet i skjenkesteder i de nordiske land*. 119 s. Oslo 2001.
- 3/2001 Watten, Reidulf og Helge Waal: *Avrusing: Fra vilje til medisin. Avrusingstradisjonene i Norge belyst gjennom en forundersøkelse av ultrarask opioidavrusing (UROD)*. 62 s. Oslo 2001.
- 4/2001 Lund, Ingeborg: *Fra monopol til konkurranse. Restaurantbransjen og alkoholleverandørene etter EØS-avtalen*. 81 s. Oslo 2001.
- 1/2002 Ugland, Trygve: *Policy Re-Categorization and Integration. Europeanization of Nordic Alcohol Control Policies*. (Publisert i samarbeid med ARENA. ARENA-report No 3/2002) 254 s. Oslo 2002.
- 2/2002 Horverak, Øyvind: *Selvetjente vinmonopolutsalg. En evaluering*. 85 s. Oslo 2002
- 3/2002 Hauge, Ragnar og Reidun Johanne B. L. Lohiniva: *Bevillingssystemet som alkoholpolitisk virkemiddel. En evaluering av endringene i alkoholloven i 1997*. 165 s. Oslo 2002.
- 4/2002 Johansen, Nicolay B.: *Tillit og svik i narkomiljøet*. 208 s. Oslo 2002.
- 1/2003 Berg, Elin: *Sambandlingens monolog. En studie av interaksjon mellom klienter med innvandrerbakgrunn og ansatte i tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere*. 116 s. Oslo 2003.
- 2/2003 Lund, Ingeborg & Sturla Nordlund: *Pengespill og pengespillproblemer i Norge*. 128 s. Oslo 2003.

- 3/2003 Melberg, Hans Olav & Øyvind Omholt Alver: *Rus og psykiatri i inntektsystemet for kommunene*. 94 s. Oslo 2003.
- 4/2003 Melberg, Hans Olav, Grethe Lauritzen & Edle Ravndal: *Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? En prospektiv studie av stoffmisbrukere i behandling*. 163 s. Oslo 2003.
- 5/2003 Skretting, Astrid & Elin K. Bye: *Bruk av rusmidler blant norske 15-16 åringer. Resultater fra den norske delen av de europeiske skoleundersøkelsene - ESPAD, 1995, 1999, 2003*. 62 s. Oslo 2003.
- 1/2004 Holth, Per & Elin K. Bye: *Evaluering av 'Ansvarlig Vertskap' i Bergen 2000-2003*. 80 s. Oslo 2004.
- 2/2004 Alver, Øyvind Omholt, Anne Line Bretteville-Jensen & Oddvar Kaarbø: *Rusreformen - Noen grunnlagsdata om organisering og finansiering*. 62 s. Oslo 2004.
- 3/2004 Horverak, Øyvind: *Da Vinmonopolet kom til Trysil. En evaluering*. 115 s. Oslo 2004.
- 4/2004 Alver, Øyvind Omholt: *Om pris og etterspørsel etter alkohol i Norge*. 65 s. Oslo 2004
- 1/2005 Rise, Jostein, Henrik Natvig & Elisabet E. Storvoll: *Evaluering av alkoholkampanjen "Alvorlig talt"*. 125 s. Oslo 2005
- 2/2005 Amundsen, Ellen J. & Robert Lalla: *Narkotikasituasjonen i kommunene. Resultater fra årene 2002 og 2003*. 44 s. Oslo 2005.
- 3/2005 Østhus, Ståle: *Befolkningens holdninger til alkoholpolitikken - en analyse av sammenhengen mellom alkoholpolitikken og folkemeningen i perioden 162 og fram til i dag*. 120 s. Oslo 2005.
- 4/2005 Bretteville-Jensen, Anne Line: *Økonomiske aspekter ved sprøytemisbrukeres forbruk av rusmidler. En analyse av intervjuer foretatt 1993-2004*. 173 s. Oslo 2005.

Rapportene kan bestilles fra instituttet.