



Høgskulen
på Vestlandet

Bacheloroppgave

Barn med mødre i legemiddelassistert rehabilitering
Children with mothers in Opioid Maintenance
Treatment

Kandidatnummer: 272

Hanne Rikstad Tresvik

Bachelor i Sosialt arbeid
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for velferd og deltakelse

25.05.2018

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Abstrakt

Opioid Maintenance Treatment (OMT) has in the latest years become the most dominated treatment form for people suffering from opioid dependency in the world. A pregnancy in OMT is considered a high-risk pregnancy because of the medication the fetus is exposed to. Between 60-80% of children born in OMT in Norway is born with a withdrawal because of the medication. In this paper the goal is to find out what consequences OMT has on children, and what kind of follow-up the family needs.

The method I used to find an answer was literature study, where I use other people's research to find the answer to my goal.

The result from my research is that when it comes to the research on OMT and children, people are disagreeing. Some people writes that there are no consequences for children who are born to mother's in OMT, while some people writes the opposite. When it comes to what the family need it is important to observe the interaction between child and parents, because this interaction is important for the child's development and attachment to the parents.

The conclusion of this paper is that it hard to know about the consequences for a child born from at mother in OMT. This is because there are many factors to think about. When it comes to the families need of follow-up, this will depend on the family situation.

Innholdsliste

1.0 Innledning	4
1.1 Problemstilling	5
1.2 Avgrensing og presisering av problemstilling	5
1.3 Gravide i legemiddelassistert rehabilitering	5
1.4 Etikk	6
1.5 Oppgavens oppbygning	7
1.6 Begrepsforklaring	7
1.6.1 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	7
1.6.2 Neonatal abstinenssyndrom (NAS)	7
2.0 Metode	8
2.1 Valg av metode	8
2.2 Presentasjon av litteratursøk	8
2.3 Kildekritikk	9
3.0 Teori	9
3.1 Generell kunnskapsstatus om LAR – barn	9
3.2 Samspill mellom barn og foreldre	11
3.3 Det sårbare barnet	12
3.4 Tilknytning	14
3.5 Barnevernet i Norge	16
4.0 Resultat	17
4.1 Artikkel 1	17
4.2 Artikkel 2	18
5.0 Drøfting	20
5.1 Hvilke kjente konsekvenser er det for barn med mødre i LAR?	20
5.2 Hvilke oppfølging trenger disse barna?	22
6.0 Avslutning	27
7.0 Litteraturliste	28

1.0 Innledning

Temaet i denne bacheloren er barn som har mødre som har vært i legemiddelassistert rehabilitering under svangerskapet og hvilke oppfølging disse barna kanskje trenger i ettertid.

Legemiddelassistert rehabilitering har i den senere tid blitt den dominerende behandlingsformen for opioidavhengighet på verdensbasis (Helsedirektoratet, 2010, s. 17). Ved utgangen av 2016 var det til sammen 7554 pasienter i legemiddelassistert rehabilitering, hvor rundt 30 % av disse er kvinner (Waal, Bussesund, Clausen, Lillevold, 2018, s. 2-3).

Et svangerskap innenfor legemiddelassistert rehabilitering blir ansett som et risikosvangerskap (Bakstad & Welle-Strand, 2011, s. 38). I Norge er det estimert at det blir født mellom 30 og 60 barn årlig i Norge som blir eksponert for metadon eller buprenorfin i fosterlivet (Bakstad & Welle-Strand, 2011, s. 15). Det er derfor viktig at både disse kvinnene og barna får den oppfølgingen og behandlingen de har behov for. For at helsepersonell skal kunne gi best mulig oppfølging og anbefalinger, så er det viktig å ha kunnskap om behandling og oppfølging av gravide pasienter, samt kunnskap om oppfølging og behandling av barna (Bakstad & Welle-Strand, 2011, s. 12).

På bakgrunn av min praksis så har jeg valgt å skrive om legemiddelassistert rehabilitering. Praksisen hadde jeg på et NAV kontor som jobbet mye med oppfølging av personer som var i legemiddelassistert rehabilitering. Praksis oppgaven baserte seg på retningslinjene for legemiddelassistert rehabilitering og hvordan disse ble praktisert i praksis. Derfor valgte jeg å fokusere på gravide og barn i legemiddelassistert rehabilitering, for å bli kjent med en annen gruppe pasienter i legemiddelassistert rehabilitering.

Grunnen til at jeg har valgt dette temaet her er at legemiddelassistert rehabilitering er den ledende behandlingsformen for rusmiddelavhengige i Norge og den gruppa som får behandling, selv uten barn, trenger mye og god oppfølging av hjelpeapparatet og det er derfor viktig å ha god kunnskap om hva disse brukerne trenger. Kvinner i legemiddelassistert rehabilitering som føder barn i behandling trenger enda mer oppfølging fra hjelpeapparatet enn de en ikke gravid kvinne hadde trengt. Dette er fordi at et svangerskap i legemiddelassistert rehabilitering blir sett på som et risikosvangerskap, og med ikke god nok oppfølging, både under og etter svangerskapet av både mor og barn, så kan det ha alvorlige

konsekvenser for barnet og dets utvikling. Dette krever mye kunnskap hos hjelpeapparatet og det er derfor interessant å finne ut hva det er disse barna og familien trenger for å få et godt liv.

1.1 Problemstilling

Problemstillingen jeg har valgt å utforske er:

”Hvilke konsekvenser er det for barn med mødre som er under legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og hvilke oppfølging trenger disse barna og familien deres?”

1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling

Problemstillingen trenger en avgrensning for å ikke bli så vid. Jeg har derfor valgt å se på hvilke oppfølging disse barna trenger ved å legge mest vekt på samspill og tilknytning til mor. Når vi skal se på hvilke oppfølging et av barna som er født av mødre i LAR så vil det avhenge av flere faktorer. For det første så vil det avhenge av barnet selv og hvor robust barnet er. For det er andre så vil mor, og eventuelt far, påvirket barnet utfra hvilke problem de kanskje har som for eksempel sidemisbruk eller psykiske utfordringer. Og for det tredje vil det avhenge av hvilket miljøet barnet vokser opp i.

1.3 Gravide i legemiddelassistert rehabilitering

Et svangerskap innenfor Legemiddelassistert rehabilitering blir, som allerede nevnt, ansett som et risikosvangerskap. De medikamentene som LAR-pasientene går på medvirker til at et nyfødt barn ofte får neonatalt abstinenssyndrom og at barna har en mindre vekst ved fødsel enn gjennomsnittet (Bakstad & Welle-Strand, 2011, s. 38). I Norge blir ofte graviditeten hos en kvinne i legemiddelassistert rehabilitering oppdaget tidlig på grunn av regelmessig kontakt med hjelpeapparatet sitt (Bakstad & Welle-Strand, 2011, s. 39).

Det som kjennetegner mødre i legemiddelassistert rehabilitering i Norge er at de i gjennomsnitt er 32 år gamle og har i gjennomsnitt vært 2,5 år i LAR før de ble gravide. Dette viser at de aller fleste gravide har vært i behandling lenge, og at det er veldig få som starter med substitusjonsbehandling i graviditeten. Kvinnene er også som regel komst godt i gang med rehabiliteringen sin og misbruker i liten grad andre rusmidler under graviditeten (Bakstad & Welle-Strand, 2011, s. 18).

I motsetning til med andre land, så bruker gravide kvinner i LAR i Norge relativt høye doser av LAR medikamenter, selv om mange av kvinnene trapper ned på medikamentet under graviditet (Bakstad & Welle-Strand, 2011, s. 18). Det blir ikke anbefalt å slutte på LAR medisin under svangerskapet da vi enda vet for lite om hvilke skader fosteret kan få dersom det får abstinenser i fosterlivet (Bakstad & Welle-Strand, 2011, s. 62).

Cirka 90% av kvinnene i LAR røyker når de oppdager at de er gravide. De fleste av kvinnene fortsetter å røyke gjennom hele svangerskapet, men mange reduserer antall sigaretter betraktelig etter at de har blitt bekreftet at de er gravide (Bakstad & Welle-Strand, 2011, s. 68).

Mangen av kvinnene som er i LAR har en rekke andre tilleggsproblem enn bare rusmisbruk, dette gjelder både somatisk og psykiske problem. De har gjerne også et mangelfullt støttende nettverk rundt seg, og gjerne og en generelt lav sosioøkonomisk status. Mangen har også en forhistorie med oppfølging fra hjelpeapparatet, gjerne helt fra egen barnevernsoppfølging i barne- og ungdomstiden. I tillegg til at noen av kvinnene gjerne har barn som barnevernet tidligere overtatt omsorgen for. På grunn av dette så kan det være vanskelig å ha tillit til hjelpeapparatet og deres tilbud om oppfølging og hjelp (Bakstad & Welle-Strand, 2011, s. 18).

1.4 Etikk

Når vi skal jobbe med mennesker så er etikken viktig. Som yrkesutøver i det sosialfaglige arbeid så vårt samfunnsoppdrag å bistå mennesker som har behov for hjelp, og for å sikre menneskeverdige levekår og livskvalitet. Vi som yrkesutøver har et ansvar for å passe på at tiltak og tjenester ikke bidrar til å umyndiggjøre brukeren. Samtidig kan også sosionomer gripe inn i en klient sitt liv og relasjoner mot deres vilje, noe som kan oppevels krenkende for klienten. I det sosialfaglige yrkeslivet kan det derfor være vanskelig å skille de etiske utfordringene i feltet (FO, 2015).

I møte mellom en profesjonell og en bruker så vil det være et asymmetrisk maktforhold. Denne er det viktig å være klar over, og det er viktig at yrkesutøveren deler sin kunnskap og jobber sammen med brukeren for å forbedre livssituasjonen til brukeren sammen (FO, 2015).

I møte med brukerne er det også viktig å vise skjønn og dømmekraft. Kunnskap, juridiske regler og moralske normer er ikke nok til å gi et handlingsgrunnlag i møte med brukeren. For at tjenestetilbudet for en bruker skal bli så godt som mulig er det viktig å opparbeidet et godt samarbeid med bruker og en god dialog (FO, 2015).

I det sosialfaglige arbeidslivet så er det hjemmel i lov for å bruke tvang. Når noen blir utsatt for tvang så er det viktig at det gis god informasjon og med en god dialog. Det kan gjøre at tiltaket som er gjort kan bli mer forståelig og dermed bidra til å redusere opplevelsen av krenkelse hos bruker (FO, 2015).

1.5 Oppgavens oppbygning

I kapittel 1.0 så vil jeg presentere temaet og problemstillingen for oppgaven, samt definere ulike begrep som er relevante for oppgaven. I kapittel 2.0 vil jeg gjøre rede for valg et mitt av metode for oppgaven, hvorfor jeg har valgt denne metoden, presentere litteratursøk og skrive om kildekritikk. I kapittel 3.0 så vil jeg legge frem aktuell teori som er relevant for å drøfte problemstillingen. Kapittel 4.0 vil jeg presentere de funnene jeg har funnet fra forskning, før jeg i kapittel 5.0 vil drøfte problemstillingen min. Kapittel 6.0 vil være det avsluttende kapittelet på denne oppgaven med en avslutning og konklusjon på problemstillingen. Kapittel 7.0 vil være litteraturliste.

1.6 Begrepsforklaring

Nedenfor vil jeg definere noen sentrale begrep som er viktig for oppgaven. Begrepene jeg vil definere er legemiddelassistert rehabilitering og neonatal abstinenssyndrom.

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og neonatal abstinenssyndrom (NAS) har begge forkortelser som skrevet i parentes , det er disse forkortelsene jeg kommer til å bruke videre i oppgaven min.

1.6.1 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Legemiddelassistert rehabilitering er en substitusjonsbehandlingsform for opioidavhengighet. Formålet med denne behandlingen er at personer med opioidavhengighet skal få økt livskvalitet, samt redusere skadene av opioidavhengighet og faren for overdosedødsfall (LAR-forskriften, 2010, §2).

1.6.2 Neonatal abstinenssyndrom (NAS)

Neonatal abstinenssyndrom er noe som oppstår hos mellom 60 og 80% av opioideksponerte nyfødte. Det inntreffer som regel i løpet av de første 72 timene etter fødselen, og omfatter

flere organsystem og kan være dødelig dersom det ikke blir behandlet (Bakstad & Welle-Strand, 2011, s. 84).

2.0 Metode

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap” (Dalland, 2017, s. 5). Metode er redskapet vi bruker når vi har noe vi vil undersøke. Metoden er det som hjelper oss til å samle inn data, altså informasjonen, vi trenger til undersøkelsen (Dalland, 2017, s. 52). Når en skal begrunne valget av en bestemt metode, så går det på at vi mener at denne metoden egner seg best til å belyse akkurat det spørsmålet eller problemstillingen vi skal svare på, på en best mulig måte (Dalland, 2017, s. 51).

Nedenfor vil jeg gjøre rede for hvilke metode jeg har valgt å bruke i denne oppgaven, samt skrive om de søkene jeg har gjort for å finne relevant litteratur og skrive om hva kildekritikk er.

2.1 Valg av metode

Når en skal drive med en undersøkelse, så er det første en må gjøre å velge om en skal samle inn data selv, primærdata, eller om en skal basere seg på data som er samlet inn av andre, sekundærdata (Jacobsen, 2015, s 53-54). Denne oppgaven er bygget opp på sekundærdata, og den mest vanlige formen for å undersøke i sekundærdata er det vi kalle for litteraturstudie og det er denne type studie jeg vil bruke. En sãnn type studie blir basert på det andre har publisert i bøker, artikler eller rapporter. Målet med denne typen studie er å få frem det som har blitt gjort på feltet, og deretter prøve å fastslå hva en vet (Jacobsen, 2015, s. 54).

En av grunnene til at jeg har valgt denne metoden er fordi i de siste årene har det komnt en del forskning på effekten hos barna som har vært eksponert for legemiddelasistert rehabilitering og det var derfor mulig å skrive om LAR og barn ved bruk av litteraturstudie. Den andre grunnen til at jeg valgte litteraturstudie er på grunn av tidsbegrensingen på oppgaven. Med 2 måneder på å skrive oppgaven så er det ikke mye tid til å samle inn data selv, prosesser funnen og skrive om de etterpå. Oppgaven har også en begrensing på antall ord og derfor var det best for meg å velge litteraturstudie.

2.2 Presentasjon av litteratursøk

Etter at jeg bestemte meg for at temaet i oppgaven skulle være gravide kvinner i LAR og barna til disse kvinnene, så brukte jeg databasene ORIA og Idunn og til å søke etter relevant

litteratur. Jeg brukte søkeord på både norsk og engelsk for å finne frem til litteraturen. Jeg har både søkt på norsk og engelsk hver for seg, men også kombinert ordenen for å få et større utvalg av artikler. Noen av søkeordene jeg brukte var ”Legemiddelassistert rehabilitering,” ”barn,” ”gravide,” og ”svangerskap.” På engelsk brukte jeg søkeordene som ”Opioid Maintenance Treatment,” ”pregnancy,” og ”children.” Jeg avgrenset også søkene mine til de som var fagfellevurdert.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk går ut på at du som skriver skal både vurdere og karakterisere den litteraturen du har funnet, samt klare å redegjøre for hvilke kriterier du har brukt under utvelgelsen (Dalland, 2017, s. 158). Kildekritikk går altså ut på at du skal kunne vurdere i hvilken grad den litteraturen du har funnet beskriver og belyser den valgte problemstillingen din.

Kildekritikken til de forskningsartiklene jeg har funnet, har jeg skrevet i siste avsnitt etter hver artikkel i kapittel 4.0.

3.0 Teori

For å belyse min problemstilling så skal jeg nedenfor skrive om relevant teori som omhandler barns utvikling, samspill og tilknytning. For at barn skal utvikle seg er de avhengig av god tilknytning og samspill med foreldre, og for at de skal få god tilknytning er det viktig med godt samspill og omvendt. Jeg vil begynne teoriedelen med å skrive litt om hvordan kunnskapsstatusen er om LAR-barn

3.1 Generell kunnskapsstatus om LAR – barn

Midtlyng og Høiseth (2017) skrev en rapport for Helsedirektoratet som hadde som mål å fokusere på langtidsutfall hos barn som ble eksponert for LAR-medikamenter og andre opioider under graviditeten. Metoden de brukte var en systematisk gjennomgang av 58 artikler som de hadde søkt seg frem til i databasene MedLine, Embase og andre (Midtlyng & Høiseth, 2017, s. 6). Konijnenberg og Melinder (2012) publiserte en artikkel i tidsskriftet *Rus & samfunn* som er en kunnskapsstatus om barn som er født med mødre i LAR.

I artikkelen til Konijnenberg og Melinder kommer det frem at barn som blir født av mødre i LAR har en noe lavere fødselsvekt og kortere svangerskapslengde enn resten av befolkningen. Det må også tas i betraktning at cirka 90% av mødrene røyker under svangerskapet, i tillegg til at de tar metadon eller Subutex, og det er derfor vanskelig å

bekreftede om det er LAR-medisin eller røykingen som gjør at barna har lavere fødselsvekt enn gjennomsnittet. Barna i LAR har igjen høyere fødselsvekt enn barn som er født av mødre uten behandling (Konijnenberg & Melinder, 2012, s. 36).

Mangen av barna som blir født av mødre i LAR utvikler NAS etter fødsel. Dette er en direkte konsekvens av at mor bruker metadon og Subutex under svangerskapet, da disse stoffene passerer gjennom morkaken og påvirker fosteret direkte (Konijnenberg & Melinder, 2012, s. 36-37).

Når det kommer til barnas utvikling så er det mange motstridende funn i internasjonal forskning. Noen studier viser at det er store forskjeller i utviklingen mellom LAR-eksponerte barn og ikke-eksponerte barn, mens andre studier viser at det ikke er noe effekt på barns utvikling dersom mor er i LAR (Konijnenberg & Melinder, 2012, s. 37). Dette er også noe rapporten til Midtlyng og Høiseeth støtter (2017). Resultatet i denne rapporten viser at noen studier indikerer at det har en klar negativ effekt på barns utvikling dersom de er eksponert for opioider i svangerskapet. Andre studier viser at det har noen effekter på langsiktig utfall, men at disse barna fremdeles er innenfor normalen. Og til slutt er det noen studier som viser at det ikke har noe negativ effekt på barnet dersom det er eksponert for opioider i svangerskapet (Midtlyng & Høiseeth, 2017, s. 6).

Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERFA) og Enhet for kognitive utviklingspsykologi (EKUP) har på grunn av disse motstridende funnene opprettet et samarbeidsprosjekt der formålet var å kartlegge hvordan barna født av mødre i LAR utvikler seg og da med et spesielt fokus på deres kognitive utvikling. Resultatene fra prosjektet viser at barna av LAR-mødre gjør det noe dårligere med kognitive oppgaver sammenlignet med en kontrollgruppe av barn som ikke er blitt eksponerte for medikamenter i LAR. Noen av barna hadde også milde konsentrasjons- og oppmerksomhetsvansker, samt strever noen av barna å bevege øynene på en myk og smidig måte som kan skape problemer senere (Konijnenberg & Melinder, 2012, s. 37).

Det må også nevnes at de under dette prosjektet fant store forskjeller blant de LAR-eksponerte barna, og at det var mange av barna som var blitt eksponert for medikamenter i LAR som ikke hadde noen vansker innenfor de områdene som ble testet (Konijnenberg & Melinder, 2012, s. 38).

De sosiale faktorene er også viktig nå en skal se på barns utvikling. Barnas utvikling er ikke bare avhengig av faktorer som mors rusmiddelbruk, men det er også preget av miljøet barnet vokser opp i etter fødselen. Forskning viser at mange av barna som har foreldre i LAR-behandling vokser opp i familier som strever på ulike arenaer, som for eksempel lav inntekt, arbeidsledighet og gjerne psykiske lidelser. Dette er faktorer som også kan påvirke barnets utvikling negativt, og familier trenger kanskje derfor ekstra oppfølging og støtte fra det offentlige for å både løse egne problemer samt ivareta barnet (Konijnenberg & Melinder, 2012, s. 38-39).

3.2 Samspill mellom barn og foreldre

Allerede fra barn blir født så innleder barnet sitt samspill med sine omsorgspersoner, da som oftest moren. Det nyfødte barnet observerer og oppfatter omsorgspersonen sin og tilpasser seg aktivt deretter. Kvaliteten på det tidlige samspillet mellom barn og omsorgspersoner er med på å påvirke hjernes utvikling og er avgjørende for måten barnet vil knytte seg til foreldrene sine på, om det vil utvikle en trygg, utrygg eller desorganisert tilknytning (Killén, 2015, s. 218).

Samspillet er ikke bare med på å påvirke kvaliteten på tilknytningen, men også utviklingen av selvreguleringen. Selvreguleringen går ut på å ha kontroll over følelsesmessige, kognitive og rasjonelle prosesser som integreres (Killén, 2015, s.218)

Killén, Kletten og Arnevik gjennomførte i 2005 og 2012 undersøkelser på samspillet mellom mor og barn. Det ble i denne undersøkelsen konkludert med hypoteser om at det går an å skille mellom tre kategorier når det kommer til samspill, det er ”godt nok” samspill, ”risikosamspill” og ”omsorgssamspill” (Killén, 2015, s. 222).

Når vi snakker om ”godt nok” samspill så er det når foreldrene er sensitive, fleksible og besvarer mange av barnas initiativ. Barnet uttrykker både glede og misnøye, og mødrene tilpasser seg deretter. Mødrene er ikke perfekte, men de er i stand til å endre atferden sin dersom barnet trenger det, og er derfor ”gode nok” (Killén, 2015, s. 223).

Dersom foreldre viser begrenset sensitiv respondering og har stor tyngde på kontroll og kan være passive ovenfor barna, så er det mest sannsynlig et samspill som er preget av risiko

(Killén, 2015, s. 223). Mødrene tilpasser ikke sin atferd etter hvilke behov barnet formidler, og barnet kan derfor fort blir forvirret og avbrutt. Dermed reagerer ofte barna med å bli avvisende, grinete eller full av motstand. Mødrene kan også kontrollere samspillet, eller være passive og uengasjerte ovenfor barnet. Når mødrene er kontrollerende så kjemper de åpenlyst med barnet for å tvinge gjennom et samarbeid på egne premisser. Dersom mødrene er passive så kan for eksempel mating foregå automatisk uten noe form for samspill og blikk-kontakt. Barn som opplever dette samspillet gir negative tilbakemeldinger for å bli sett av sine omsorgspersoner.

Ved omsorgssviktsamspill så viser mødre en svært begrenset forsøk på å respondere på barnet. Mødrene synes å mangle empati og viser gjerne en kontrollerende og invaderende atferd, eller så er de passive og lar være å respondere (Killén, 2015, s. 224). Dersom foreldre er kontrollerende og innvaderende så forholder de seg aktivt til barnet, men på egne premisser og ikke barnas behov. Siden foreldrene sin aktivitet ikke tar hensyn til barnets behov, så vil barnet bli frustrert og vil vise dette tydelig. Barna blir vanskelig og vil sutre og snu seg vekk fra foreldrene. Dersom denne atferden til foreldrene fortsetter så vil barnet til slutt gi opp og begynne å tilpasse seg foreldrene (Killén, 2015, s. 225).

Dersom foreldre er passiv og ikke responderer så registrere de svært få av barnas behov, og responderer på færre. Denne typen samspill er grunn til alvorlig bekymring. De overlater barna til sin egen stimulering og gir lite tilbakemeldinger. Om foreldrene forholder seg passive vil barnet til slutt resignere og selv bli passive, etter at de har vært vanskelig (Killén, 2015, s. 225).

Risikosamspillet er mulig å endre med tidlig intervensjon og gi barnet et godt nok samspill som kan sikre barnet en god utvikling. Dersom det ikke blir endret kan samspillet forbli i risikozonen eller situasjonen kan forverre seg (Killén, 2015, s. 224). Omsorgssviktsamspillet fungerer så dårlig at det er tvil om intervensjon vil føre til endring (Killén, 2015, s. 225).

3.3 Det sårbare barnet

Barn som blir utsatt for rusmidler i svangerskapet er høyrisikobarn (Olofsson & Lindemann, 2003, s. 39). I fosterstadiet utvikler hjernen seg enormt, og ved fødsel er nesten alle nevronene vi har i hjernen allerede dannet. Dette betyr at svangerskapet er en viktig og sårbar

periode av utvikling av hjernen, og eksponering for rusmidler i fosterstadiet kan derfor ha en uheldig virkning på hjernens utvikling (Moe, Siqveland & Slinning, 2010).

Barn søker nærhet fra omsorgspersonene sine, og har også et behov for nærhet fra sine omsorgspersoner. Det er kvaliteten på denne nærheten og omsorgen som er med på å bestemme hvordan et barn utvikler seg. Dersom barnet trives og har en god relasjon til omsorgspersonene sine, så vil barnet utvikle seg normalt. Dersom barnet har en svikt i relasjonen til sine omsorgspersoner mangler den grunnleggende tryggheten i de første leveårene, og kan derfor utvikle alvorlige personlighetsforstyrrelser (Håkonsen, 2014, s. 46).

De som blir eksponert for rusmidler under svangerskapet er i stor risiko for Neonatalt Abstinenssyndrom. Mellom 60 og 80% av opioideksponerte barn utvikler NAS, som oppstår i løpet av det første 72 timene etter fødsel (Bakstad & Welle-Strand, 2011, s. 84). Som allerede nevnt i punkt 1.6.2 så omfatter NAS flere organsystem og kan være dødelig dersom det ikke behandles. Symptomene som oppstår kan være stivhet i kroppen, forsterkede reflekser, unormal suging hos barnet og problemer med mating. Barna har også gjerne diare, oppkast og gulping, samt rask pustefrekvens og en motorisk uro. Graden av abstinenser hos barna og hvor lenge symptomene varer vil være avhengig av morens bruk av opiater og medikamenter før fødselen, hvor nærme fødselen og hvilke dose de har tatt (Olofsson & Lindemann, 2003, s. 55).

Barn som opplever abstinenser krever mye av både omsorgsmiljøet sitt og omsorgsgiveren sine (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 133). Dersom barna ikke får medikament- behandling så blir det satt i gang ulike tiltak som skal begrense mengden stimuli som det nyfødte barnet utsettes for. En må sørge for å dempe belysningen, begrense lydinntrykk samt unngå sterke lukter. Noen av barna tåler også lite kroppskontakt (Bakstad & Welle-Strand, 2011, s. 87).

Alle ulike former for rusmiddelbruk hos foreldre er veldig uheldig for barn da omsorgen til disse barna er preget av en økt risiko for mishandling, overgrep eller en annen form for omsorgssvikt. Foreldrene kan selvsagt være til stede når de ikke er ruset, men forandre atferd når de er ruset. Dermed blir omsorgen til barna preget av uforutsigbarhet og ustabilitet (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 132-133).

Kvello (2016) skriver at det å vokse opp med foreldre som ruser seg gir en betydelig økt risiko for at barn kan utvikle et bredt spekter av vansker som kan gi alvorlige konsekvenser for barnas utvikling og livskvalitet. Disse barna har betydelig større sjanse for å utvikle psykiske lidelser som angst og depresjon enn de barna som ikke har foreldre som ruser seg. Barn som har mødre som ruser seg responderer mindre på samspill med mor allerede i spedbarns- og småbarnsalderen, og tar mindre positive initiativ til samspill med andre personer også (Kvello, 2016, s. 350).

3.4 Tilknytning

Den spesielle kontakten som oppstår mellom barnet og foreldre eller andre nære omsorgspersoner er det vi kaller for tilknytning (Håkonsen, 2014, s. 46). John Bowlby var den første som beskrev tilknytning.

Bowlby beskrev tilknytning som barnets motivasjon for å søke trøst og beskyttelse hos tilknytningsfigurer når det føler seg engstelig eller redd, enten på grunn av separasjon fra tilknytningsfigurene eller ved at noe i barnets umiddelbare miljø gjør barnet engstelig eller redd (Zachrisson, 2010, s. 289).

Når vi snakker om tilknytning så tenker vi både på det emosjonelle båndet som oppstår mellom foreldre og barn, og den spesifikke atferden som skal fremme denne nærhet mellom dem (Håkonsen, 2014, s. 46). Foreldre har en særskilt rolle og har det største ansvaret for barnets utvikling. Barn søker kontakt med mor allerede etter fødsel og det er avgjørende for barnet at det finner en oksen som kan gi den nærheten barnet trenger. For at barnet skal utvikle en god tilknytning til foreldrene så er det viktig at foreldrene har et godt samspill til barnet, at de har tid til å være sammen med barnet og reagerer naturlig og riktig ovenfor barnet, samt at de tilpasser seg den atferden barnet viser (Håkonsen, 2014, s. 46-47).

Tendensen for at et barn kan tilknytte seg er medfødt. Dette kommer til uttrykk ved at barnet viser ulike typer for tilknytningsatferd. Eksempler på dette er å grine når en er lei seg eller følge etter foreldrene når foreldrene går sin vei. Det er denne type atferd som hjelper til å etablere nære og følelsesmessige bånd og relasjoner mellom barna og omsorgsgiverne sine (Håkonsen, 2014, s. 47).

Mary Ainsworth arbeidet videre med tilknytningsteorien til John Bowlby, og fant etter hvert 3 forskjellige tilknytningsmønstre hos barn, et trygg tilknytningsmønster, kalt type B og to

utrygge tilknytningsmønstre – unnvikende, kalt type A, og ambivalent, kalt type C (Zacharisson, 2010, s. 288). I senere tid har det også blitt klassifisert et fjerde tilknytningsmønster som blir kalt desorganisert tilknytning, også kalt type D (Zacharisson, 2010, s. 289).

Barn med et utrygt tilknytningsmønster blir antatt å oppleve tilknytningsfigurene sine som forutsigbare, men at de er følelsesmessig utilgjengelig eller uforutsigbare. Barn vil forsøke å kompensere dette gjennom ulike strategier, som enten er å unngå følelsesmessig kontakt med tilknytningsfiguren som da gjør at barnet opplever avvising. Eller så kan barn overdrive følelsesmessige uttrykk for å tvinge frem en reaksjon hos tilknytningsfiguren (Zacharisson, 2010, s. 289).

Dersom et barn har det utrygge ambivalente tilknytningsmønsteret så kjennetegnes det ved at barnet er anspent og kornisk usikkert. Barnet er også engstelig for atskillelse og søker konstant nærhet hos omsorgspersonene sine, uten at dette tilfredsstillende barnet og gir barnet trygget til en kan bruke tilknytningen som utgangspunkt til å utforske omverden. Disse barna viser også mye sinne (Hart & Sshwartz, 2012, s. 79-80).

Barn som har en utrygg unnvikende tilknytning til sine omsorgspersoner kjennetegnes av at barnet unngår å føle nærhet og søke emosjonell kontakt med foreldre eller andre. Disse barna lærer å deaktivere sitt tilknytningssystem som et forsvar mot å bli avvist. De unnlater å søke trøst når de blir utrygge og redd, og viser ikke sine behov men orienterer seg mot noe annet som for eksempel et leketøy. Barn som har denne typen tilknytning har lite tilgang til egne og andres følelser, de søker ikke hjelp hos sine omsorgspersoner og er sårbare for stress. Dette tilknytningsmønsteret utfolder seg i familier hvor foreldre er avvissende eller ikke emosjonelt disponibel for barnet (Hart & Schwartz, 2012, s. 80)

Barn med desorganisert tilknytningsmønsteren har ingen organiserte strategier for å sikre seg beskyttelse av sine omsorgsgivere. I stede så viser disse en forvirret atferd, noe som har blitt tolket som at barna har opplevd sine tilknytningspersoner som både en alvorlig trussel men også den eneste kilden til trygghet. Dette viser at essensen i desorganisert tilknytning er at barnet har en frykt uten noen form for løsning (Zachrisson, 2010, s. 289).

Dersom et barn har en trygg tilknytning til sine omsorgspersoner, så opplever barnet at omsorgspersonen eller tilknytningsfigurene er tilgjengelige og beskyttende, og barna vet at tilknytningspersonene vil reagere på en måte som føles trygg og pålitelig (Zacharisson, 2010, s. 288). Barn som har trygg tilknytning til foreldrene har en større evne og mulighet til å regulere sine egne følelser og mestrer de ulike utfordringene som livet gir (Håkonsen, 2014, s. 47).

3.5 Barnevernet i Norge

”Barnevernets hovedoppgave er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp til rett tid” (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 18). Først og fremst skal barnevernet bidra til at barna får bo hjemme med egen familie, og kan gjøre dette ved å gi råd og veiledning og hjelpetiltak. Dersom det er behov for det har også barnevernet hjemmel i lov for å ta over omsorgen for barnet, dersom det er til barnets beste ((Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 18).

Omsorgen og ansvaret for barn er det i første linje foreldre som har ansvar for, men foreldre kan av ulike grunner ha behov for hjelp og støtte fra barnevernet, som for eksempel foreldre med rusproblemer. Oppgaven til barnevernet i denne situasjonen vil da være å bistå og følge opp både barn og foreldre for å sikre at barnet har gode levekår og utviklingsmuligheter (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 18).

Dagens barnevernlov bygges på tre prinsipper. Disse tre prinsippene er barnets beste, det biologiske prinsipp og det minste inngreps prinsipp. Barnets beste er det som blir ansett som det grunnleggende prinsipper for all barnevernsvirksomhet (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 27). Dette innebærer at det er barnets beste og barnets behov for både beskyttelse og omsorg skal ha større vekt enn foreldrenes rettigheter. Hva som er best for barnet kommer an på konteksten barnet befinner seg i, og det må derfor må det være en faglig og skjønnsmessig vurdering i hver enkelt sak (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 28).

Det biologiske prinsipp går ut på at det er foreldrene som skal oppdra barna sine, og at barna derfor i utgangspunktet skal vokse opp hos sine foreldre. Dette er et prinsipp som ofte blir sett på som at foreldre og barn skal ha kontakt selv etter en omsorgsovertakelse, noe som kan motstride barnets beste (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 30). Minste inngreps prinsipp går ut på at barnevernet ikke skal sette inn mer inngripende tiltak enn det som er nødvendig. Dette

prinsipper forhindrer imidlertid ikke at barnevernet kan sette i gang mer omfattende tiltak når det er nødvendig for barnets beste (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 30).

Hjelpetiltak som barnevernet kan sette i gang er for eksempel besøkshjem, avlastningstiltak og fritidsaktiviteter. Det kan også være å gi foreldrene ulike former for foreldreveiledning alt etter hva situasjonen deres sier at de trenger. Barnevernet kan også sette inn tiltak som for eksempel urinprøver dersom det er mistanke om rusmidler i hjemmet.

Dersom hjelpetiltakene ikke er tilstrekkelig og gode nok for familie og barnet, så kan barnevernet plassere barnet utenfor hjemmet som frivillig plassering (Barnevernloven, 1992, §4-4 fjerde ledd). Årsaken til at barnevernet bruker frivillig plassering som et tiltak er at foreldrene midlertidig ikke kan ta vare på barnet sitt (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 239). Om barnevernet anser at omsorgssituasjonen til barnet er så dårlig i familie at det går ut over barnets helse og utvikling, så kan barnevernet fremme vedtak om å overta omsorgen for barnet (Barnevernloven, 1992, §4-12). Det er fylkesnemnda som skal treffe vedtak om barneverntjenesten skal overta omsorgen for barnet og i den forbindelse også vurdere om foreldrene skal fratras foreldreansvar og eventuelt samtykke til adopsjon (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 243).

4.0 Resultat

Nedenfor vil jeg presentere to forskningsartikler som jeg har brukt for å besvare oppgaven min. Den første artikkelen handler om hvilke konsekvenser det har for barn at mor er i legemiddelassistert rehabilitering under svangerskapet. Den andre artikkelen handler om at mange av mødrene og barna i legemiddelassistert rehabilitering trenger oppfølging i årene etter fødsel.

4.1 Artikkel 1

”Har legemiddelassistert rehabilitering i svangerskapet konsekvenser for barna?”

skrevet av: Lisbeth Sandtorv, Hallvard Reigstad, Sidsel Bruarøy, Irene Elgen og Liv Marie Lægreid.

I denne studien er det, i løpet av 7 år, fulgt 10 mødre som til sammen fikk 15 barn ved Haukeland universitetssykehus. Dataen de har er bygget på opplysninger fra mødrenes journal ved Kvinneklinikken og i barnas journal ved Barneklubben. For noen av barna er det også

hentet opplysninger fra helsestasjonen (Sandtorv, Reigstad, Bruarøy, Elgen & Læg Reid, 2009, s. 287).

Resultatene som ble gjort i denne studien er at alle barna som var inkludert i studien utviklet NAS etter fødsel, hvorav 8 måtte behandles med morfinchlorid. Det var ingen klare sammenhenger mellom morens dose i LAR og grad av abstinens hos barnet. Ingen av barna ble utsatt for alkohol under svangerskapet, men mange av barna ble derimot utsatt for sidemisbruk som for eksempel cannabis og heroin. 12 av barna ble utsatt for røyking under svangerskapet og noen ble utsatt for antidepressivere. To av barna i studien ble rammet av en brått og uventet spedbarnsdød (Sandtorv et al., 2009, s. 288).

Etter fødsel hadde 6 av 13 barn normal psykomotorisk utvikling, men 3 av disse 6 hadde strabisme. Fem av barna hadde varierende grad av forsinket psykomotorisk utvikling, mens to hadde symptomer på hyperkinetisk atferdsforstyrrelse. 5 av barna endte i fosterhjem. Ingen av barna led av misdannelser (Sandtorv et al., 2009, s. 288).

Konklusjonen i studien er at over halvparten av barna som blir født av kvinner som er i LAR blir eksponert for sidemisbruk under svangerskapet. Nesten alle barna utvikler abstinenser i behandlingsperioden og mange av barna vil ha utviklingsforstyrrelser. Mange av barna ender også opp i fosterhjem på tross av omfattende hjelpe- og rehabiliteringstiltak for mor (Sandtorv et al., 2009, s. 289).

Dette er en studie som skriver om det er noe konsekvenser for barnet dersom mor er i legemiddelasistert rehabilitering. Artikkelen er fagfelleurdert. I og med at ene delen av problemstillingen min handler om konsekvensene for et barn som er født i LAR, så passer denne artikkelen veldig godt til min oppgave.

[4.2 Artikkel 2](#)

”A longitudinal study on substance use and related problems in women in opioid maintenance treatment from pregnancy to four years after giving birth.”

Skrevet av: Ingunn O. Lund, Håvard Brendryen og Edle Ravndal.

I denne studien er det fulgt mødre gjennom graviditet og etter at barna er fylt 4 år. I mellom 2004 og 2006 så ble alle kvinner som var gravide i LAR invitert til å delta i denne studien. Av

47 kvinner så sa 41 kvinner ja. To kvinner trakk seg fra studien etter spontanabort, en kvinne trakk seg på grunn av personlige problem, mens et av kvinnenes intervju ble borte på grunn av menneskelig feil, så det gjestod det data fra 37 kvinner. Av disse 37 kvinnen så var det 34 kvinner som deltok i 1års kontrollen, mens det til slutt var 26 kvinner som deltok i 4års kontrollen (Lund, Brendryen & Ravndal, 2014, s. 37).

Lund et al. (2014) brukte intervju i form av European addiction severity index også kalt EuropASI, som legger vekt på rusmisbruk, arbeid, nettverk, familie, sosial status og fysisk, psykisk og rettslige problem. Det ble også sett på mødrenes tidligere urinprøver for å sjekke om kvinnene snakket sant. Det kvinnene fortalte om sitt rusbruk og urinprøvene var samstemte. Kvinnene måtte også svare på om barnet gikk i barnehagen, om barnevernet hadde vært involvert og fulgte opp barnet, samt hvilke type oppfølging de hadde fått og om de hadde fått flere barn etter at de hadde blitt med i studien (Lund et al., 2014, s. 37).

Meningen med denne studien var å undersøke om det var endringer i mors rusbruk, psykiske problem eller andre problem 4 år etter at barnet deres var født, samt beskrive barnehage deltakelse blant barna og hvilke tiltak barnevernet hadde hos familien når barnet fylte 4 år (Lund et al., 2014, s. 36).

Resultatene av studien viste at nesten alle kvinnene, 92% var fremdeles under LAR behandling. Rundt 4% av kvinnen ruset seg på illegale stoffer, mens en større del på 39% rapporterte at de brukte legale stoff, som for det meste var alkohol, i løpet av de 30 dagene før intervjuet. Det var ingen store endringer i bruken av legale og illegale stoffer fra 1 til 4 år etter at barnet var født (Lund et al., 2014, s. 37).

Når det kommer til psykiske utfordringer var det flere kvinner som rapporterte problem ved 4års kontroll enn ved 1års kontroll, henholdsvis 69% mot 39%. Rund halvparten av kvinnene rapporterte fysiske/somatiske problem. De aller fleste barna gikk i barnehagen når de var 4 år. Barnevernet var involvert i 73% av familiene hvor av 65% av disse var hjelpetiltak (Lund et al., 2014, s. 37-38).

Konklusjonen i studien er at mødrene klarer seg godt i LAR, men at de psykiske utfordringene blant mødrene er noe høyere fire år etter at barnet er født. Med god støtte og

oppfølging for mor og barn fra det offentlige gjør det lettere for mor å både være i behandling og en god mor for barnet sitt (Lund et al., 2014, s. 39).

Denne artikkelen handler om hvordan det går med mødrene i LAR fire år etter at de har født. Artikkelen er fagfellevurdert. Den viser det at det er få mødre som sliter med sidemisbruk, men at de psykiske utfordringene er noe høyere etter hvert som barnet vokser. Den sier også at god oppfølging og støtte fra det offentlige hjelpeapparatet har en positiv innvirkning på mor og barn. Derfor er også denne artikkelen relevant for min problemstilling.

5.0 Drøfting

I dette kapitlet skal jeg bruke den teorien og forskningen jeg har lagt frem i de forrige kapitlene for å drøfte problemstillingen min. Jeg har valgt å dele drøftingen min opp i to deler. Den første delen handler om hvilke konsekvenser det er for barn med mødre i LAR, og den andre delen handler om hvilke oppfølging disse barna trenger.

5.1 Hvilke kjente konsekvenser er det for barn med mødre i LAR?

Som nevnt i punkt 3.1 så er det stor uenighet i både internasjonal og nasjonal forskning om det er konsekvenser for mødre som er født i LAR. Noen mener at det er negative konsekvenser for barn som er født med mødre i LAR, mens andre mener at det ikke er noe negative konsekvenser for bar som er født med mødre i LAR.

Sandtorv et al. (2009) har i sin undersøkelse funnet at alle barna som ble født under denne studien utviklet abstinenser i forskjellig grad. Det ble også oppdaget at de fleste av mødrene i denne studien hadde et sidemisbruk før fødselen som ble oppdaget ved urinprøve, og det ble derfor vanskelig å vurdere om det er metadon og buprenorfin som forårsaket barnas abstinenser eller om det morens sidemisbruk som gjorde det (Sandtorv et al., 2017, s. 288-289). Det som også må tas i betraktning her er at medikamentene i LAR er syntetiske opiater og det er derfor en sannsynlighet at medikamentene påvirker fosteret under graviditeten. Dette er også noe Konijnenberg og Melinder (2012) skriver om i sin artikkel. At buprenorfin og metadon passerer gjennom morkaken og derfor påvirker fosteret direkte (Konijnenberg & Melinder, 2012, s. 36). Helsedirektoratet sine retningslinjer for gravide i LAR anbefaler heller ikke at mødrene slutter med LAR-behandlingen i graviditeten fordi vi enda vet for lite om hvilke skader fosteret kan få dersom det får abstinenser i fosterlivet (Bakstad & Welle-Strand, 2011, s. 62). Vi kan derfor anta at NAS er en av konsekvensene for barn med mødre i LAR.

Selv om det er stor uenighet i forskningsfeltet på om det er negative effekter blant barn som er født i LAR, så er de enige i at barna som blir født ikke har noen ytre misdannelser sammenliknet med barn som har blitt eksponert for alkohol i svangerskapet og har føtalt alkoholsyndrom (Olofsson & Lindemann, 2003, s. 43). Det finnes heller ingen forskning som tyder på økt risiko for misdannelser hos barnet dersom det er eksponert for LAR-medikamenter har (Sandtorv et al., 2009, s. 289).

Halvparten av barna i studien til Sandtorv et al. (2009) hadde i noe varierende grad en forsinket psykomotorisk og språklig utvikling, eller symptomer på hyperkinetisk atferdsforstyrrelse (Sandtorv et al., 2009, s. 288). Hyperkinetisk forstyrrelser er noe som blir definert som en tilstand som er karakterisert ved motorisk hyperaktivitet, impulsivitet og forstyrrelse av konsentrasjons- eller oppmerksomhetsevne, også kjent som ADHD (Norsk Legemiddelhåndbok, 2017). Her er forskningen på feltet svært uenig i om LAR-behandlingen har noe effekt på barnas utvikling. Noen mener at det ikke er noe forskjell mellom LAR-eksponerte barn og barn som ikke er eksponerte, men andre mener at det er store forskjeller (Konijnenberg & Melinder, 2012, s. 37).

Barna av mødre i LAR er en av gruppene som blir sett på som risikoutsatte. Dette gjør at det er lav terskel for barnevernet å involvere seg i disse sakene (Bakstad & Welle-Strand, 2011, s. 107). Både artikkelen til Sandtorv et al. (2009) og Lund et al. (2014) viser at barnevernet er involvert i mange av familiene med mødre i LAR. Studien til Lund et al. (2014) viser at barnevernet var involvert i nesten alle familiene, hvorav mesteparten av involveringen var hjelpetiltak (Lund et al., 2014, s. 38). Dette viser at familier der barn har mødre i LAR trenger ekstra oppfølging av hjelpeapparatet, men det er lite sannsynlig at dette bare er på grunn av at mor er i LAR, men at det også vil avhenge av økonomiske og sosiale faktorer rundt familien. Mangen av familiene klarer seg bra med hjelpetiltak i hjemmet, men det er også en del barn som barnevernet overtar omsorgen for, om dette er frivillig eller ved tvang nevnes ikke i forskningen.

Det at det er så store forskjeller i forskningen kan muligens forklares med at det er forskjell i utvalg av forskningsdeltakere og metodene som er brukt for å kartlegge vansker (Konijnenberg & Melinder, 2012, s. 37). Det kan også ha noe med de sosiale faktorene og miljøet rundt barnet. Som nevnt i kapittel 3.2 så er det ikke bare morens rusmiddelbruk som

påvirker barnets utvikling, barnet blir også sterkt påvirket av miljøet det vokser opp i. Dersom mor og miljøet rundt klarer seg bra så vil nok også barnet klare seg mye bedre enn dersom mor og miljøet rundt barnet ikke er bra. Barn kan, på tross av betydelige belastninger i omsorgsmiljøet, utvikle seg godt (Kvelling, 2016, s. 241).

5.2 Hvilke oppfølging trenger disse barna?

Som jeg nevnte i avgrensingen så er det flere faktorer som bestemmer hvilke oppfølging et barn som er født av mødre i LAR. For det første så vil det avhenge av barnet selv og hvor robust barnet er. For det er andre så vil mor, og eventuelt far, påvirket barnet utfra hvilke problem de kanskje har. Og for det tredje vil det avhenge av miljøet rundt barnet.

Mange av mødrene som føder barn i LAR får oppfølging av barnevernet. Barnevernet kan allerede være en samarbeidspartner for mor i svangerskapet. Det å ha gode forhold under svangerskapet og under fødsel er viktig for at det skal etableres et godt forhold mellom barnet og mor, og gi barnet en god start på livet. Derfor er det også viktig at barnevernet får til et godt samarbeid med mor allerede i svangerskapet når det er en risiko for omsorgssvikt og mer behov for omfattende hjelp etter fødsel enn gjerne det andre tjenesten kan tilby (Bakstad & Welle-Strand, 2011, s. 47). Det som må tas i betraktning når barnevernet involverer seg i sånne saker er at mange av kvinnene i LAR kan gjøre motstand med å etablere et samarbeid mellom seg og barnevernet på grunn av tidligere vanskelige erfaringer med barnevernet. Det er da viktig at barnevernet ikke presser på for å få til et samarbeid med moren, da det heller kan føre til større problemer er hjelp for kvinnene.

Om vi antar at noen av barna som er født av mødre i LAR får utviklingsvansker senere i livet, så vil familien trenge oppfølging av hjelpeapparatet. Studien til Sandtorv et al. (2009) viser at over halvparten av barna som var med i denne studien hadde enten forsinkelser i utviklingen eller symptomer på ADHD (Sandtorv et al., 2009, s. 288). Nøyaktig hvilke oppfølging barna trenger er veldig individuelt, men barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) kan være en måte å gi disse barna tett og god oppfølging.

Som det står skrevet i kapittel 3.2 så er samspillet mellom barn og omsorgspersoner med på utvikle barnet og hvordan barnet vil tilknytte seg til sine foreldre. Noe foreldre og barn får en dårlig start på dette samspillet, for eksempel dersom barnet utvikler abstinenser etter fødsel på grunn av medikamentene mor går (Killén, 2015, s. 226). For å sikre at samspillet mellom

foreldre og barn fungerer, så er det viktig å kartlegge familien sin situasjon og finne ut om det noe i familiesituasjonen som kan skade samspillet dem imellom. Dersom det finnes noe i familiesituasjonen som kan sette samspillet i fare så er det viktig å gi både foreldre og barna den oppfølgingen de trenger for å bedre samspillet.

Som jeg skrev i kapittel 3.3 barn som blir født med abstinenser krever mye av sine omsorgspersoner, spesielt de barna som ikke får medikament-behandling. De blir født inn i en krevende livssituasjon som vil prege det tidlige foreldre-barn samspillet. Barna er vanskelige å roe ned, trøste, mate og det kan gjøre at foreldrene føler at det ikke strekker til og føler seg gode nok for sitt eget barn (Killén, 2015, s. 226). Dette kan medføre at foreldrene begynner å bli passive for sitt eget barn og slutter å respondere på barnets behov da det ikke hjelper å trøste barnet uansett. Men det er også viktig å huske på at foreldrene må få lov til å finne ut av og bli kjent med barnet på sin egen måte, for noen foreldre kan klare seg godt sammen med barnet på tross av barnets abstinenser. Så lenge dette ikke er skadelig for barnet så er det viktig at foreldrene får tid på seg til å bli kjent med barnet og situasjonen barnet befinner seg i.

Når et barn blir født så ønsker alle foreldre seg et friskt barn, så det å få et barn født med abstinenser vil nok være vanskelig for foreldrene å både erkjenne og oppleve. Noen av foreldrene vil derfor trenge mye veiledning og støtte både under svangerskapet og etter at barnet er født. Når en skal gi veiledning er det viktig å ha kunnskap om familiesituasjon og om hva det er familien trenger. Dersom foreldrene har vært gjennom dette før så er det ikke sikkert de trenger like mye oppfølging som det foreldre som aldri har gjort dette før, men dette må en selvfølgelig vurdere i hver enkelt sak. For selv om det kan virke som om foreldrene har kontroll så lever de i en utfordrende livssituasjon med rus og kanskje andre sosiale utfordringer som er viktige å ta på alvor.

Som det står i kapittel 3.2 så er samspillet viktig for barnet. Dersom barnet har et godt samspill til foreldrene så vil også barnet utvikle en trygg tilknytning til foreldrene som igjen gjør at barnet klare å mestre de utfordringen som livet har å by på, som det står i kapittel 3.3. Derfor er det viktig å undersøke samspillet i familier som er i risiko- og omsorgssviktsituasjoner, for å kunne hjelpe et barn som ikke har et godt samspill med foreldrene (Killén, 2015, s. 226). Når en skal undersøke samspillet mellom foreldre og barn så blir etikken viktig. For en familie så kan det virke veldig skummelt og truende at en

yrkesutøver fra hjelpeapparatet skal observere familien. De kan føle seg dømt og utilstrekkelig, og være redd for å miste barna sine. Derfor er det svært viktig at den som observerer behandler foreldrene med respekt og viser at de er der for å hjelpe familien. Selv om den som observerer gjør alt riktig for å vise foreldrene at de er der for å hjelpe, så kan foreldrene fremdeles gjøre seg motvillig til det som foregår og være lite samarbeidsvillig som også kan gjøre observasjonene vanskeligere.

Dersom observasjoner av samspillet viser at barna og foreldre har det Killén (2015) kalte risikosamspill så kan dette være kritisk for barnet, men det kan endres på ved tidlig intervensjon (Killén, 2015, s. 224). Ved et risikosamspill kan det også oppstå utrygg tilknytning mellom barn og foreldre som det står i kapittel 3.4. Dette kan som nevnt gå utover barnets utvikling samt barnas psykiske helse. Derfor bør det settes i gang tiltak for å prøve ordne samspillet og gjøre det bedre. Tiltakene kan enten gjøres frivillig med foreldrenes samarbeid, eller så har barnevernet hjemmel i lov for å sette i gang hjelpetiltak (Barnevernloven, 1992, §4-4). Selv om barnevernet har hjemmel i lov for å sette i gang tiltak så det best om det blir gjort i samarbeid med foreldrene for at foreldrene ikke skal føle seg overkjørt og sette seg motvillig til tiltakene som blir satt i gang. Hvilke tiltak som skal settes i gang må vurderes ut ifra hvordan samspillet er og hva familien trenger. Et eksempel på tiltak som kan settes i gang er at foreldrene og barnet får veiledning i samspill for å få det til å fungere bedre i familien. På tross av tiltak som settes i gang i familien for å bedre samspillet, så er det alltid en mulighet for at samspillet ikke bedrer seg. Da er det viktig å se på hva som er barnets beste i den situasjonen det står oppi, er det snakk om at samspillet er og kan bli så dårlig at barnevernet må ta over omsorgen for barnet, eller er det andre måter å hjelpe barnet på. Et av barnevernets prinsipper, som er nevnt i 3.5, er minste inngreps prinsipp. Derfor skal barnevernet prøve alle andre tiltak før en eventuell omsorgsovertakelse, med mindre situasjonen er så skadelig for barnet at det blir til barnets beste å ta det ut av foreldrenes omsorg (Barnevernloven, 1992, §4-12).

Dersom observasjonen av samspillet skulle vise seg og være det Killén (2015) kalte for omsorgssviktsamspill så vil dette være svært uheldig for barnet (Killén, 2015, s. 225). Dette kan, på samme måte som risikosamspill, føre til en utrykk tilknytning mellom barn og foreldre. Her bør det tas en vurdering i alvorlighetsgraden på samspillet og hvordan det påvirker barnets utvikling og barnets daglige omsorg. Er det mulig å sette i gang hjelpetiltak for å prøve å bedre situasjonen eller er det så dårlig at barnet ikke får den omsorgen det

trenger til å utvikle seg, for da er det grunn til å ta over omsorgen for barnet (Barnevernloven, 1992, §4-12). Dersom barnevernet bestemmer at det er grunn for å ta over omsorgen av barnet, så vil de etiske retningslinjene igjen være sentrale. Det å ta et barn fra foreldrene vil nok føles svært traumatisk for både foreldre og barn, selv om samspillet i familien ikke har fungert, og selv om kanskje omsorgsovertakelsen var frivillig som et hjelpetiltak i familien. Det er viktig, både når omsorgsovertakelsen er frivillig og når det er brukt tvang, at familien blir behandlet med respekt og ikke føler seg overkjørt. Både foreldrene og barnet, dersom det er gammelt nok til å forstå, må få tilstrekkelig med informasjon om det som skjer sånn at de vet hva det er som foregår, noe som kanskje gjør at situasjonen blir litt enklere for partene. Men det som er aller viktigst å tenke på i en sånn situasjon er at det er barnets beste som ligger til grunn, noe om betyr at barnas behov går fremfor foreldrenes behov.

Studien til Lund et al. (2014) har funnet resultater på at det er få kvinner som sliter med sidemisbruk 4 år etter fødselen av barnet, men mødre med psykiske utfordringene har steget fra barnet var 1 år til det ble 4 år (Lund et al., 2014, s. 37). Dette viser at det er ikke bare rusmiddelbruk hos mor som kan være skadelig for barnet, men også andre problemer i familien. Dersom mor sliter med for eksempel depresjon så kan dette være med på å påvirke barnets tilknytning og samspill til mor. Derfor er det viktig at mor får tid til å ta tak i disse problemene, for at det ikke skal være enda en faktor som kan påvirke barnet negativt. Det som derimot kan være utfordrende med dette er at det ikke alltid er lett å vite når noen har et psykisk problem, så med mindre det blir oppdaget at mor har et psykisk problem så er det vanskelig for hjelpeapparatet å gjøre noe med det. En annen utfordring er at mor selv må ønske å ta tak i problemene sine, for det er ikke noe hjelpeapparatet kan tvinge mor til å gjøre, dersom hun ikke er fare for seg selv eller andre.

Et viktig tiltak for både barn og foreldre er barnehage. Barnehage er viktig for barnet, og er med på å styrke barnets sosiale kompetanse, utviklingen til barnet, samt at det kan gi foreldrene en avlastning i hverdagen (Bakstad & Welle-Strand, 2011, s. 108). Problemet med barnehage er at det er veldig dyrt. Prisen vil variere fra kommune til kommune, samt hvor mange timer i uka barnet skal være i barnehagen. Mangen av mødre i LAR har ofte lav inntekt og det kan dermed medføre at barnehage for barna ikke blir en prioritet for foreldrene. Men siden barnehage er en viktig sosial bane for barnet, hvor det både kan utvikle seg og gi foreldrene litt avlastning i hverdagen, så er det ganske viktig at barnet får gå i barnehage. Barnevernet kan derfor fatte vedtak om barnehageplass for barnet som et hjelpetiltak i

familien (Barnevernloven, 1992, §4-4). I studien til Lund et al. (2014) viser at de fleste barna i denne studien gikk i barnehage noe som ga mor tid til å bruke tid på andre ting, som for eksempel ta tak i sine psykiske utfordringer eller arbeid og studier (Lund, et al. 2014, s. 39).

Familien vil også trenger oppfølging på andre nivå. For det første vil det være viktig å sikre at familien har en skikkelig bolig i et skikkelig boligområde som kan være med på å gi barnet trygge og gode oppvekstvilkår. Dette kan gjøre ved å gi foreldre god veiledning og det finnes gode muligheter for å få hjelp og støtte fra husbanken til å enten leie eller kjøpe et hus (Bakstad & Welle-Strand, 2011, s. 121).

Økonomien til familien er også en viktig sosial faktor i familie som kan være med på å svekke barnets utvikling. I familier der en eller begge foreldrene er i LAR, har ofte en lavere inntekt enn gjennomsnittet. Dette er fordi at de mange av pasientene i LAR ikke er i arbeid og får penger enten gjennom uføretrygd, arbeidsavklaringspenger eller sosialhjelp fra NAV, noe som gjør at familien har det trangt økonomisk, i tillegg til at mange av familiene også har gjeld (Bakstad & Welle-Strand, 2011, s121-122). For å bedre den økonomiske situasjonen til familien å må nesten foreldrene ut i arbeid, men dette kan være vanskelig på flere måter. Blant personene i LAR er det ofte lav utdannelse og manglende arbeidserfaring noe som gjør at det er ekstra vanskelig å komme inn i arbeidslivet, samtidig er det mange som trenger et tilrettelagt arbeidstilbud. For noen er det ikke mulighet for å komme ut i arbeid da mange er uføretrygdet av ulike grunner.

Nettverk er en viktig en viktig del av familien og kan være med på å styrke barnet sin utvikling. Dersom foreldre har et godt nettverk rundt seg så er det også mindre sannsynlig for at familien trenger oppfølging fra hjelpeapparatet. En av de tingene som kjennetegner mødre i LAR er at de har et mangelfullt støttende nettverk rundt seg (Bakstad & Welle-Strand, 2011, s 18). Når det er viktig med et godt nettverk rundt seg, så er det også viktig å bygge opp et nettverk dersom du ikke har det. En mulighet for å bygge opp nettverket sitt på er å prøve å øke deltakelsen i samfunnet, som for eksempel gjennom arbeide eller skole/studier. Når man har barn i barnehagen og på skole så er det også mulig å bruke denne muligheten til å bygge ny relasjoner gjennom barnet noe som kan være med på å utvide nettverket til familien helt naturlig. Det som kan sitte en stopper for å utvide nettverket sitt er psykiske utfordringer. Som studien til Lund et al. (2014) er at mange av mødrene i LAR har psykiske utfordringer (Lund

et al., 2014, s. 37), og dersom mor da sliter med angst eller depresjon så kan det være vanskelig å ta kontakt med ukjente mennesker og bygge opp nye relasjoner.

6.0 Avslutning

Hvert år blir det født mellom 30 og 60 barn av mødre i LAR. Dette er barn og familier som i en risikoutsatt gruppe, både på grunn av mors rusmisbruk men også på grunn av sosiale faktorer.

Hvilke konsekvenser det er for barna som er født av mødre i LAR er det stor uenighet om. Deler av forskningen mener at det ikke er noe konsekvenser for barns som er eksponert for LAR-medikament i svangerskapet, mens noen mener at det er konsekvenser for barna. Det som derimot er klart er at mellom 60% og 80% av barna som er født i LAR utvikler NAS etter fødsel, noe som kan være en direkte konsekvens av LAR-medikamentene som mor går på. En annen konsekvens av å ha mødre i LAR er oppfølging av barnevernet, noe store deler av familiene har. Det som derimot må tas i betraktning her er at det er nok ikke bare det at mor er i LAR om gjør at barnevernet følger opp disse familiene, men en samlet helhetlig vurdering av situasjonen familien befinner seg i.

I og med at det er så mange familier som har kontakt med barnevernet, så trenger barn som er født i LAR og familiene deres god oppfølging fra hjelpeapparatet. Hvilke oppfølging de trenger er individuelt og vil endre seg fra familie til familie. Noen familier trenger bare råd og veiledning, mens andre må ha mer krevende tiltak som for eksempel omsorgsovertakelse for barnet. Det som er viktig å følge med på er hvordan samspeillet mellom foreldrene og barnet er, for det er samspeillet som bestemmer hvordan tilknytningen og utviklingen til barnet blir, (Killén, 2015, s. 218), og dersom dette er dårlig så kan det ha alvorlige konsekvenser for barnets utvikling.

Konklusjonen er den at det er vanskelig å si om barna som er eksponerte for LAR-medikament i fosterlivet får direkte konsekvenser av dette, da det avhenger av flere faktorer som for eksempel dersom mor sliter med sidemisbruk, røyking og hvilket miljø barnet vokser opp i. Hvilken oppfølging disse barna og familien deres trenger vil avhenge av hva som er problemet i familien, om det bare er veiledning i foreldrerollen eller om det er mer krevende tiltak i hjemmet.

7.0 Litteraturliste

- Bakstad, B. & Welle-Strand, G. (2011). *Nasjonale retningslinjer for gravide legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder*. Oslo: Helsedirektoratet
- Barnevernloven. (1992). Lov om barneverntjenester m.v. av 1 mai 1993 nr. 100. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100?q=barnevernlov>
- Bunkholdt, V. & Kvaran, I. (2015). *Kunnskap og kompetanse i barnevernsarbeid*: Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- FO (2015). Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleier og velferdsvitere. Oslo: Fellesorganisasjonen. Hentet fra <https://www.fo.no/yrkesetikk/yrkesetisk-grunnlagsdokument-article227-150.html>
- Hart, S. & Schwartz, R. (2012). *Fra interaksjon til relasjon: Tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore & Fonagy*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonale retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*. Oslo: Helsedirektoratet
- Håkonsen, K, M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Jacobsen, D.I. (2015) *Forsåelse, beskrivelse og forklaring: Innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Killén, K. (2003). Samspill og tilknytning i familier med rusmiddelproblem. I K. Killén & M. Olofsson (Red.). *Det sårbare barnet: Barn, foreldre og rusmiddelproblemer* (s. 79 – 97). Oslo: Kommuneforlaget AS.

Konijnenberg, C. & Melinder, A. (2012). Kunnskapsstatus: LAR-barn. *Rus & samfunn*, 6(3), 36-39. Hentet fra: https://www.idunn.no/rusos/2012/03/kunnskapsstatus_lar-barn

Kvello, Ø. (2016). *Barn i risiko: Skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk

LAR-forskriften. (2010). Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering m.v. av 18 desember 2009 nr. 1641. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-12-18-1641>

Lund, I. O., Brendryen, H. & Ravndal, E. (2014). A longitudinal study on substance use and related problems in women in opioid maintenance treatment from pregnancy to four years after giving birth. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 8(2014), 34-40. Hentet fra: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.4137/SART.S15055>

Moe, V., Siqveland, T. & Slinning, K. (2010). Barn av foreldre med rusproblemer og psykiske vansker. I V. Moe, K. Slinning & M. B. Hansen (Red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 303-322). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Midtlyng, L. & Høiseth, G. (2017) *Report II – Consensus Conference OMT and pregnancy: Langtidseffekter hos barnet ved bruk av metadon/buprenorfin (og andre opioider) i svangerskapet*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Rus%20og%20avhengighet/LAR/Report%20II%20-%20LAR%20og%20graviditet%20-%20Langtidseffekter%20hos%20barnet%20ved%20bruk%20av%20metadonbuprenorfin%20og%20andre%20opioider%20i%20svangerskapet.pdf>

Norsk legemiddelhandbok. (2017). *T5. 9 Hyperkinetiske forstyrrelser*. Hentet fra: <http://legemiddelhandboka.no/Terapi/9026>

Sandtorv, L., Reigstad, H., Bruarøy, S., Elgen, I. & Lægroid, L. M. (2009). Har legemiddelassistert rehabilitering i svangerskapet konsekvenser for barna? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 129(4), 287-290. doi: 10.4045/tidsskr.09.33335 Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2009/02/originalartikkel/har-legemiddelassistert-rehabilitering-i-svangerskapet-konsekvenser-barna>

Zachrisson, H. D. (2010). Tilknytning og psykisk helse hos sped- og småbarn. I V. Moe, K. Slinning & M. B. Hansen (Red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 285 – 302). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Waal, H., Bussesund, K., Clausen, T. & Lillevold, P. H. (2018). Kjønn og Alder i LAR. (1)1.

Hentet fra:

<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2018/seraf-rapport-nr-1-2018-kjonn-og-alder-i-lar.html>