

BACHELOROPPGAVE

Barn som lever med rusavhengige foreldre

På hvilken måte kan tidlig intervensjon, og økt kunnskap om risiko- og beskyttende faktorer spille en viktig rolle i arbeid med barn som vokser opp i et rusbelastet hjem?

av
kandidatnummer 118
Caroline Hetlevik

Children living with substance abusing parents

Vernepleie
BSV5-300
Mai, 2014

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Presentasjon av tema og problemstilling	2
1.2 Oppgavens oppbygning	3
1.3 Begrepsavklaring	3
1.3.1 Barn som pårørende	3
1.3.2 Rusbelastet hjem	4
1.3.3 Faktorer	4
2.0 Metode	4
2.1 Litteratursøk	5
2.2 Kildekritikk	6
3. Teori del	7
3.1 Foreldres rusmisbruk og dens påvirkning på barnet	7
3.2 Risiko- og beskyttende faktorer	9
3.3 Tidlig intervensjon	12
3.3.1 Opplæringsprogram i tidlig intervensjon	13
3.3.2 Veileder om tidlig intervensjon på rusområdet	13
4. Drøfting	14
4.1 Tidlig intervensjon overfor barn som vokser opp i et rusbelastet hjem	15
4.2 Barne- og familiefokus i tidlig intervensjon	17
4.3 Barnets utvikling, og dens påvirkning av risiko- og beskyttelsesfaktorer	20
5. Avslutning	21
Litteraturliste:	23

1. Innledning

Denne bacheloroppgaven omhandler barn som lever i familier med rusavhengighet. I litteraturen blir de ofte omtalt som *de glemte barna* eller *de usynlige barna*. Barna blir ofte usynliggjort i familien, og resten av omverdenen har vanskelig for å oppdage de problemer og belastninger barna eventuelt bærer på (Hansen, 2001). Helsedirektoratet opplyser om at 450 000 barn i Norge lever i en familie der minst én av foreldrene er psykisk syk eller har rusproblemer (Helsedirektoratet, 2011). Dette er et område som stadig vokser, og som jeg mener flere burde vært opplyst om. Min forforståelse om barn som vokser opp i rusbelastet hjem er at det, i mange tilfeller, er et forsømt område hvor en oppdager barnet for sent, glemmer eller ikke oppdager barnet. Noe som kan resultere i ulike belastninger og problemer for barnet. I tillegg har jeg en forforståelse om at dette er noe mange synes er ubehagelig å gripe fatt i, når en ser at ”det er noe med det barnet”. Mange vet ikke hvor en skal henvende seg, hvordan en går frem, eller har kanskje en tanke om å verne om privatlivet som fører til at en ikke våger å spørre eller kontakte barnevernet.

I dag understreker forskere at barns arvede disposisjon, og barnets omgivelser er i et stadig gjensidig påvirknings- og avhengighetsforhold (Berg-Nielsen, 2010). Miljøfaktorer kan ikke endre genene, men påvirkning fra omgivelsene kan i stor grad sørge for at latente genetiske disposisjoner kommer til uttrykk, eller eventuelt ikke kommer til uttrykk. Et eksempel på en slik latent genetisk disposisjon kan være den kombinasjon av gener som kan føre til en rekke forskjellige psykiske lidelser (Berg-Nielsen, 2010). På denne måten kan man si at miljøet har stor påvirkning på om man for eksempel utvikler en psykisk lidelse som man har genetisk disponert, eller om man ikke utvikler det. Mange psykososiale miljø- og stressfaktorer har sammenheng med forhold til barnet og dets nære familie, lokalmiljø samt sosioøkonomiske og samfunnsmessige forhold. Alt fra daglige utfordringer og andre belastninger kan virke inn på barnets utvikling og oppvekstmiljø enten direkte eller indirekte (Brandt & Grenvik, 2010).

1. Januar 2010 fikk helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven bestemmelser som tar for seg ivaretagelsen av barn som pårørende. Bakgrunnen for de nye bestemmelsene er de belastninger barn kan utsettes for i forbindelse med foreldrenes psykiske og somatiske sykdom, skade eller rusavhengighet. Formålet er å fremme helse og forebygge problemer hos barn og foreldre gjennom å sette dem i bedre stand til å mestre den situasjonen de befinner

seg i (Helsedirektoratet, 2010). Innføring av barneansvarlig ble en organisatorisk begrunnet løsning for å sikre rettsstillingen til barn med alvorlig syke foreldre. Hensikten med barneansvarlig er å sette den lovpålagte plikten, om oppfølging av pasientens barn, i system gjennom ansvarsfordeling til de personer som skal være pådriver for å ivareta barnas interesser (Halsa & Kufås, 2012). Det er viktig å ta tak i og respondere på barns spørsmål og tanker, slik at barnas forstillinger kan korrigeres, deres følelser bekreftes og se til at de får hjelp med å finne gode mestringsstrategier. Om barn får utilstrekkelig med informasjon, eller om informasjonen gis på en måte som kan misforstås, kan det ende med forvirring og smerte i stedet for å hjelpe. Men manglende informasjon kan gi grunnlag for tabu, ensomhetsfølelse og følelsesmessig isolasjon. Manglende informasjon kan også bidra til at barnet tar på seg ansvaret for foreldrenes problemer (Brandt & Grenvik, 2010).

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Som sagt ovenfor blir dessverre barnet en usynlig del av avhengigheten til foreldrene, eller en pårørende som ikke er med i utregningen. Barna kan gjerne forsvinne bak mors behandling, eller bak fars usynlige alkoholproblem. Videre kan det, med tanke på at foreldrenes rusproblem ofte hemmeligholdes, være vanskelig å oppdage barnet og dermed gi tidlig hjelp. Disse barna har en forhøyet risiko for å oppleve alvorlige negative utfall, men til tross for dette er det en stor andel av barna som viser stor tilpasningsdyktighet og klarer seg bra på sikt. En stor del av risikoen er genetisk overført, men ingenting er forutbestemt, og det er flere faktorer som spiller inn når noen barn klarer seg bra, mens andre ikke gjør det.

På bakgrunn av dette har jeg valgt problemstillingen;

”På hvilke måte kan tidlig intervensjon, og økt kunnskap om risiko-og beskyttende faktorer spille en viktig rolle i arbeid med barn som vokser opp i et rusbelastet hjem?”

Det er viktig å ha kunnskap om hvilke faktorer en skal ta hensyn til i forhold til tidlig intervensjon og eventuelle tilbud til barn og ungdom som har rusavhengige foreldre. Det vil alltid være individuelle forskjeller, så en må se på individet og hvilke faktorer som kan være avgjørende hos den enkelte. Men ved å ha kunnskap om både risiko- og beskyttende faktorer, kan det bidra til et skarpere blikk når en jobber med den enkelte, slik at det blir lettere å oppdage problemer og belastninger hos barnet. Som vernepleier har man mulighet til å jobbe

innenfor flere fagfelt, deriblant rusomsorg. Barn som vokser opp i rusbelastet hjem har nå etter helsepersonelloven (2010) § 10 a. rett på informasjon og nødvendig oppfølging fra helsepersonell, herunder blant annet vernepleiere. Dette er et viktig fagområde der vernepleiere kan bistå med mye kunnskap og forståelse. Blant annet har vi som vernepleiere gode kommunikasjonsferdigheter, sykdomsforståelse og evne til å tilrettelegge og lage tiltak for den enkelte, samt gode evner til å jobbe i tverrfaglig team som er veldig relevant innenfor denne tematikken.

1.2 Oppgavens oppbygning

Innledningsvis tar jeg for meg anslaget for hvor mange barn som er berørt av foreldres rusmisbruk eller psykisk sykdom, valg av tema og problemstilling. Videre vil jeg ta for meg valg av metode, viktigheten av tidlig intervensjon, og se på hvordan barnet påvirkes av den rusede forelderen. Deretter tar jeg for meg hvilke faktorer som påvirker barnets utvikling og er med på å forme barnets fremtid. Jeg ser også på forskjellige tiltak som kan brukes i arbeid med barn som lever med rusavhengige foreldre, i tillegg til å se på hvordan hjelpeapparatet bidrar til opplysning og kompetanse- og kunnskapsløfting rundt temaet som er en stor del av arbeidet for å kunne intervensjon tidlig.

I drøftingsdelen svarer jeg på problemstillingen, og ser på tidlig intervensjon overfor barn som vokser opp i et rusbelastet hjem, tidlig intervensjon i et barne- og familieperspektiv, samt barnets utvikling og påvirkning av risiko- og beskyttelsesfaktorer.

1.3 Begrepsavklaring

1.3.1 Barn som pårørende

Begrepet "barn som pårørende" kan oppfattes på flere måter, for eksempel har ikke alltid jus og hverdagsliv samme definisjoner. I hverdagslivet oppfattes man gjerne som barn frem til en forlater oppveksthjemmet, mens i juridisk sammenheng er vi mindreårige frem til vi er fylt 18 år. Sett fra en annen vinkel så er vi våre foreldres barn hele livet. Denne oppgaven tar utgangspunkt i barn som er under 18 år, selv om det omhandler både barn og ungdom vil det her omtales som "barn". Barn som pårørende omtales ofte som barn av psykisk syke, rusavhengige og somatisk syke foreldre. I denne oppgaven vil det bli satt fokus på barn av rusavhengige.

1.3.2 Rusbelastet hjem

Begrepet rusbelastet hjem tar, i denne oppgaven, for seg det å vokse opp i et hjem der en eller begge foreldrene ruser seg. Et rusproblem er noe som mange kan utvikle dersom en ikke er bevisst på måten man bruker rusmidler på (Hansen, 2001). Mennesker som har et problematisk forhold til rusmidler, finnes i alle sosiale lag av befolkningen, og man finner flere former for rusproblematikk i hjemmet utfra hensyn til både familien og individet selv. Myten om at den gjennomsnittlige rusmisbruker er annerledes enn deg og meg må avskaffes (Hansen, 2001). Det finnes ulike rusmidler, men jeg vil ikke avgrense meg til en enkelt gruppe rusmidler i denne oppgaven. Men heller rette fokuset mot den generelle virkningen rusmidler har for barna som pårørende. Det som ofte bekymrer og skremmer barnet er den forandringen som skjer med foreldre når de er beruset. Det er ikke inntaket av rusmidler, mengden som konsumeres eller typen rusmidler som er problemskapende. Den forandringen som skjer hos de voksne i en ruset tilstand kan være svært ulik, noen kan bli sint og voldelig, noen sløve og ubehagelige, mens andre kan bli snille og medgjørige. Felles for alle typer forandringer er at barnet får opplevelsen av å miste den voksnes oppmerksomhet.

1.3.3 Faktorer

Det finnes både risikofaktorer, og beskyttende faktorer som bidrar til å forme utviklingen hos barn som vokser opp i et rusbelastet hjem. Risikofaktorer er individuelle eller miljømessige forhold som øker faren for en negativ utvikling hos barnet (Brandt & Grenvik, 2010). Beskyttende faktorer er derimot faktorer som modererer effekten av risikofaktorer på barnet, og på den måten kan utviklingen bli mer positiv enn den ville vært uten. Barnas påvirkning av risikofaktorer er avhengig av risikofaktorenes omfang og påvirkning på omsorgskvaliteten. Om det er muligheter for å fjerne risikofaktorer så er det selvfølgelig ønskelig, men i mange tilfeller vil ikke det være mulig. I disse tilfeller kan en aktivere faktorer som er behjelpelig i møte med eventuell motgang. En må derfor ikke bare se på eksisterende risikofaktorer, men også inkludere beskyttende mekanismer og prosesser (Brandt & Grenvik, 2010).

2.0 Metode

Metode er redskapet en bruker for å få den informasjonen man trenger, og sier noe om hvordan man bør gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskapen (Dalland, 2008). Denne oppgaven tar utgangspunkt i litteraturstudie som metode, det vil si at en innhenter

allerede eksisterende litteratur. Jeg har valgt denne metoden fordi jeg mener det er den beste metoden for å få kunnskap om og å belyse temaet og problemstillingen min. Det er viktig at en har evne til kritisk vurdering av de artikler, forskning, bøker og rapporter som en bruker i oppgaven med hensyn til kvalitet og resultat. I forhold til omfanget på oppgaven kan dette bidra til en mer helhetlig forståelse av betydningen av tidlig intervensjon, og kunnskap om risiko- og beskyttende faktorer i arbeid med barn og unge som vokser opp i et rusbelastet hjem.

2.1 Litteratursøk

For å finne relevant litteratur har jeg brukt BIBSYS som er en felles søkebase for bøker, forskning, rapporter, artikler og lignende på biblioteker ved universiteter og høyskoler. Samt databasene Academic Search Premier, Google Scholar, Norart, Helsebiblioteket og Idunn. Jeg har også brukt Google for å finne utgitte og publiserte verk som blant annet fagrapporter, stortingsmeldinger og rundskriv. Prosessen med å finne de rette søkeordene tok litt tid, men etter hvert som jeg fant passende søkeord fant jeg frem til mye forskjellig litteratur. Jeg har brukt søkeord som;

- "children of substance abusing parents"
- "Barn som pårørende"
- "Subjective risk, protective factors, child*"
- "Risikofaktor for barn i rusbelastet hjem"
- "Barn i risiko"
- "Tidlig intervensjon, barn"

Gjennom litteratursøk har jeg funnet flere bøker, artikler og tidsskrifter som jeg synes er relevant for å belyse min problemstilling. Ved å søke i BIBSYS med søkeord "Barn i risiko" fant jeg boken *Med barnet i sentrum: nye muligheter for spedbarn og småbarn av rusmiddelavhengige og psykisk syke foreldre* skrevet av Ann Elisabeth Brandt og Tone Hestmo Grenvik (2010), som jeg har brukt mye i min oppgave fordi den ga meg en god forståelse av temaet, og tar for seg sentrale problemstillinger i forhold til barn som vokser opp i et rusbelastet hjem. Jeg har også brukt boken *Barn som lever med foreldres rusmisbruk* med redaktøren Frid A. Hansen (2001), hun er psykologspesialist med videreutdanning innenfor institutt for aktiv psykoterapi med fordypning i barn, unge og deres foreldre. I tillegg til litteratursøk har jeg sett på forskjellige litteraturlister på de artikler og bøker som jeg har funnet, deriblant Helsedirektoratets veileder *Fra bekymring til handling* (2010). Den

litteraturen jeg har funnet og valgt til å bygge min oppgave på, er den litteraturen jeg opplever som best beskrivende og opplysende av min problemstilling.

2.2 Kildekritikk

Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere den litteraturen som er benyttet. Hensikten er at leseren skal få ta del i de refleksjonene du har gjort deg om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen (Dalland, 2008). Jeg har gjennom hele oppgaven referert til de kilder som er brukt, og tatt hensyn til etiske retningslinjer knyttet til litteratur og selve skriveprosessen. Temaet og problemstillingen denne oppgaven tar for seg er et fagfelt som er i stadig vekst, dermed må jeg stille meg litt kritisk til kildene jeg bruker og om de er tilstrekkelig oppdatert i lys av dagens situasjon. Det er stor variasjon på litteraturen jeg har brukt, og årstall for når den er publisert. Dermed har jeg sammenlignet eldre litteratur med dagens oppdaterte litteratur og ser at mye fortsatt er veldig relevant, på bakgrunn av dette har jeg valgt å bruke det i min oppgave.

Med tanke på omfanget rundt tema, problemstilling og ikke minst litteratur på fagfeltet, har jeg stilt meg kritisk til den litteraturen jeg har valgt. Gjennom de søkeord jeg benyttet, og de databasene jeg har valgt, har jeg funnet veldig mye litteratur og utvelgelsen har vært krevende. Med tanke på de rammer en har for å utføre oppgaven, deriblant tidsrammer, får en ikke mulighet til å gå grundig gjennom all litteratur en finner. På den måten vil det gjerne være noe litteratur som er veldig relevant som blir utelatt, eller som en ikke får gått gjennom.

I tillegg må jeg stille meg kritisk i forhold til min forforståelse av tema og problemstilling. Etersom jeg hadde en forforståelse av at det var et forsømt område, som kan resultere i ulike belastninger og problemer for barnet, vil det muligens også ha påvirket mitt valg av søkeord og ikke minst vinkling på oppgaven. I følge Dalland (2008) er det en utfordring at fagstoff og pensum ofte er sekundærlitteratur. Det vil si at litteraturen er bearbeidet og tolket før du leser den, slik at det originale perspektivet kan ha endret seg underveis. Dermed har jeg hovedsakelig brukt primærlitteratur, men er bevisst ved bruk av sekundærlitteratur på at det allerede er bearbeidet og tolket.

3. Teori del

3.1 Foreldres rusmisbruk og dens påvirkning på barnet

Ifølge Frid A. Hansen (1990) eksisterer det et rusproblem når bruken av rusmidler virker forstyrrende inn på de oppgaver og funksjoner som skal ivaretas i familien, og når de følelsesmessige bånd mellom mennesker belastes og forstyrres av en annens rusbruk. Det finnes utallige definisjoner på rusproblem, men denne definisjonen relateres best til mitt tema og den forståelsen jeg har av rusproblem i et familieperspektiv. Dermed vil denne ligge til grunn for videre forståelse av temaet. Blant rusmidler finnes det både lovlige handelsvarer (alkohol og legemidler), reseptbelagte legemidler (morfin og benzodiazepiner) og ulovlige narkotiske stoffer (heroin, kokain og amfetamin) (Brandt & Grenvik, 2010). Det finnes noen fellestrekk når det gjelder virkningen av rusmidler; følelse av velvære, svekket konsentrasjon, nedsatt hukommelse og innlæringsevne, nedsatt evne til kritisk vurdering og økt impulsivitet. I tillegg svekkes den hjernefunksjonen som kontrollerer at det er samsvar mellom det man har tenkt og gjøre, og det man faktisk gjør. De enkelte rusmidlene har også sine spesifikke virkninger som deles inn i tre hovedkategorier; stimulerende, dempende og hallusinogene (Brandt & Grenvik, 2010).

De siste tiårene har en sett rusmisbruk i et relasjonelt perspektiv. For eksempel kan misbruket hos den enkelte oppfattes som plagsomt for de andre i familien lenge før det er snakk om at det er helseskadelig for den som ruser seg. Det er rusatferden som i første omgang er til sjenanse og plage for de andre, når familiemedlemmer under rus forandrer seg i passiv, sløvende retning og også når de bli oppstemt, aggressiv eller voldelig (Lorvik, 2001).

Rusmisbrukere har i mange tilfeller vanskeligheter med relasjoner, og med å ta ansvar for både seg selv og andre. Den enkelte kan også oppleve det som problematisk å oppnå strukturerte hverdager og med å forholde seg til de krav samfunnet stiller. Vanskene kommer til uttrykk gjennom språk, væremåte og atferd som bryter med sosiale normer, og vanskene kan bestå i lang tid etter aktiv rus. De fleste som har levd i et rusmiljø trenger å bli kjent med seg selv uten rus (Brandt & Grenvik, 2010). Foreldrene må da etablere en ny identitet som for de fleste kan være en langvarig prosess og en belastning. Med tanke på foreldrerollen og omsorgsoppgaver må en lære seg å lage struktur og innhold i hverdagen ut fra barnas behov.

Ifølge Mortensen (2001) viser undersøkelser at barn av misbrukere har en høyere forekomst av en rekke problemer som blant annet angst, tristhet, dårlig selvbilde, atferdsvansker, skoleproblemer, depresjon, søvnproblemer, rusmisbruk og kriminalitet. Dette er problemer man også kan finne hos barn som er utsatt for omsorgssvikt eller der foreldrene har en alvorlig psykisk lidelse, dermed kan disse problemene generelt oppfattes som et signal om at et barn er utsatt for store belastninger i sitt hjemmemiljø. Som nevnt tidligere er det ofte ikke inntaket, mengden eller typen rusmidler som skaper problemer eller bekymrer og skremmer barnet, men derimot forandringen som skjer med foreldrene når de er beruset. Stabilitet og forutsigbarhet regnes til en viss grad som en forutsetning for at barn skal føle trygghet i oppveksten sin.

I tillegg til misbrukerens brå forandring, kan også oppførselen til den eventuelle rusfrie forelderen også forandre seg. Den rusfrie forelderen vil da være opptatt av å begrense inntaket rusmidler, og vie sin bekymring til misbrukeren slik at barnet opplever å miste deres oppmerksomhet og omsorg. Barnet er da i en situasjon der de må klare seg selv, ettersom de opplever at begge foreldrene er utilgjengelig for dem, og kan ha følelsen av at foreldrene har sviktet dem (Mortensen, 2001). Oppfattelsen om at sin familie er annerledes og mindreverdige i forhold til andre familier, kan føre til at barna skammer seg over foreldrene på bakgrunn av at de bryter sosiale normer. I mange tilfeller vil familien holde en såkalt glatt fasade utad, der det ikke er synlig at foreldrene ruser seg og ingen riktig vet hva som foregår bak husets fire vegger. Barnas reaksjon er ofte lik, og de går i konstant høy beredskap og er redde for at noen skal oppdage det. De er ofte den første til å åpne døren og til å svare telefonen slik at ingen får vite noe (Mortensen, 2001).

For å finne årsaksforklaringer på problemer eller konflikter, som ofte kan være medfølgende i rusbelastede familier, vil barna ha lett for å tilskrive seg skyld og ansvar for det som skjer. Den skyldfølelsen øker også deres ansvarsfølelse med hensyn til å hjelpe familien og å løse de problemer som har oppstått. På denne måten bidrar det til at barnet overtar voksent ansvar. Barn som opplever slike belastninger kan oppfatte konflikter som en stadig trussel om tap, og få erfaringer med at konflikter bare er noe vondt og utrygt, som bestandig vender tilbake og som er umulig å løse (Mortensen, 2001). Barn som overtar voksent ansvar tar ikke bare på seg praktiske oppgaver, men også omsorgsansvar overfor foreldrene. Som å trøste dem hvis de er lei seg eller mekle mellom dem i konflikter. Dette er et ansvar som barn ofte ikke har forutsetninger for å ta. Mange av disse barna utvikler et lavt selvbilde, der de oppfatter seg

selv som lite verdifull for andre mennesker, og får en oppfatning om at de må gjøre seg fortjent til å bli elsket og anerkjent (Mortensen, 2001).

Lovendringene i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven skal bidra til at det blir gitt informasjon til barnet. Og i helsedirektoratets rundskriv (2010) om *Barn som pårørende* forklares det at samtaler med barn må sees på som en prosess der det kan være behov for flere, samt ulike typer samtaler. Samtalene må tilpasses omfanget av omstendighetene, og i noen tilfeller kan det være tilstrekkelig med en kortfattet samtale, mens i andre tilfeller må en gjerne gå mer grundig til verks. Informasjonen bør helst gis av foreldrene selv, og dersom det ikke er mulig bør det gis i nært samarbeid med foreldrene. Målet med samtalene med barna er å bidra til økt mestring av sin livssituasjon, det vil si å forebygge belastninger og bidra til god utvikling for barna. For å gi informasjon til barnet må en ha samtykke fra pasienten, og dermed sikre at pasienten har forstått betydningen av at informasjonen gis, og hvorfor det er viktig å følge opp barnet. Ordningen med barneansvarlig personell i spesialisthelsetjenesten er en viktig organisatorisk løsning for å styrke den rettslige stillingen til barn av pasienter med blant annet rusavhengighet (Helsedirektoratet, 2010). Det barneansvarlige personellens kjernefunksjon er å systematisere arbeidet, fremme barnas interesser, samt holde helsepersonell oppdatert.

3.2 Risiko- og beskyttende faktorer

Risikofaktorer er individuelle eller miljømessige forhold som påvirker barns sårbarhet for en negativ utvikling. Betegnelsen risiko brukes for å peke på sårbarhet overfor negative livshendelser, som for eksempel å slutte på skolen, stoffmisbruk og kriminalitet (Brandt & Grenvik, 2010). Det vises til to typer risiko; indre og ytre faktorer. Indre risikofaktorer kan blant annet være kjønn, temperament og intelligens. Ytre risikofaktorer kan være lite sosial støtte, utrygghet, konflikter, lav sosioøkonomisk status, fattigdom, nærmiljø med høy toleranse for rusmisbruk og kriminalitet (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Oftest vil det være risikofaktorer som i samspill med hverandre kan påvirke et utviklingsforløp negativt, og bli avgjørende for utfallet. Effekten av risikofaktorene er avhengig av mengden negative forhold, varigheten av disse og samspillet mellom dem.

Beskyttende faktorer kan moderere effekten av risikofaktorerens innvirkning på individet, på den måten kan utviklingen bli mer positiv enn den ville vært foruten. Faktorene må ikke sees på som motsetninger, derimot er beskyttende faktorer i et kontinuerlig samspill med risikofaktorer og kan redusere deres negative innflytelse. Beskyttende faktorer kan være personlighetstrekk, selvfølelse, positiv sosial orientering, familie, varme og fravær fra konflikter, og samfunnsmessige forhold som for eksempel tilgang på støtte (Brandt & Grenvik, 2010). Risikofamilier er betegnelsen på familier som innbefatter flere risikofaktorer på samme tid. Utrygg tilknytning og dårlige utviklingsmuligheter kan assosieres med dårlig stimulasjon og lite følelsesmessig involvering. God omsorg har vist seg å ha en modererende effekt i forhold til risiko, og dermed bør en sikre god omsorg i risikofamilier. God omsorg relateres til forutsigbarhet, stimulering, trygge barn og god sosial, emosjonell og kognitiv utvikling (Brandt & Grenvik, 2010).

En har funnet frem til tre ulike måter på hvordan risiko- og beskyttelsesfaktorer samarbeider, for å påvirke et bestemt utfall; en hovedeffektmodell, en mediatormodell og en moderatormodell (Waaktaar, 2011). Hovedeffektmodellen tar for seg at enhver faktor, hver for seg, påvirker utfallet enten positivt eller negativt. Totalt sett vil det da være summen av faktorer som bestemmer utfallet. På den måten kan utfallet bli positivt til tross for risiko. Så lenge en har nok beskyttende faktorer til å kompensere for risikofaktorene. Mediatormodellen viser til at effekten av en risikofaktor, får virkning gjennom mekanismer i en annen faktor. Foruten den intermediære faktoren vil effekten falle bort helt eller delvis. Eksempelvis om foreldres rusmisbruk (risiko) påvirker barnas eget forhold til rusmisbruk (utfall) gjennom hvordan foreldrene forholder seg til barna sine (medierende faktor). Ved et slikt tilfelle kan en forestille seg at tiltak rettet mot å hjelpe den rusavhengige forelderen til å oppdra sine barn, kunne dempe effekten av rusmisbruket til barna. Moderatormodellen derimot peker på at effekten av en faktor blir påvirket eller moderert av en annen faktor. En beskyttende faktor som reduserer utfallet av en risikofaktor på et bestemt utfall. Eksempel på en slik moderator kan være en vellykket intervensjon (Waaktaar, 2011).

Det er viktig å være bevisst om at det er stor variasjon av påvirkningen på negative forhold, og det er kompliserte dimensjoner som påvirker barnet. Det omhandler individuelle forskjeller, og ulike tiltak i familien kan utgjøre en beskyttende faktor i forhold til å bedre situasjonen for barna. Risikofaktorene i seg selv er ikke avgjørende, men derimot deres påvirkning på relasjon og samspill mellom barn og foreldre (Brandt & Grenvik, 2010).

Resiliensbegrepet stammer fra fysikken, og beskriver et objekts evne til å falle tilbake til utgangspunktet etter å ha blitt strukket eller bøyd. Ordet resiliens brukes også om prosesser som gir tilfredsstillende utvikling ved personer, til tross for erfaringer som kan ha stor risiko for å utvikle problemer eller avvik (Brandt & Grenvik, 2010). Resiliente barn gir uttrykk for å være i bedre stand til å tilegne seg de sosiale og emosjonelle ressurser nettverket har å by på. Resiliens må ikke forstås som en personlig egenskap ved barnet, men derimot som et dynamisk samspill mellom risiko, beskyttelse, sårbarhet og styrker, barnet og omgivelsene (Brandt & Grenvik, 2010).

Beskyttelses- og risikofaktorer forbindes til den enkeltes handlinger (atferden), den enkeltes personlige egenskaper eller erfaringer, og til den enkeltes omgivelser (miljøet) (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Sannsynligheten for å kunne utvikle et problem må vurderes ut fra den belastningen som risiko- og beskyttelsesfaktorer samlet sett representerer. Studier har vist at faktorer som dårlige skolerresultat, mangel på sosial ferdigheter, utestenging fra skolen eller manglende frammøte, forbindelse med asosiale aktiviteter og lovbrudd, selvdestruktiv atferd, aggresjon og angst, fører til en forhøyet sannsynlighet for å utvikle rusrelaterte problemer (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Faktorer som bidrar til betydelig økt risiko for skjevutvikling hos barnet kan for eksempel være foreldrenes egne rusrelaterte problemer, oppdragelsespraksis og fungering, manglende sensitivitet i foreldre-barn samspillet, og uforutsigbart forhold til barnet (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Derimot vil beskyttende faktorer for eksempel være positiv foreldre-barn samspill, støttende involvering, forventninger som tilsvare alderen til barnet, og at foreldrene viser interesse for den unges aktiviteter. Barn kan ha en høyere sårbarhet i vanskelige perioder, eller overgangsfaser. I en slik overgangsperiode kan de unge gjerne falle i en gråsoner, der det er manglende sammenheng i tjenestetilbudet, spesielt overgangen mellom barne- og voksentilværelsen (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Det vises til at de enkelte risikofaktorene samles opp, for så å kunne utforme en skadelig innvirkning på barnets liv. Men dersom problemene tas tak i og intervenseres tidlig vil prosessen kunne minimeres. Økt kunnskap om rusmidlenes effekt på barnets utvikling innenfor behandlingsapparatet vil kunne bidra til å forebygge mulige risikofaktorer i en tidlig fase i livet (Mohaupt & Duckert, 2010). I tillegg er det satt fokus på å styrke foreldrenes generelle ferdigheter, som er en effektiv beskyttelsesfaktor i forhold til skjerming av foreldrenes rusatferd overfor barna.

3.3 Tidlig intervensjon

Målet med tidlig intervensjon og utviklingsstøttende tiltak, er å om dirigere en avvikende og uheldig utvikling til en bedre. Tidlig intervensjon kan helt klart knyttes til folkehelsearbeid som blant annet har som mål om å bidra til sunnere levevaner, tryggere og mer helsefremmende miljø. Folkehelsearbeidet retter blant annet fokus på å identifisere og påvirke viktige faktorer for helse, og å styrke forebyggende innsats gjennom økt kunnskap om virkningsfulle tiltak. En kan skille mellom tre forskjellige forebyggende strategier; universell forebygging som henvender seg mot hele befolkningen, selektiv forebygging som henvender seg mot spesielle grupper som er mer utsatt enn andre, og indikativ forebygging som fokuserer på individer der rusproblemer eller risikofaktorer allerede er observert, for eksempel barn med ADHD eller atferdsvansker (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). For tidlig intervensjon er det nødvendig med tidlig identifikasjon. Dermed er alle som opplever en skjevutvikling eller begynnende rusproblemer hos andre en potensiell oppdager. Det avhenger av at oppdagerne har kunnskap om risikofaktorer og symptomer, at de har mot til å handle, og ikke minst vet hva de skal gjøre eller vet hvem de skal henvende seg til (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

For å kunne motvirke den potensielle risikoen ved å tilby tidlig hjelp, kreves det som sagt tidlig identifikasjon, noe som har vist seg å være en utfordring. Det er to forhold som antas å stor betydning for barnas hjelpebehov og for en eventuell intervensjon (Brandt & Grenvik, 2010). Den første er hvorvidt foreldrenes rusproblem er kjent, og den andre er om barna viser synlige tegn til mistilpasning eller ikke. Dessuten har du som hjelper egne holdninger og erfaringer som kan påvirke troverdighet og trygghet i forhold til de familier du møter. Selv om mange fortsatt synes det er ubehagelig å spørre familier om rus, er mye gjort for å endre dette (Brandt & Grenvik, 2010).

I arbeid med barn og deres familier er det viktig å huske på variasjonen hos mennesker og at mange barn, til tross for store livsbelastninger, vil klare seg bra. Noen vil ha bruk for hjelp fra det profesjonelle hjelpeapparatet, mens andre vil ha større nytte av å bruke den støtten som eksisterer i deres naturlige nettverk av familie, venner, skole og slekt (Waaktaar, 2011). Det er hjelperens utfordrende oppgave å skaffe innsikt i, og få oversikt over hvert enkelt barn og dets families unike kombinasjon av risiko- og beskyttende faktorer, for å kunne dra nytte av disse på best mulig måte i den aktuelle situasjon.

3.3.1 Opplæringsprogram i tidlig intervensjon

En SIRUS rapport fra 2012 tar for seg et opplæringsprogram i tidlig intervensjon.

Opplæringsprogrammet retter seg i hovedsak mot ansatte i kommunen som jobber opp mot blant annet småbarnsfamilier, for å kunne bidra til tidlig identifikasjon. Når det gjelder den nasjonale satsingen rundt tidlig intervensjon på rusfeltet har en som mål å identifisere og gripe inn så tidlig som mulig for å kunne forhindre en videre problemutvikling. Programmet bestod av undervisning i kartleggingsverktøy og samtaleferdigheter. Opplæringsprogrammets hovedmål er å bidra til økt kompetanse angående identifisering og samtale med blant annet småbarnsfamilier om bruk av rusmidler. Programmet sikter også mot å gi handlingskompetanse til ansatte i kommunen, når de kommer i kontakt med risikoutsatte barn og foreldre, gjennom å innføre de ulike kartleggingsverktøyene og samtalemetodikkene (Snertingdal, 2012). Videre ønsker programmet å styrke tverretattlig samarbeid i kommunen, fordi det ansees som en forutsetning for en vellykket utførelse av kartleggingsverktøyene, i tillegg til at mange vil ha behov for hjelp fra flere instanser og fagfelt.

3.3.2 Veileder om tidlig intervensjon på rusområdet

I helsedirektoratets veileder *Fra bekymring til handling, en veileder om tidlig intervensjon på rusområdet* (2010) viser direktoratene til hva som kan gi grunn for bekymring for et mulig rusproblem, og hvordan en lettere kan gå fra bekymring til handling. Som sagt tidligere er tidlig identifikasjon en nødvendig forutsetning for tidlig intervensjon, og det avhenger av at man har kunnskap om risikofaktorer og symptomer. Andre sentrale barrierer er forestillingen om ”alkoholikere” eller ”rusmisbrukere”, og at om en selv er bekymret for at man drikker for mye, vil en sjelden se seg selv som alkoholiker eller rusmisbruker. Dermed kan mange benekte et eventuelt problem, noe som medfører at det vil være vanskelig å åpne for rådgivning eller intervensjon. Risikofaktorer vil påvirker oss på forskjellig og en har sett at utagerende atferd finnes hyppigst hos gutter, mens depresjon og psykosomatiske plager er hyppigst hos jenter (Helsedirektoratet, 2010). Risiko- og beskyttende faktorer finnes på flere nivåer; samfunnsnivå, gruppenivå og individnivå. Og må forstås både som ytre påvirkningsfaktorer og individuelle personlighetstrekk. For eksempel kan en utsettes for lav sosioøkonomisk status, som er en ytre påvirkningsfaktor, men samtidig klare seg bra grunnet individuelle personlighetstrekk som for eksempel robusthet.

Mange barn utsettes for rusmiddelbruk i familien eller i miljøet rundt seg. Tidlig intervensjon dreier seg dermed også om intervensjon overfor de voksne i barnas liv (Helsedirektoratet, 2010). Mange har liten kunnskap om hva barnevernet kan bidra med, og det kan være en faktor til at det er vanskelig å avgjøre om en skal sende inn en bekymringsmelding eller ikke. Den kommunale barneverntjenesten medvirker til å gi det enkelte barn gode levekår og utviklingsmuligheter gjennom råd, veiledning og hjelpetiltak (Helsedirektoratet, 2010). Tiltak som settes inn er avhengig av om det er barnet selv som har problemer, eller om det er foreldrene som for eksempel har et rusproblem. Om det er foreldrene vil det være aktuelt for barneverntjenesten å samarbeide med andre fagmiljø som har kompetanse på rusproblematikk og rusbehandling. Hjelpetiltak kan for eksempel være å oppnevne støttekontakt, sørge for at barnet får plass i barnehage, ved besøkshjem, avlastningstiltak i hjemmet eller andre foreldrestøttende tiltak. Barnevernet kan også sette i gang tiltak som kan stimulere barnets fritidsaktiviteter, som å bidra til utdanning- eller arbeidsmuligheter, og gi en anledning til å bo utenfor hjemmet. Videre kan barneverntjenesten sette hjemmet under tilsyn, ved å oppnevne tilsynsfører for barnet (Barnevernloven, 1993). Om en vurderer å kontakte barnevernet kan det være en fordel å informere foreldrene om noen av de vanligste hjelpetiltakene, og fortelle at det er en fordel å sette inn hjelpetiltak tidlig for å forhindre at små problemer vokser seg unødvendig store, og at det å kontakte barnevernet ikke nødvendigvis tilsier at barnet lever i en omsorgssviktsituasjon (Helsedirektoratet, 2010). Det kan være hensiktsmessig å presisere at barnevernet er der for å kunne hjelpe barnet, og ikke for å ”straffe dårlige foreldre”. Barneverntjenesten kan bistå enten det er den unge selv eller foreldrene som har rusproblemer, og det vektlegges at tiltak skal iverksettes tidlig for å forebygge mer alvorlige situasjoner eller inngripende tiltak som for eksempel omsorgsovertakelse.

4. Drøfting

I denne delen vil jeg se nærmere på problemstillingen min; *”På hvilke måte kan tidlig intervensjon, og økt kunnskap om risiko-og beskyttende faktorer spille en viktig rolle i arbeid med barn som vokser opp i et rusbelastet hjem?”*. I tillegg ser jeg på viktigheten av å ha kunnskap om hvor en kan henvende seg når en opplever et hjelpebehov blant barn, og tar for meg tidlig intervensjon i et familieperspektiv. Jeg ser også på utfordringer med å oppdage og hjelpe barnet, samt barnets påvirkning av risiko- og beskyttelsesfaktorer.

4.1 Tidlig intervensjon overfor barn som vokser opp i et rusbelastet hjem

Tidlig intervensjon og tiltak overfor barn som lever i familier med rusproblematikk kan sees på som en beskyttelsesfaktor for barnet, med tanke på at det kan bedre livssituasjonen for barna og familien. Det er derfor viktig med tidlig identifikasjon og økt kunnskap på dette feltet for å kunne oppdage og forebygge skjevutvikling hos barna. I teori delen viser jeg til opplæringsprogram i tidlig intervensjon og til veileder om tidlig intervensjon på rusområdet, og gjennom nasjonal satsing ser en at dette er et viktig tema å sette på dagsorden. Slik jeg ser det vil det å øke bevissthet og kunnskap om dette emnet være viktig for å kunne hjelpe barna så tidlig som mulig, både innenfor hjelpeapparatet og generelt i samfunnet vårt.

Kulturelle ulikheter kan ha betydning for hva man ser, og hvordan man vurderer god eller dårlig omsorg (Huseby, 2001). Derfor vil det jeg anser som et uakseptabelt bruk av rusmidler, kanskje anses som et akseptabelt bruk i noen andres øyne. Dette vil også gi utslag for når den enkelte anser det som en belastning eller et problem overfor barnet, så vel som for foreldrene, og kan være en av faktorene til når eller om en vurderer å gripe inn. Barnevernet er en sentral instans som kan være til god hjelp i vurderingen, uansett om det er barnet selv som har problemer eller om det er foreldrene. Dessverre er det slik at mange ikke vet hva barnevernets arbeid omhandler, og et sterkt mediefokus på barnevernssaker vil kunne påvirke de holdninger en har til barneverntjenesten og føre til at en ikke tar sjansen på å involvere seg (Huseby, 2001). Den tilliten og det forholdet man har til hjelpeapparatet kan være avgjørende for om en velger å gripe fatt i saken. Men man har spesielt i hjelpeapparatet (skole, barnehage, helsesøstre og lignende) et ansvar om å se til at barnets problem blir synliggjort, og at behovet om hjelp formidles. Det er i disse sakene viktig at man forholder seg profesjonell, og ikke blir påvirket av tidligere negative erfaringer og passivitet (Huseby, 2001). I tillegg kan hjelpeapparatets oppbygning sees på som en barriere i forhold til samhandling, på bakgrunn av en sekvensiell inndeling, taushetsbestemmelser og delt ansvar med flere instanser (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Etter min erfaring vil mange kunne ha behov for hjelp fra flere instanser og fagfelt, og tverrfaglig samarbeid vil kunne bidra til å få et mer helhetlig tilbud. Men på bakgrunn av hjelpeapparatets oppbygning kan dette i noen tilfeller være vanskelig å få til.

Oppvekstvilkår hos barn av rusmisbrukere er ofte preget av en rekke risikofaktorer, og statistisk sett vil dette bli ansett som en risikogruppe. Men man vet aldri hvordan utfallet vil bli, og hvilken påvirkning foreldrenes rusmisbruk har på barnet og familien. Alt avhenger av hvordan den risikofaktoren knyttes til andre risikofaktorer, og eventuelt hvordan beskyttende faktorer påvirker barnets omgivelser (Ytterhus, 2012). Barnas oppvekst kan, i tillegg til foreldrenes rusmisbruk, være preget av samlivsbrudd, konfliktfylte familieforhold, dårlig råd og et lite nettverk. En må derfor ved tidlig intervensjon være etisk bevisst, og møte hver enkelt familie med støtte, og videre gi god hjelp ved å samarbeide med foreldrene.

Tidlig intervensjon overfor sårbare grupper kan få en stigmatiserende effekt, fordi alle som befinner seg i en risikogruppe vil ikke nødvendigvis utvikle et rusproblem eller andre problemer. Men på den andre siden må en ikke få en avventende holdning. Risikoen for stigmatisering bør ikke bli en unnskyldning eller et hinder for å ikke ta fatt i en situasjon, dersom det er tydelige symptomer på problemutvikling. Da må en heller gå varsomt frem, og ha en kontinuerlig etisk og faglig refleksjon ved en eventuell iverksetting av intervensjon (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

For å kunne identifisere tidlig er det nødvendig å ha kunnskap om hvilke risikofaktorer og symptomer en må være observant på. En må også ha kunnskap om hvor en skal henvende seg, for å kunne hjelpe barnet så tidlig som mulig. Det finnes ulike instanser som kan bidra til tidlig identifikasjon og deretter tidlig intervensjon i arbeid med barn som vokser opp i rusbelastet hjem. Skolehelsetjenesten er kommunens helsetilbud til førskolebarn og barn i skolealder (Huseby, 2001). Gjennom dette helsetilbudet kan en finne fysiske symptomer hos barnet som for eksempel hodepine, magesmerter, vektreduksjon og slapphet. Dette er symptomer der det kan være vanskelig å finne årsakssammenheng, dermed må en videre avklare om det dreier seg om sykdom eller om det kan tolkes som psykosomatiske reaksjoner (Huseby, 2001). Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) bidrar til å hjelpe barn med særskilte opplæringsbehov. Som nevnt tidligere, kan rusrelaterte skader komme til uttrykk gjennom skoleproblematikk og atferdsproblematikk, som begge vil være kriterier for å henvise til PP-tjenesten. Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) er en spesialisthelsetjeneste med formål om å fremme psykisk helse blant barn og unge (Huseby, 2001). Henvisningsrutinene for denne tjenesten varierer fra de forskjellige stedene, det kan være foreldre eller ungdom selv, lege, og førstelinjetjenesten som for eksempel PPT eller skolehelsetjenesten. Ved behandlingsbehov på bakgrunn av rusrelaterte belastninger, må en vurdere om behandlingen skal kombineres med å trekke barnevernet inn. Gjennom rusomsorgen kan en også finne klinikker som har

etablert behandlingstilbud i et familie- og barneperspektiv. Som beskrevet mer inngående i teoridelen kan også barneverntjenesten bidra med mange ulike tiltak for tidlig hjelp, og forebygging av belastninger og problemer for barnet.

I vår kultur er det fortsatt tabu og skambelagt med rusproblemer. Og signalene om et rusproblem er ofte diffuse og tvetydige, derfor kan det være vanskelig å fange opp de eller den det gjelder, og det kan bli fristende å overse problemet så lenge som mulig. En nølende inn gripen kan føre til at problemet får vokst seg stort og kronisk før noen virkelig griper fatt i det (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Min erfaring tilsier at mange kan oppfatte en ”rusmisbruker” som en som er inn og ut av behandling og en som kanskje tilbringer mye tid gatelangs sammen med sine ”rusmisbrukende venner”, slike forestillinger må avskaffes. Virkeligheten er slik at barnet kan oppleve det som en belastning og et problem lenge før noen oppdager det. Den rusavhengige kan være hvem som helst, det kan eksempelvis være naboen, tanten eller sjefen som tar ”et glass for mye” litt for ofte, eller bruker ulovlige beroligende midler fordi barnet er så krevende. Man anser det kanskje ikke som et problem selv, det er hemmelig, eller man unnskylder det med noe annet, men barnet bemerker det, og opplever belastninger på bakgrunn av det. Det er derfor viktig å være oppmerksom på ens egne rusvaner, fordi alle kan utvikle et problematisk forhold til rus, det kommer bare an på hva den enkelte anser som et rusproblem. Slik jeg har oppfattet et rusproblem sett i et familieperspektiv ut fra definisjonen til Frid A. Hansen (1990), vil det være et problematisk rusmisbruk dersom det har en negativ påvirkning på de oppgaver og funksjoner som bør ivaretas i familien, og når familiemedlemmer opplever at følelsesmessige bånd blir belastet av en annens rusmisbruk.

4.2 Barne- og familiefokus i tidlig intervensjon

Foreldrene tror kanskje ikke at barna vet om rusmisbruket, og dermed prøver de å opprettholde den fasaden. Men om familien bryter tabuet og snakker om at det eksisterer et rusmisbruk, så blir det ikke tatt opp følelser eller reaksjoner fra barnets side som er knyttet til rusmisbruket (Haugland, 2012). Barna prøver å samarbeide og beskytte familien med å holde hemmeligheten skjult fra omverdenen. Og dersom barna eventuelt betror seg til noen er det vanligvis barn som befinner seg i samme situasjonen selv. En studie viser til at manglende åpenhet i kommunikasjon (det vil si at barna ikke oppmuntres til å snakke fritt om egne

følelser og tanker) kan være med på å forklare forbindelsen mellom fedres alkoholproblem og lav selvtilitt hos barna, vurdert i voksenalder (Rangarajan & Kelly ref. i Haugland & Dyregrov, 2012).

I møte med barn og foreldre med rusavhengighet må en våge å være direkte, og å bidra til økt åpenhet og kommunikasjon innad i familien. En må stille spørsmål og formidle den kunnskap man har om risiko for problemer og skjevutvikling. Samtidig er det viktig at familiemedlemmene føler seg respektert og ivaretatt. Hver enkelt sak er unik, og en må kartlegge og tilrettelegge for den enkeltes situasjon i samarbeid med foreldrene og deres barn (Haugland, 2012). En må selvfølgelig jobbe for et redusert misbruk hos foreldrene, og en må identifisere risikofaktorer for å kunne dempe effekten av de. Samtidig må man øke beskyttelsesfaktorer rundt barnet, og tilby hjelp dersom barnet skulle ha utviklet psykososiale problemer. Tiltak i tillegg til rusbehandling kan være familiesamtaler for å bedre kommunikasjonen og øke forståelsen av barnets situasjon. Noen familier vil gjerne ha behov for samordnet hjelp fra flere instanser inklusiv barnevernstiltak. Mens i andre familier kan det ha positiv virkning med ferdighetsbaserte tiltak der foreldrene lærer problemløsningsstrategier, og får trent på positive foreldreferdigheter. Andre vil ha behov for behandling av psykiske problemer i tillegg til rusbehandling. Mens barn derimot kan få utbytte av individuelle tilbud, eller gruppetilbud, med tanke på forebygging eller å dempe utvikling av psykiske plager (Haugland, 2012).

Forebyggende tiltak som har vist seg å ha god effekt og fungerer etter sin hensikt hos de fleste barn, kan fungere dårlig på de barna som ikke får støtte av foreldrene fordi de er uenig i tiltaket eller de faglige intensjonene. Et eksempel kan være støttegrupper for barn som vokser opp i familier med rusavhengighet, der foreldrene undergraver støttegruppen og er nedlatende overfor det barna lærer der, og barnets følelser om gruppen. På bakgrunn av dette vil det i noen tilfeller være lite hensiktsmessig å presse foreldrene til å la barnet delta i forebyggende program, dersom foreldrene er mener der er nytteløst eller ikke forstår poenger med tiltaket (Halsa, 2012). En SIRUS rapport viser at det er svært få spesifikke tiltak på førstelinjetjenesten overfor barn med rusavhengige foreldre (Solbakken, Lauritzen & Lund, 2005). Det er i større grad satset på gruppebaserte tiltak når det gjelder barn fra skolealder og ungdom. Ellers er det ved døgninstitusjoner for rusmiddelproblemer to hovedtyper av tiltak. Den første er at barn legges inn sammen med sine foreldre på rusbehandling, den andre går ut på at barna får tilbud om å delta på familiebehandling, motta pårørendetilbud eller få tilbud

om å bo i kortere eller lengre perioder på institusjon. Det finnes også tilbud i frivillige organisasjoner, der det i hovedsak satses på generelle tilbud. Heriblant familieklubber, råd og veiledningsfunksjoner på internett og gjennom telefonkontakt (Solbakken et al., 2005). Men en barriere for rekruttering av barn er samfunnets tabuisering av rusmiddelbruk, dermed blir det også vanskelig å skape kontinuitet i oppfølgingsarbeidet også i de tilfeller der foreldrenes rusmisbruk er kjent.

Barn som legges inn sammen med sine foreldre på rusbehandling er omdiskutert, og det er ikke blitt gjort store evalueringer på dette området. Det er derimot gjort noen mindre undersøkelser ved det Sudmanske foreldre- og barnesenteret og Origosenteret, der det indikeres å ha en positiv måloppnåelse for institusjonen (Solbakken et al., 2005). Men for noen barn, spesielt eldre barn, vil det anses å være krevende å bli tatt ut av sitt vante miljø og inn i en institusjon fordi de kan allerede ha fått psykososiale vansker. I tillegg vil foreldrenes intensjoner være forskjellig ved innleggelse sammen med barna, noen ønsker gjerne at det å leve med barna vil hjelpe dem til å bli rusfri. På den måten vil det å ha barnet med seg i hovedsak omhandle at barnet skal være til hjelp for foreldrene. Men ønsket om å ha barnet med seg kan også komme av at en er redd for å bli fratatt barnet, eller at det er av praktiske forhold og barnet trenger et oppholdssted mens foreldre er under rusbehandling (Solbakken et al., 2005).

De fleste ruspasienter har opplevd skuffelser og svik, både fra rusmiljøet og fra familie og viktige andre. En trenger dermed gjerne en del tid for å bygge opp tillit til seg selv og andre i omgivelsene. Gjennom for eksempel miljøterapi kan en legge til rette for at den enkelte får mulighet til vekst og utvikling gjennom fellesskap og aktiviteter som skaper mening videre i livet. Miljøterapeuter har funksjoner som rollemodell og samtalepartner når det gjelder å bygge opp sosial relasjon, konfliktløsning, samt grunnleggende gjøremål i hverdagen. Dette kan medvirke til bedre forutsetninger for den enkelte og gi erfaring om hvordan en familie kan fungere (Brandt & Grenvik, 2010). Gjennom å forbedre foreldrenes ferdigheter, og øke deres kompetanse, kan det bidra til å hjelpe barnets videre utvikling. På den måten kan barnets omgivelser oppleves som tryggere og skape mer kontinuitet og struktur på hverdagen, og å oppleve denne forandringen sammen med foreldrene kan bidra til en positiv utvikling for barnet.

4.3 Barnets utvikling, og dens påvirkning av risiko- og beskyttelsesfaktorer

Det vises til at barns levekår kan knyttes til deres ressurser og utviklingsmuligheter senere i livet. Lavekår forstås som menneskets ressurser og mulighet til å iverksette ønsker og behov, og dermed må barnet sikres utviklingsmuligheter fordi en mangel på dette vil kunne føre til dårlige levekår som kan få en negativ innflytelse på fremtiden deres (Frønes & Strømme, 2014). Barnets levekår viser på den måten til hvordan deres situasjon her og nå kan skape en risiko for deres utvikling og fremtid.

Foreldres rusmisbruk kan i seg selv være en risikofaktor, og ofte kan en finne en rekke andre risikofaktorer som følger med rusmisbruket. Både fysiske og psykiske påkjenninger som kan være til belastning for barnet i tillegg til rusmisbruket kan for eksempel være vold i hjemmet, konfliktfylt familieliv, følelsen av at foreldrene ikke er tilstedeværende, fattigdom, lite eller dårlig nettverk er bare noen av faktorene som kan føre til negativ utvikling. Men man må hele tiden ta i betraktning at alle påvirkes på forskjellige måter, noen kan være mer tilpasningsdyktig, mens andre vil påvirkes mer negativt av de problemer og belastninger de utsettes for. Barn kan utsettes for risikofaktorer helt fra fødselen av som kan påvirke deres utvikling negativt. Barna risikerer at den tidlige omsorgs kontakten kan være fylt med tidlig emosjonell og sansemotorisk over- eller understimulering, avvisning og dårlig stell (Killén & Olofsson, 2003). Familien er den viktigste plassen for barnets utvikling, dermed er det essensielt at foreldrene evner å gi kjærlighet, bekreftelse, struktur og støtte. Den helt grunnleggende oppgaven for barnet og dens omsorgspersoner er tilknytning, som kan anses som et emosjonelt bånd. Tilknytning har som hensikt å beskytte barnet, og bidra til å danne en omgivelse som skaper mulighet for å utvikle evner til å forstå mentale tilstander hos seg selv og andre (Andresen, 2011). En er avhengig av at omsorgspersonene er tilgjengelige både fysisk og psykisk, og setter barnets behov først, for at trygg tilknytning kan finne sted. Foreldres bruk av rusmidler kan i denne sammenheng virke forstyrrende på den stabilitet, kontinuitet og forutsigbarhet barnet behøver for å ha trygge omgivelser under tilknytningsprosessen. Som nevnt tidligere kan barna, på samme måte som foreldrene, føle skyld og skam knyttet til rusproblematikk. I et tilknytningsperspektiv forstås skam som en følelsesmessig reaksjon på miste andres anerkjennelse og kjærlighet (Andresen, 2011). Barnas skyldfølelse kan knyttes til at deres forståelse er at de, direkte eller indirekte, er årsaken til foreldrenes rusproblemer. Barnet kommer dermed i en konflikt mellom det å beskytte foreldrene ved å holde på hemmeligheten, og å lyve for resten av omgivelsene. Belastningen

kan videre bli så stor at det kommer til uttrykk gjennom kroppslige reaksjoner og psykosomatiske symptomer som for eksempel hodepine, søvnevansker og mageproblemer.

En oppvekst med rusmiddelbruk i hjemmet kan videreføres til at en selv får problemer med rusmidler, et ustabil hjemmemiljø, dårlig økonomi og sosiale problemer, på den måten kan en forstå det som at vanskene videreføres gjennom generasjoner. Man kan derfor tenke at adopsjon, omsorgsovertakelse eller fosterhjems plassering vil bidra til å bryte sirkelen, men det er ingen garanti at oppvekstmiljøet vil være godt nok selv utenfor det rusbelastede hjemmet (Lauritzen & Waal, 2003). Et annet perspektiv vil kunne være at en burde bygge opp støtte, behandlings- og nettverksallianser rundt barn og foreldre slik at en reduserer brudd i omsorgssituasjonen. Men en må finne den beste vurderingen i hver enkelt situasjon, og det må også tas i betraktning at problemene kan ha en genetisk bakgrunn, dermed vil ikke vanskene løses ved omsorgsskifte. Det er dokumentert gjennom forskning at genetisk arv kan skape sårbarhet i ulik grad på flere områder. Men det er også dokumentert at dette bare er delforklaringer, og at miljøpåvirkning har stor betydning for om vanskene oppstår, og når og hvor alvorlig vanskene blir (Lauritzen & Waal, 2003).

Barn som vokser opp i et rusbelastet hjem kan overta den voksnes rolle, noe som kalles parentifisering (Andresen, 2011). Det går i hovedsak ut på at barnet overtar foreldrerollen, som kan føre til at barnet blir selvstendig og kan gi stolthet og selvtillit, men på den andre siden kan barnet bli frarøvet muligheten til å være et barn. Oppgaver som matlaging, klesvask, stell av mindre søsken og lignende overskrider det ansvaret er barn bør ha, og dermed kan barnet bli fratatt den utfoldelsen og friheten som hører til barndommen (Andresen, 2011). En oppvekst i et rusbelastet hjem kan føre til en avmaktsfølelse overfor omgivelsene, og det kan få konsekvenser for hvordan en forholder seg til andre mennesker i voksenlivet. En kan få vanskeligheter med å stole på seg selv, så vel som andre, og noen kan få psykiske forstyrrelser som angst og depresjon.

5. Avslutning

I denne bacheloroppgaven har jeg sett på hvordan tidlig intervensjon og økt kunnskap om risiko- og beskyttende faktorer kan spille en viktig rolle i arbeid med barn som vokser opp i et rusbelastet hjem. Jeg har tatt for meg barnas symptomer, og konsekvenser av det å leve i et rusbelastet hjem, samt poengtert viktigheten av det å oppdage barna på et tidlig tidspunkt. I

tillegg er det identifisert ulike risiko- og beskyttelsesfaktorer som en kan bruke i arbeid med barna, og sett på hvordan en kan benytte dette for å oppnå tidlig identifikasjon, samt under intervensjon. I Norge er det anslagsvis flere titusener av barn som lever i et rusbelastet hjem, og det er veldig ulikt hvordan barna påvirkes av dette. Dermed er det også satt fokus på individuelle forskjeller blant barn og familier med rusavhengighet, som er viktig å være bevisst over når en blant annet jobber med tidlig intervensjon. Tidlig intervensjon og økt kunnskap om risiko- og beskyttende faktorer spiller en viktig rolle for å kunne forebygge en negativ utvikling ved barnet og dets familiesituasjon. Konsekvenser av å ikke bli oppdaget som barn i en familie med rusproblematikk er at en kan utvikle for eksempel tilknytningsproblemer, psykiske lidelser, atferdsproblemer, eller rusavhengighet selv. Men som nevnt før er det individuelle forskjeller, og mange barn klarer seg bra på tross av de problemer og belastninger en blir utsatt for som barn.

Det er viktig å ha kunnskap om beskyttende faktorer når en jobber med tidlig intervensjon, og en bør helst ha kunnskap om hva den enkelte anser som en beskyttende faktor på bakgrunn av individuelle forskjeller. Beskyttende faktorer kan bidra til å moderere effekten av risikofaktorer, og være med på å gi et bedre hjelpetilbud overfor barn som lever i et rusbelastet hjem. En må også ha kunnskap om risikofaktorer for å kunne identifisere når det muligens foreligger problemer eller belastninger for barnet, og viktig i forhold til hva en skal være bevisst over under arbeid med tidlig intervensjon. I enkelte tilfeller kan risikofaktorer samle seg opp for deretter å kunne få en skadelig påvirkning på barnet, men dersom problemet tas tak i og intervensjon tidlig kan en forebygge dette. Ved hjelp av kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer kan en dermed oppdage barnet på et tidligere tidspunkt, og øke beskyttende faktorer rundt barnet, slik at får intervensjon tidlig og forebygget en negativ utvikling hos barnet og dets omgivelser.

Litteraturliste:

Andresen, E. N. (2011). Pårørende. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (s. 350-375). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Barnevernloven (1993). Lov om barneverntjenester. Hentet fra http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4

Berg-Nielsen, T. S. (2010). Følsom, formbar og uferdig. Epigenetikk, utvikling av hjernen og stressbarhet. I Befring, E., Frønes, I., & Sørli, M-A. (Red), *Sårbare unge, nye perspektiver og tilnærminger*. (s. 75-85). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

Brandt, A. E., & Grenvik, T. H. (2010). *Med barnet i sentrum, nye muligheter for spedbarn og småbarn av rusmiddelavhengige og psykisk syke foreldre*. Oslo: Kommuneforlaget.

Frønes. I. & Strømme, H. (2014). *Risiko og marginalisering. Norske barns levekår i kunnskapssamfunnet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Halsa, A. (2012). Foreldre som velferdsaktører – forebyggende arbeid for barn i risiko. I B. S. M. Haugland, B. Ytterhus, & K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende*. (s. 150-171). Oslo: Abstrakt forlag AS.

Halsa, A. & Kufås, E. (2012). De nye vaktbikkjene: Barneansvarlige i helseforetak. I B. S. M. Haugland, B. Ytterhus, & K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende*. (s. 202-220). Oslo: Abstrakt forlag AS.

Hansen, A. F. (1990). Rus i et familie perspektiv. Hvilke utviklingsmessige konsekvenser kan dette få for barn?. Hentet fra <http://borgestadklinikken.no/files/Rusmisbruk-i-et-familieperspektiv1.pdf>

Hansen, A. F. (2001). Hvordan kan barnehagen og skolen hjelpe disse barna?. I F. A. Hansen (Red.), *Barn som lever med foreldres rusmisbruk* (s. 55-77). Oslo: Ad Notam Gyldenhal.

Haugland, M. S. B. (2012). Familiefungering og psykososiale problemer hos barn av alkoholmisbrukende foreldre. I B. S. M. Haugland, B. Ytterhus, & K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende*. (s. 82-107). Oslo: Abstrakt forlag AS.

Helsepersonelloven (2010). Lov om helsepersonell m.v. Hentet fra http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven*

Helsedirektoratet. (2010). *Barn som pårørende*. Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/barn-som-parorende/Publikasjoner/barn-som-parorende.pdf>

Huseby, T. (2001). Samarbeid med andre hjelpeinstanser. I F. A. Hansen (Red.), *Barn som lever med foreldres rusmisbruk* (s. 77-97). Oslo: Ad Notam Gyldenhal.

Killén, K. & Olofsson, M. (2003). Se meg! Hjelp meg!. I Killén, K. & Olofsson, M. (Red.), *Det sårbare barnet. Barn foreldre og rusmiddelproblemer* (s. 9-18). Oslo: Kommuneforlaget.

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* (s. 22-35). Oslo: Kommuneforlaget.

Lorvik, M. I. (2001). Ulike rusmidler. I F. A. Hansen (Red.), *Barn som lever med foreldres rusmisbruk* (s. 15-33). Oslo: Ad Notam Gyldenhal.

Mohaupt, H. & Duckert, F. (2010). Barn av rusmisbrukere – drøfting av sentrale risikofaktorer. *Tidsskrift for norsk psykologiforening*, 2010(47), 408-414. Hentet fra <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2010/408-414.pdf>

Mortensen, O. (2001). Barns reaksjoner på foreldrenes rusmisbruk. I F. A. Hansen (Red.), *Barn som lever med foreldres rusmisbruk* (s. 33-55). Oslo: Ad Notam Gyldenhal.

Snertingdal, I. M. (2012). *Et opplæringsprogram i tidlig intervensjon blir til!* (SIRUS rapport 5/2012). Hentet fra http://www.sirus.no/filestore/Import_vedlegg/Vedlegg_publicasjon/sirusrap.5.12.pdf

Solbakken, H. B., Lauritzen, G. & Lund, Ø. K. M. (2005). *Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer*. Oslo: SIRUS.

Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Tidlig intervensjon på rusområdet. Sentrale perspektiver – aktuelle målgrupper og arenaer*. Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/tidlig-intervensjon-pa-rusområdet/Publikasjoner/tidlig-intervensjon-pa-rusområdet.pdf>

Waaktaar, T. (2011). Samme risiko – ulikt utfall. *Barn av rusmisbrukende foreldre*. Hentet fra <http://tidligintervensjon.no/Global/Trine%20Waaktaar%20desember%202011.pdf>

Ytterhus, B. (2012). Hva er et "pårørende barn"? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid. I B. S. M. Haugland, B. Ytterhus, & K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende*. (s. 18-44). Oslo: Abstrakt forlag AS.

Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven (Skriv inn tittel) i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

Kandidatnummer 118, Caroline Hetlevik

JA NEI

