

DE USYNLIGE BARNNA

Oppvekst i familier med rusproblemer

Av Sidsel Skotland



Utgitt av
IOGTs Juniorforbund

DE USYNLIGE BARNA

Oppvekst i familier med rusproblemer

Av Sidsel Skotland

© Utgitt av IOGTs Juniorforbund
Boks 8857 Youngstorget
0028 Oslo
Telefon: 23 21 45 91
E-post: junior@iogt-junior.no
Hjemmesider: www.iogt-junior.no

Utgitt februar 2007
1. opplag – 1.500 eksemplarer
ISBN 978-82-994735-4-5

Tekst:: Sidsel Skotland, journalist og sosiolog
Rapporten er illustrert med sitater fra Tore Renbergs roman fra 2005; "Kompani Orheim". Godkjent av forfatteren.
Layout: Rune Endal

Trykkeri: Allservice, Stavanger
Papir omslag: Cyclus 200 g. Papir innmat: Cyclus 115 g

DE USYNLIGE BARNA

Oppvekst i familier med rusproblemer

Av Sidsel Skotland



Utgitt av IOGTs Juniorforbund

TRYGG OPPVEKST
Et modningsprogram for barn og unge

”(...) han sov alltid lett i belgene. Han knep øynene sammen, kjente redselen jage gjennom kroppen. Han hørte en asjett som knuste mot kjøkkengulvet, en stol som veltet, stereoanlegget som brått ble slått på, med volum på topp, og Louis Armstrong som sang: Oh, what a wonderful world.”
Fra Kompani Orheim av Tore Renberg¹



FORORD

Barnet skiller ikke mellom narkotika og alkohol, eller mellom legale og illegale rusmidler. Det lider like mye under en far eller mor som sover hele dagen fordi han eller hun er full av piller foreskrevet av en lege, som det lider av at forelderene er fraværende fordi han eller hun drakk tett hele forrige ettermiddag og kveld.

I dette heftet gjør vi ikke så mye ut av forskjellene på rusmidlene. Mange av artiklene handler om alkohol rett og slett fordi det er det rusmidlet som flest barn i Norge er rammet av. Men det som kjennetegner all rusmiddelmissbruk – om det er legalt eller illegalt, narkotika eller alkohol – er at det skaper stor uforutsigbarhet og utrygghet i hverdagen for de barna som lever midt oppi det. Dette er barn som trenger å bli sett, som trenger å få hjelp til å forstå og til å tørre å snakke om det de opplever og føler. De trenger å få kontroll over i det minste en liten flik av livet sitt.

Fordi det handler om så mange barn, er det knapt noen av oss som ikke kjenner noen av dem. Derfor bør flest mulig av oss vite litt om hvem disse barna er, hva de opplever og hvordan dette ser ut ”innenfra”. Slik kan vi lettere bidra til å gjøre livet deres litt lettere. Dessuten bør vi vite litt om hva slags hjelp som finnes. Da kan vi hjelpe barna til å søke mer hjelp og støtte enn det vi eventuelt sjøl opplever at vi kan gi dem.

Dette heftet er ment å gi dette lille innblikket. Det går ikke dypt faglig inn i feltet, men berører ulike poenger og problemstillinger. Bakerst i heftet finnes ei liste med relevant litteratur for de som vil trenge dypere inn i temaet.

Oslo, 10. januar 2007

Sidsel Skotland
journalist og sosiolog

Innholdsfortegnelse

Vi må satse sterkt på forebygging	8
Misbrukerfamilien - et drama med seks roller	10
Barna blir skadet lenge før leveren	15
Sammen om å skjule skammen	18
En mormor til beskyttelse	21
Den ene som ser	22
De sviktede barna	24
Opplevelse av sammenheng	26
Trygg Oppvekst skal gi trygg oppvekst	28
Hjelpetilbudet: Tilfeldig og lite helhetlig	33
Barnevernet må bli bedre på rus!	37
Foreldre og barn på institusjon	39
Alle familiemedlemmene må endre atferd	43
Møysommelig informasjonsarbeid måtte til	45
Relevant litteratur	46
Kilder	47
Hjelpetilbud for barn	48
Kontaktadresser	49
IOGTs Juniorforbund	50

Vi må satse sterkt på forebygging



”Du lister deg ut på gulvet, du slår på lyset, det er kaldt på beina. Du stirrer mot taket, ser deg skremt rundt, går bort til veggen og legger øret inntil; ja. Langt der inne i veggen er det noen, stemmer og skritt, brå lyder. Det bor folk der inne, mørkets vonde folk.”

Det er etter alt å dømme flere titalls tusen barn i Norge som har et liv som er preget av foreldrenes alkoholvaner. Mange av dem er mindreårige. De er i en alder da de mer enn noe trenger trygghet, forutsigbarhet og omsorg. I stedet blir mange av dem sittende med ansvar for både seg sjøl, foreldre og søsken.

Bare en brøkdel av disse barna kjenner vi til. Og enda færre får hjelp. I en slik situasjon er det viktig å holde fast på at ett barn til som lider, er ett for mye. Derfor må vi satse hardt på forebygging av alkoholproblemer – blant voksengenerasjonen. Mislykkes vi her, får vi mange nye barn som får sin oppvekst ødelagt av voksnes drikking.

Heldigvis opplever vi nå en økende bevissthet om lidelsene til barn som vokser opp i familier som er dominert av fyll og spetakkel. Både politikere, fagfolk og frivillige organisasjoner har satt fokus på disse ”skjulte barna”. Dette er virkelig på tide. Det dreier seg om titusener av barn som lider i det stille, uten noen å snakke med, uten tilgang på hjelp, uten noen sjanse til å bearbeide alt det dramatiske de opplever. I artiklene i dette temaheftet prøver vi å gi et bilde av de skjulte barnas situasjon. Vi skal bidra til at oppmerksomheten rundt ”de skjulte barna” ikke bare blir sensasjonsjournalistikk, men at det også utvikles et variert hjelpetilbud.

Men viktigere enn alt annet er det å tenke forebygging. Vi klarer ikke på noen måte å hjelpe de mange titusener barn som allerede lider i misbrukerfamilier i dag. Da må vi sørge for at det i hvert fall ikke blir *nye* barn som rammes. Ett barn til i hjelpekøen er ett for mye. Da handler det om alkoholpolitikk som kan stoppe den sterke veksten i alkoholforbruket her i landet.

Det er dessverre ikke grunn til å være optimistisk på dette punktet. Hver dag produserer vi etter alt å dømme nye barn som får sin oppvekst ødelagt av voksnes drikking. Dette kan vi lese ut av forbruksutviklingen. De tre siste årene har vi hatt et alkoholforbruk som overgår alt vi har opplevd i nyere tid i Norge. De sosiale kostnadene blir kanskje ikke synlige og dokumentert før om tre og fem og ti år. Men mange barn har allerede begynt å merke konsekvensene på kroppen. Men dette er noe som foregår i det skjulte, som før.

Gjennomsnittsforbruket av alkohol i et land er en viktig indikator på omfanget av skadene som følger med drikkinga. Hvis forbruket øker, er det sannsynlig at det har skjedd flere endringer i befolkningen:



Flere som drikker, hyppigere drikkesituasjoner, mer vanlig med berusning og fyll og flere storforbrukere. Mange av dem som endrer sine vaner i en slik situasjon, lever sammen med barn. De siste ti årene har alkoholforbruket i Norge økt med over 30 prosent her i landet. Vi må dessverre anta at dette igjen betyr at flere barn enn tidligere får en oppvekst som er preget av fars eller mors drikking.

Fra Juniorforbundets side må vi vise til at det i dag finnes mye forskning og dokumentasjon på hva som virker best for å dempe alkoholforbruket i et land. Mest effektive er tiltak som begrenser tilgjengeligheten, slik som antall utsalg, antall skjenkesteder, åpningstider og pris. Med disse virkemidlene kan vi faktisk regulere antallet barn som må vokse opp i familier der fyll, konflikter, vold og utrygghet råder. Dagens trend er at alle restriksjoner på alkoholsalg skal bort. Dette har en dramatisk kostnad. Barn – og ofte kvinner – er blant de som betaler den høyeste prisen. Som solidaritetsorganisasjon mener IOGTs Juniorforbund at vi må prioritere barns trygghet og oppvekstmiljø framfor voksengenerasjonens bekvemmelighet og frihet.

IOGTs Juniorforbund mener at det likevel ikke snakk et enten-eller. Vi må både hjelpe barna som allerede lider i misbrukerfamilier og samtidig sørge for at det ikke blir flere som kommer i samme situasjon. Dette har vi tatt konsekvensen av også for egen del i Juniorforbundet. Vi arbeider alkoholpolitisk, samtidig som vi driver prosjektet ”Trygg Oppvekst”. Dette prosjektet har både en forebyggende dimensjon og et tilbud om hjelp til dem som trenger ekstra oppfølging.

De neste sidene er ikke bare hyggelig lesning, dessverre. Men desto viktigere. Det er mange barn som er avhengige av å bli sett av voksensamfunnet og bli tatt på alvor av oss voksne.

Dag Endal
Leder i IOGTs Juniorforbund

Misbrukerfamilien

- et drama med seks roller



”Det var godt mamma kom ned til han den kvelden, syntes han. Det var bra at hun ikke bare satt alene. Når pappa først hadde dyttet henne over ende sånn at hun slo kjaken i sofabordet, før han sovnet i lenestolen, så var det riktig av henne å komme til han. De måtte stå sammen om å holde munn. De kunne være til hjelp for hverandre han og mamma. Han var stor nok til det nå, elleve år, snart tolv.”

Barn som vokser opp med en alkoholisert mor eller far er formet i en omvendt-kultur: Trøst, beskyttelse, trygghet og en stabil oppvekst – det barn trenger mest av alt – det må de gi før de har fått det sjøl.

I familien har rusmisbrukeren hovedrolla. Den andre forelderen – hvis den finnes der – har rolla som Forenkleren, mens barna tar på seg ulike roller i familien som en slags overlevelsesstrategi.

I boka "Den vingklippta familien"², som denne artikkelen bygger på³, forteller Staffan Myrbäck om de rollene barna går inn i, og hvilke konsekvenser oppveksten i en familie med alkoholproblemer får for barnas følelsesmessige utvikling og som voksne. Dette gjør han med eksempler hentet fra både fag- og skjønnlitteraturen.

Smulans historie

Smulans fortelling kunne leses i et tidsskrift – som leserinnlegg. Hun fortalte om oppveksten sin med en mamma og en pappa som begge var alkoholiserte. På kveldene passet hun lillesøster, lagde mat etter beste evne og fikk søstera i seng. En vinterkveld, da Smulan var på vei hjem fra en kamerat, kom søstera i pyjamas for å møte henne. Smulan løftet henne opp, gikk hjem og la henne i senga. Da hadde Smulan akkurat fylt seks år.

Da mamma var høygravid med enda en lillesøster var hun full nesten hver helg og fikk falske anfall og blødninger. Babyen ble født for tidlig og måtte legges i kuvøse.

En tid etter fødselen var mamma edru, men etter hvert begynte hun å drikke igjen. Smulan fikk ta hånd om nok en søster. En søster som lenge hadde vanskelig for å sove om nettene, og som hver natt sprang hun inn til mamma og pappa. De ropte på Smulan som hentet søstera og fikk henne tilbake i senga.

En kveld begynte foreldrene å slåss. Mamma fikk et realt slag på nesa og begynte å blø. Pappaen angret seg raskt og forsøkte å trøste, men ble avvist. Han ble rasende og forsvant ut av huset - mens mammaen låste seg inne på soverommet. Smulan tørket opp blodet med søsknene sine gråtende ved siden av. Hun var glad for at hun hadde gjemt unna kjøkkenknivene...

Denne artikkelen er en noe omarbeida versjon av en artikkel skrevet av Aina Johnsen, publisert i Mot Rusgift, FMR, 2000.

Smulan og søsknene ble seinere tatt hånd om og plassert i fosterhjem. Når hun skriver leserinnlegget går hun i 9. klasse. Hun trives bra i den nye familien sin, og hver sjettede uke får hun og søsknene treffe foreldrene, men hver gang kommer også minnene tilbake.

Hold fasaden!

Den amerikanske sosialarbeideren Claudia Black, som har lang erfaring fra arbeid med barn og voksne barn av alkoholmisbrukere, sammenfatter i boka "Det ska aldrig få hända mig"⁴, misbrukerfamiliens tre uutalte lover: Ingen snakking, ingen tillit, ingen følelser. Skjul og fornekt det åpenbare.

Utad opprettholder de en fasade og lykkes ofte bra med å skjule problemene i familien. Framfor alt tier de for utenforstående – for slekt, venner og bekjente. Men ofte snakker de ikke engang om problemene innafor familien. Søsknene snakker ikke med hverandre – de hører kranglene, men gråter for seg sjøl og i stillhet. De tror at det ikke finnes noen som kan hjelpe dem og at ingen ville trodd dem om de fortalte.

Og midt i denne tausheten er det ofte barna som må ta ansvaret for sine nærmeste – gi trøst, råd, stabilitet og trygghet, og beskytte foreldrene mot konsekvensene av handlingene deres. Dette er hjerteskjærende skildret av Märta Tikkanen i sin tidvis plagsomme dikt-suite "Århundradets kärlekssaga"⁵:

*Pappa satt med geväret
en hel natt
och sa att han skulle skjuta
och lillbrorsan och jag
måste sitta brevid
hela natten medan du var i stan
vi höll varann i handen
vi bara darrade
hela natten
Inte ens när han slocknade
vågade vi gå och ringa till dej
för om
han hade vaknat*

Klovn, Familiehelten, Det Tause barnet og Problembarnet

En som tidlig beskrev hvordan pårørende forsøker å skape balanse i slike familier, var amerikanske Sharon Wegscheider. På 70-tallet intervjuet hun familier der det forekom eller hadde forekommet alkoholproblemer. Sharon Wegscheider var i sin tur inspirert av Virginia Satir, en amerikansk terapeut og pioner innenfor familierterapi som også har hatt stor innflytelse i Sverige med sine bøker og kurs.

Virginia Satir mener at om et familiemedlem av ulike grunner endrer atferden sin, vil de øvrige tilpasse seg. Om en person blir syk, blir alle i familien påvirket av det og vil ubevisst bygge opp et forsvar for å gjenopprette balansen. Da Sharon Wegscheider intervjuet medlemmer i familier med rusproblemer, fant hun at familiens tilpasning som regel gjorde det lettere for misbrukeren å fortsette å drikke. Hun kunne skille ut et typisk familiemønster og ulike roller – med misbrukeren i hovedrolla, og den edrue foreldren i rolla som Forenkleren.

Blant barna fant hun fire roller, eller snarere fire overlevelsestrategier, som gikk igjen: Det var rolla som Klovn, Familiehelten, Problembarnet, og Det Tause Barnet. Smulan ville hun ha karakterisert som Familiehelt.

Klovn skøyer bort det vanskelige, forsøker å mekle, demper uroen og roer ned de andre i familien. Han er hjelpsom, hyperaktiv og morsom, men bærer på en følelse av tomhet og gråter når han er alene. Inni seg føler han seg såret, sint, forvirret, redd, trist og bekymret for faren eller mora. "Når jeg er borte og leker med guttene, er jeg alltid urolig for at pappa skal stå noe sted og kikke på klokka og lure på hvor jeg er", skriver Tappas Fogelberg i sin selvbiografiske bok "Halli Hallå" der han forteller om sin oppvekst med en alkoholisert far:

”Det er en stadig uro som spiser seg inn i lekene... Jeg vet ikke hva det er, men det er farlig. Så lenge

jeg holder ham i godt humør, er det ingen fare. Jeg har fullt opp med det.”

Men ofte er pappa borte. Han reiser inn til byen for å ordne med firmaet, og når han kommer tilbake er han i godt humør. Han farer over gårdsplassen og roper: "Halli Hallå!"⁶. Da er det best at en dukker opp og sier noe hyggelig.

Han har stadig følehorn ute for å kontrollere farens humør og noterer med klarsyn farens sinnsstemning:

"Pappa ler stadig høyere... De som ikke kjenner pappa, tror at han er glad, men jeg grøsser. Jeg står ved siden av han og kjenner lukten av uroen hans. Han holder hånda mi mens han slipper ut den skrallende latteren. Menneskene han ler mot ser muntre ut, men jeg vet at han ikke er glad. Hånda hans er fuktig og pulserende som en nervøs svamp...".

Klovnen spiller ofte på lag med *Familiehelten*, som har ansvar for at det er ordentlig hjemme, og som fungerer som foreldrenes støtte. Hun forsøker å forsterke sjøltilliten deres ved å være dyktig, og sørger i første rekke for å dekke andres behov: Hun hjelper småsøsken med lekser eller henter dem i barnehagen, handler mat, vasker opp, rydder og stryker skjorter til faren så han skal være fin på arbeid. Familiehelten er ofte en lederskikkelse, dyktig på skolen, sjølstendig og ansvarsbevisst, og hun blir veldig flink til å ta hånd om problemer. Sammen med foreldrene danner hun et følelsesmessig triangel i familien for å få alt til å fungere normalt.

Det Tause Barnet, som oftest ei jente, unndrar seg kontakt og bråk, går inn på rommet sitt og drømmer om mulighetene for et annet liv. Det Tause Barnet tilbringer mindre tid hjemme og mer tid med venner. I relasjon til voksne, er hun ofte føyelig, avstandsløs og kan krype opp i fanget til hvem som helst. Med sin svake identitet og vane med å bøye seg for andre, stiller dette barnet heller ingen krav. Hun plages ofte med vektproblemer, blir overvektig eller undervektig. Blant disse barna finner vi ofte hun som utvikler anoreksi, hun som sjelden har venner, er barnslig, som ofte sitter ved TVen, som ikke forventer seg noe, men som ser og hører alt.

Det Tause Barnet får ofte ros for at hun virker så rolig og aldri bråker, mens hun i virkeligheten bærer på en stor sorg, føler seg sint, handlingslammet og ensom. Men hun lar ingen forstå eller se hva hun egentlig føler. Som Åsa Jinder skriver i sin diktsamling "Bli min mamma igen"⁷:

*Upplever
den totala ensamheten
Låter ingen forstå
och fördömer människor som inget förstår
Låter ingen se
och fördömer människorna
som inget ser.
Låter ingen dela smärtan
och fördömer människorna
som inte deltar.
Upplever
den totala ensamheten
och fördömer människorna
som låtit mig vandra vill.*

En vanlig oppfatning er at barn fra hjem med alkoholproblemer blir skulkere, mobbere og misbrukere og at det derfor er lett å oppdage dem. Dette barnet, som sjøl begynner å misbruke rusmidler og begå forbrytelser, er også en av rollene et barn fra misbrukerfamilier kan ta – *Problembarnet*, som skaffer seg oppmerksomhet og en plass i familien. Dette er den mest synlige rolla, den som får oppmerksomhet, tid og engasjement hos sosialtjenesten, barnepsykiatrien, barnehage og skole, samtidig som alle disse instansene, ofte i mangel på kunnskap, overser at atferden er en reaksjon på forholdene i hjemmet.

SEKS ROLLER i familier med rusproblemer:

Klovn
Familiehelten
Det Tause barnet
Problembarnet
Forenkleren
Hovedrolla

Veksler mellom rollene

Men rollene i en slike familier er ikke stabile. Det er ikke nødvendigvis sånn at et barn holder seg til et enkelt atferdsmønster. Samme barn kan veksle mellom ulike roller gjennom oppveksten eller ha flere roller samtidig. Familiehelten kan sjøl få problemer med rusmidler og tidvis være både klovn og helt. Det Tause Barnet kan bli misbruker, være helt på skolen og taus hjemme.

I sin sterkt sjølbioGRAFISKE roman "Månskensligisten" ⁸ har forfatteren Anders Widén skildret et barn fra et misbrukerhjem som tar ansvar for familien samtidig som han er problembarn og syndebukk på skolen. Hver dag leverer og henter romanens hovedfigur, den 14-årige Thomas, lillebroren sin i barnehagen. Hjemme forsøker han å støtte den alkoholiserede mora når hun nok en gang er blitt utnyttet og sveket av en elsker.

Thomas viser aldri hvordan han har det, men inni seg bærer han på et sterkt følelsestrykk av ensomhet, opplevelsen av å være utenfor, frosne følelser og en evig jakt på kontroll over seg sjøl og familiens liv – en jakt som ikke lykkes. Denne mangelen på ytre kontroll vender han innover mot seg sjøl. Han forsøker i stedet å få kontroll over sin egen kropp, sine egne tanker og følelser, ved å trene og stadig jakte på kalorier. Så snart følelsene trenger seg på, utsetter han seg for livsfarlige leker, og fantaserer om å sprengte bort hele Stockholm. Når det ikke hjalp... ”..kom klumpen av gråt tilbake i halsen. Jeg forsøkte å svelge ned tårene, men de steg opp i øynene uansett. Det var liksom ensomt å ligge utenfor en atomreaktor en ville sprengte, og se ut i uendeligheten og forstå at det ikke fantes en eneste en kunne stole på. Egentlig var det så elendig og meningsløst å leve at jeg håpet reaktoren lekket og at jeg ville bli stråleskadd og dø. Det gjorde virkelig ingenting om jeg døde. Det ville bare være skjønt. Uendelig skjønt. Slippe hatet og knulle-energien og uroen som freste som syre i magen. Slippe forsøket på å forstå hvordan en skulle klare seg gjennom. Jeg orket snart ikke å være cool lenger. Men det må en. Ellers går en under.”

Den siste rolla fylles av den av foreldrene som er edru, ofte hustruen. Sharon Wegscheider kaller denne rolla for *Forenkleren* eller *Muliggjøreren*. Rolla gjør det mulig for mannen, å fortsette drikkingen, samtidig som hun kjemper for å kontrollere den. Utad forsøker Forenkleren å være rolig og glad. Hun forneker som regel at familien har problemer og jobber hardt for at ikke noe skal merkes, verken utad eller overfor barna. Hun støtter sin mann i alle situasjoner, men opprettholder og støtter i praksis drikkingen hans ved at han aldri behøver å ta konsekvensene av den. Hun rydder opp etter slagsmål, tørker opp spy og er alltid beredt til å unnskyldte, i håp om at han i ren takknemmelighet for hennes omsorg skal slutte å drikke.

Alt handler om den som drikker

Den første rolla – *Hovedrolla* – i dette familiedramaet er det rusmiddelmissbrukeren som suverent besitter. De andre i familien, som alle på sin måte forsøker å få kontroll over misbrukeren og hans eller hennes drikking, tilpasser livene sine til dennes atferd i slik grad at det til slutt blir en måte å leve og

forholde seg til medmennesker på. Prisen de må betale, er at de glemmer å ta hånd om seg sjøl. Når all interesse kretser omkring alkoholen og den som drikker, kan barna heller ikke utvikle tillit, mener Claudia Black. Når pappa lover en masse, men like ofte glemmer løftene sine, lærer han barna at de aldri kan stole på ham. De kan ikke stole på at han er edru på julaften, at han virkelig vil kjøre dem på fotballkampen eller kommer på skoleavslutninga.

Heller ikke den edrue foreldren er tilgjengelig, ettersom dennes interesse er fiksert på misbrukeren og forsøket på å få han eller henne til å slutte. Barnas følelser og opplevelser blir uviktige ettersom faren eller moren alltid krever all tilgjengelig forståelse og trøst. Når barna aldri føler seg trygge, og siden sårbarheten i utgangspunktet gjør dem åpne for angrep, forsøker de å gjøre seg følelsesmessig uimottakelige. For å beskytte seg kan barnet komme til å stenge av følelsene og dermed evnen til medfølelse, innlevelse og forståelse.

Strever etter kontroll hele livet

Som voksne blir barna fra slike hjem ofte svært rigide og kontrollerende, skriver Claudia Black. Som barn kjempet de alltid for å få kontroll over situasjonen hjemme, men ettersom de aldri lykkes, blir bestrebelsene etter kontroll alltid tilstedeværende i livet deres. De føler at de ikke har kontroll med sitt eget liv, og bærer på en gjennomsyrende følelse av frykt og skyld. De blir ofte avhengig av andre og kan ha vanskelig for å uttrykke følelser. Mange får depresjoner og vanskeligheter med å oppnå virkelig samhørighet med et annet menneske.

Barna er blitt så vant til å spille rollene sine, unnvike dypere følelser og å ta hånd om andre, at det styrer dem i deres relasjoner til andre mennesker og framtidige samlivspartnere. I voksen alder er risikoen stor for at de søker sine egne veier for å finne ro og avslapning. De kan sjøl begynne å drikke, fortape seg i penge-spill, tvangsspise, bli anorektiske eller bli arbeidsnarkomane. De trekkes til andre med alkoholproblemer eller til andre som er vokst opp i hjem med rusproblemer, som uttrykker seg med et "språk" som de har lært seg å forstå og føle trygghet ved. Det gir en følelse av samhørighet. I sin selvbiografiske roman "Et halvt liv" skildrer Kerstin Bergström sin egen oppvekst med en alkoholisert mamma, som førte til et liv med et enormt psykisk press, og med angst, redsel og sjølmordstanker også etter at hun hadde forlatt hjemmet. "Jeg fulgte hele tida et mønster som ga sikkerhet. Menneskene var vanskeligst. En kontakt, et heftig ønske om å komme nær, våge å møte. Men alltid mistenksomheten som beskyttet. Alt var under kontroll. Ingen kjærlighet som gjorde vondt, ikke noe hat som helbredet. Ikke noe sprit, ikke noe stoff, intet "misbruk". Total ærlighet i forestillingen. Noen få øyeblikk av mot, et par redde steg fra veien, men raskt tilbake igjen. Menneskene var vanskeligst. Ingen ting fikk tvinge seg fram og komme til syne. Til slutt var prosessen ferdig, rollen perfekt. Det tok 20 år. Og man må være uekte tvers gjennom for å lykkes."

Barna blir skadet lenge før leveren

”Han forsto det nå. Mamma hadde aldri ramlet ned trappen, og pappas øyne gløder i belgene fordi han stanset ved vinmonopolet hver fredag etter jobb (...) Det hjalp ikke å rydde rommet. Men likevel ble det ikke enklere. Det var lettere da han syntes at mamma var sur og gretten, da han syntes at pappa var best i verden. For det var han jo fortsatt. Når ukedagene kom var han fortsatt den beste. Det var bare det at Jarle ikke lenger var redd for mørket, men for pappa.”



- Fars eller mors lever synes å tåle mye mer enn barnets psykososiale helse. Derfor må vi tørre å snakke med både barna og foreldrene om rusproblemene før barnet blir alvorlig belastet, sier psykolog og fagsjef ved Borgestadklinikken, Frid Hansen. Borgestadklinikken er det kompetansesenteret i landet som har nasjonal spisskompetanse på gravide rusmiddelmissbrukere og familier med barn.

Hansen mener rusmiddelproblemer er et stort tabuområde i vår kultur. - Vi vil helst ikke se den slags problemer. Men skal vi hjelpe barna til rusmiddelmissbrukerne må vi få rusbrillene på, og det første vi må gjøre når vi har fått dem på, er å bryte ned myten om hvem den gjennomsnittlige rusmisbrukeren er. Det er ikke alltid slik at vi kan se på foreldre om de har et rusmiddelforbruk som kan være belastende og vanskelig for et barn.

Tabuet går utover barna

– Det at rusmiddelproblematikken er så tabubelagt i vårt samfunn, rammer foreldre som har et rusmiddelproblem, det rammer oss profesjonelle og det rammer barna. Rusmiddelproblemene blir ofte forsøkt holdt som en hemmelighet eller pseudohemmelighet innad i familien, og det å tabubelegge et problem innebærer at problematikken blir forsøkt usynliggjort. Dermed blir også barnets opplevelser ugyldiggjort.

Frid Hansen forteller videre om barn som i mange år gjennom atferd har vist at de strever med livet sitt. De voksne som står rundt har bekymret seg, noen av barna er blitt henvist til hjelpeapparatet, de har blitt utreda, kanskje fått tilbud av ulike slag, men svært få har spurt dem eller foreldrene deres om barnet opplever problemer knyttet til forbruk av rusmidler.

– Det er altså ikke slik at vi rutinemessig etterspør problemer i voksenlivet knyttet til rusmidler som inngangsport når det handler om å forstå begrunnelser rundt at barn har det vanskelig. Mange barn vokser opp i hjem med rusproblematikk uten at det noensinne blir oppdaga – eller det blir oppdaga alt for seint. Dette har store konsekvenser - konsekvenser både for barna mens de vokser opp og for barnet i voksen alder. Når de blir voksne, er de ofte sterkt prega av en slik barndom. Voksne barn av rusmiddelmissbrukere har økt risiko både for emosjonelle, kognitive, sosiale og psykiske plager sammenliknet med andre voksne.



*Psykolog Frid Hansen, fagsjef ved Borgestadklinikken
(Foto: Sidsel Skotland)*

Det hender sjølsagt at rusmiddelmissbruket i en familie kommer til overflaten ved for eksempel at foreldre sjøl søker hjelp for problemet sitt. Men vi har for lett for å tro at alt blir bra bare misbrukeren får

hjelp med problemet sitt, advarer Frid Hansen. – Omsorgsevne kommer ikke automatisk ved fravær av rus. Derfor er det viktig at barn blir fulgt opp under og også *etter* at behandlinga til mor og far er avslutta.

Smiler for å holde kontakten

Marit Bergum Hansen, tidligere leder for Aline barnevernsenter i Oslo, nå koordinator for Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse, er bekymra for at helseapparatet ikke er i stand til å fange opp små barn som lider under foreldrenes rusmiddelbruk, rett og slett fordi det krever en god del kompetanse for å ”lese” dem. En kompetanse verken helsesøstere eller barnehagepersonell har fått.

Strevet til barna kan nemlig komme til uttrykk med helt motsatt fortegn for ulike barn. – Barn som har eller er i ferd med å få rusrelaterede skader, behøver slett ikke alltid framstå som vanskelige barn. Ofte tvert i mot. Det kan være barn som er veldig sjølstendige fra de er bittesmå. De leker med seg sjøl og gir seg sjøl svar helt fra spedbarnstida.

Bergum Hansen kan fortelle om ettåringer som er fantastisk smilende.

Dette er en forsvarsmekanisme for å kunne takle en veldig ustabil, utydelig og tilfeldig omsorgssituasjon. Barnet smiler for å holde kontakten og for å ha kontroll med den voksne.

At disse barna ikke har det bra, avsløres ofte av stive kjever og skuldre, for det tar på kroppen å måtte ha så mye kontroll når en er så liten.

Må tørre å spørre

For å kunne hjelpe tidligst mulig, må vi våge å samtale med både foreldre og barn også om rusmiddelbruk, når barn viser tegn på at de har det vanskelig, oppfordrer Frid Hansen. Leger og helsesøstere må tørre å spørre om den voksnes forhold til rusmidler når vi har med barn å gjøre som har det vanskelig. Dette må inkluderes som ett av mange spørsmål som det er viktig å få avklart hvis en utreder et barn. Helsestasjonen er også en utmerket arena hvor foreldre med små barn kan ta opp og samtale rundt forbruk av rusmidler og samvær med barn.

– Mange barn vet ikke engang hva som er i veien og trenger voksnes hjelp til å finne ut av det, men det mest slående er hvor mye barna egentlig vet.



Marit Bergum Hansen, koordinator for Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse (Foto: Sidsel Skotland)

Ni millioner barn i Europa?

Sommeren 2006 fikk Kommisjonen i EU overlevert en rapport om alkoholproblemet i Europa, utarbeidet av det engelske Institute for Alcohol Studies. Tittel: ”Alcohol in Europe”.

I rapporten gis det et bilde av hvilke problemer alkohol skaper for velferd og helse i Europa. I den norske oversettelsen av sammendraget av rapporten heter det: ”Alkohol påvirker også familien. 16 prosent av all barnemishandling og omsorgssvikt skyldes alkoholmisbruk. Hele 4,7 millioner – 9,1 millioner barn (6% - 12%) lever i familier som opplever at alkohol påvirker familien negativt.

Om lag 23 millioner europeere er årlig avhengige av alkohol. Den smerte og lidelse dette volder familiemedlemmene, fører til en anslått ikke-målbar kostnad på om lag 68 mrd Euro.”

Her kan en finne den engelske rapporten i sin helhet:

http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm



Hansens terapeutiske valg har alltid vært å arbeide mest mulig sammen med foreldrene om å hjelpe barnet, for det viktigste som kan skje for å rette opp skade, er at en får i gang en positiv prosess mellom foreldrene og barnet.

Mange behandlere synes det er vanskelig å snakke med foreldrene om dette. Foreldrenes egen problematikk står i veien, og behandleren er redd for å støte foreldrene fra seg ved å komme med ting som kan minne om kritikk.

– Men det er egentlig ikke vanskelig å alliere seg med foreldres bekymring for egne barn – for disse foreldrene er også bekymra for barna sine, som andre foreldre er. Det gjelder bare å ikke bli moraliserende, for det hjelper ikke. Ved Borgestadklinikken har vi gjennom mange år inkludert barnet i det terapeutiske rom sammen med foreldre når de strever med rusmiddelproblemet sitt.

Barn av foreldre som har rusproblemer, har en betydelig økt risiko for utvikling av ulike psykiske og psykososiale problemer. Sjøl om bare en av foreldrene har et rusmiddelproblem, er det ingen garanti for at omsorgssituasjonen er godt nok ivaretatt. Den edrue forelderens kan involvere seg slik i misbruket at barnet står i fare for å miste begge foreldrenes støtte og oppmerksomhet.

Ofte viser det seg at den edrue forelderens kan slite med omfattende psykososiale problemer, og dermed trenger hjelp for sin egen del. Derfor mener de ved Borgestadklinikken at å gi god hjelp til den av foreldrene som er edru, muligens er noe av det beste en kan gjøre for å forebygge store vansker for barnet. Frid Hansen understreker at de pårørende kan trenge hjelp for sin egen del. Ikke bare som et ledd i behandlinga av misbrukeren.

Sammen om å skjule skammen



” (...) om han oppførte seg som om alt var bra, fikk han en følelse av at det var det, i hvert fall mens han ikke var hjemme. Det kjentes også bra at ingen kunne se noe på ham. Han følte seg uinntagelig, som et fort.”

– Det må knyttes støttefamilier til kvinner med rusproblemer og barnet hennes helt fra fødselen. En slik ordning vil kunne hindre at barna blir utsatt for omsorgssvikt og stadig flyttinger hvis eller når mora igjen begynner å ruse seg, skriver Aase Sundfær⁹. Hun mener altfor mange barn blir boende altfor lenge sammen med en mor som ingen har oppdaget at har begynt å ruse seg igjen.

Har skjult misbruket

Siden 1985 har Aase Sundfær, som er klinisk sosionom ved Nydalen senter for barne- og ungdomspsykiatri i Oslo, fulgt barna til ei gruppe kvinner med stoff- eller alkoholproblemer. Barna ble født i 1982-83, og gruppa besto i utgangspunktet av 31 kvinner med til sammen 19 jenter og 12 gutter.

– Undersøkelsene mine viser at det er vanskelig for kvinner med tidligere rusmiddelproblemer å holde seg rusfrie gjennom barnas oppvekst.

Sundfær har fulgt barna gjennom barndom og ungdom. Ved første undersøkelse var de to år, ved neste var de åtte, ved tredje femten år og ved fjerde og siste undersøkelse var de tjue¹⁰. Etter siste undersøkelse kan Sundfær rapportere at ungdommene greier seg ganske bra, og mye bedre enn mødrene sine. Utvalget er blitt redusert til 20 barn, og for første gang er det bare barna, og ikke mødrene, som er intervjuet. Alle mødrene hadde fått beholde barnet etter fødsel fordi de hadde greid å slutte med rusmidler i løpet av svangerskapet, men etter hvert som barna ble eldre mistet flere og flere av mødrene omsorgen. Da barna var 16 år var det bare åtte av dem som ikke var kommet til foster- eller adoptivforeldre. De fleste hadde opplevd å bo hjemme med moren som ruset seg i større eller mindre grad. Gjennomsnittlig i sju år hadde barna levd med mor eller foreldre som ruset seg før de fikk ny omsorg. Det viser hvor tabubelagt og skamfullt det er både for den voksne som ruset seg samtidig som hun har barn, og for barnet som hjelper foreldrene med å skjule skammen. Både barna og den voksne har holdt rusmiddelmisbruket i familien skjult, og prøvd å framstille tilværelsen sin mest mulig normal når lærere eller sosialarbeidere har forsøkt å hjelpe. Først når barna kommer i ny omsorg brytes tausheten.



Aase Sundfær, klinisk sosionom ved Nydalen senter for barne- og ungdomspsykiatri (Foto: Anders Ulstein)

Sterk gjennom motstand

Til tross for at de fleste barna hadde vært utsatt for store belastninger gjennom oppveksten, med mange flyttinger, brudd og rusmiddelmissbruk i familien, har de greid seg bra på skolen og i fritiden, med venner og interesser. Fem barn med problematferd på barneskolen kom alle i ny omsorg, bortsett fra en av dem. Langvarig og stabil daglig støtte fra ny omsorgsbasis og relasjon til nye voksne som ikke ruset seg har hjulpet mange av barna. To av de fire jentene som ruset seg som femtenåringer, har greid å slutte. De to jentene som fortsatt ruser seg daglig, har begge vokst opp med rus gjennom største delen av barndom og ungdom.

To gutter og ei jente som var innblandet i kriminalitet i 15-18 års alder, har kommet ut av dette nå. Over halvparten av de unge har gjennomført videregående skole, og de fleste er i arbeid eller under utdanning. De forsørger seg med studielån eller gjennom halv eller hel jobb. Og alle har fast bolig: Enten bor de fortsatt hjemme, sammen med kjæreste eller de bor alene. Det er flere jenter i samboerskap i denne gruppen sammenliknet med befolkningen for øvrig på samme alder.

Ungdommene forteller også om god helse, og de har færre helseplager enn de hadde tidligere. De fleste mener at de er blitt sterke gjennom å ha mestra mye motstand i oppveksten og beskriver seg nå med egenskaper som sosial kompetente, initiativrike og utholdende. Sjøl om mange av barna er blitt forsømt av foreldrene i oppveksten, blir foreldrene nå beskrevet som de viktigste personene som har sett og støttet dem, sammen med foster- og adoptivforeldrene. Sjøl om mange har savnet et vanlig hjem, nyskriver ungdommene historia si og tilfører sin egen oppvekst og sine egne røtter ny verdi. Men de slutter ikke å bekymre seg: Barna fortsetter å bekymre seg for foreldrene, og de prøver fortsatt å hjelpe dem, sjøl lenge etter at de har flyttet hjemmefra.

De fleste av dem drømmer om en bra jobb og en stabil kjæreste, men noen strever med å stole på andre, spesielt i nære venns- og kjærlighetsforhold. Jentene har ikke holdt fast på interessene sine, slik de fleste guttene har.

Har levd for lenge med foreldrene

Undersøkelsen viser at barna har levd altfor lenge med foreldre som har rusa seg, skriver Sundfær. Barnevernet, som ofte bare har vært sporadisk inne i bildet, har ikke lyktes i å bygge opp en allianse med kvinnene. Dermed har flere av barna hatt mesteparten av oppveksten sin sammen med foreldre med et alvorlig misbruk.

For å forhindre at dette skjer, bør kvinner med rusproblemer i svangerskapet sikres stabil og helhetlig støtte helt fra barnets fødsel. Den lokale barneverntjenesten må forplikte seg til en langsiktig støtte i samarbeid med kvinnen.

Rikshospitalet i København har positive erfaringer ved at det knyttes en støttefamilie til den enkelte kvinne og barnet hennes. En slik ordning kunne hindre at barna ble utsatt for omsorgssvikt og stadig flyttinger hvis eller når mora igjen begynner å ruse seg. Det er en viktig oppgave å rekruttere familier som er i stand til å påta seg en slik oppgave over lengre tid. Her ligger det store utfordringer både for det vanlige hjelpeapparatet og for de frivillige organisasjonene.



Økt oppmerksomhet fra myndighetene

Da regjeringen Bondevik II la fram sin Handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008, ble oppfølging av risikoutsatte barn og unge framhevet som en spesielt prioritert oppgave. Det heter blant annet:

2.1.2 Risikoutsatte barn og unge

Regjeringen ønsker å prioritere barn og unge som er særlig risikoutsatte. Barn med alvorlige atferdsvansker og barn av rusmiddelmisbrukere tilhører denne gruppen. Ungdom med innvandrerbakgrunn som har, eller står i fare for å utvikle rusmiddelproblemer, er en annen gruppe som det skal rettes søkelys mot.

Barn og unge med atferdsproblemer

Barn og unge skal i særlig grad beskyttes mot negative konsekvenser av rusmiddelbruk. Barn i faresonen for å utvikle rusmiddelproblemer senere i livet, kan i mange tilfeller pekes ut allerede i tidlige barneår. Utfordringen er å sette inn de riktige tiltakene på et tidligst mulig tidspunkt, men å unngå selvoppfyllende profetier og stigmatisering. Gjennom å reagere på tidlige atferdsavvik kan rusmiddelproblemer senere i livet forebygges og avverges. Metodikk som tar sikte på tidligere intervensjon må utvikles og settes inn overfor denne gruppen. En kombinasjon av foreldretrening og sosial ferdighetstrening har vist å gi gode resultater.

Barn av rusmiddelmisbrukere

Barn og ungdom som har foreldre som misbruker rusmidler lever i en uforutsigbar og vanskelig omsorgssituasjon. Mange opplever at de må ta ansvar for seg selv og andre familie-medlemmer. Rusmiddelmisbruk er ofte et tabubelagt emne, og barna må bære på en vond familiehemmelighet. Det er grunn til å tro at mange ikke blir oppdaget. Det er nødvendig å øke kompetansen i å avdekke hvem disse barna er, og heve kunnskapen i kommunene om de spesielle behovene barn som lever med rusmiddelmisbrukende foreldre har.

”Han så at mamma var skremt, og han hadde den samme dårlige samvittigheten som sist helg, og helgen før der, for han visste hvordan kvelden ville bli når han var ute av døra.”



En mormor til beskyttelse

Den tredje rapporten i Aase Sundfærs undersøkelse ¹¹ forteller om møtet med ungdommene og mødrene deres da ungdommene var rundt 15 år gamle. I den konkluderer hun med at viktige kjennetegn for de barna som hadde klart seg bra, var at mor stort sett hadde klart å leve rusfritt, hadde få psykiske problemer og dermed har fått beholde barnet sitt hos seg. Å få et forhold til en rusfri mann som hadde støttet henne i oppdragelsen av barna, bidro godt til rusfriheten.

Nært forhold til mormor beskytter

Et annet viktig kriterium var et godt familienettverk, og spesielt at kvinnen hadde en mor som var nær. Støtten herifra hjalp kvinnene til å holde seg unna rus, men mormor var også en ressurs for barnet der mor i perioder hadde tilbakefall.

De barna som på dette tidspunktet klarte seg best – både av de som fortsatt bodde hos biologisk mor og de som bodde i foster- eller adoptivhjem – var de som hadde vært minst utsatt for rus og brudd i familien. I Sundfærs utvalg hadde nemlig flere av de barna som hadde vokst opp i foster- eller adoptivhjem, opplevd skilsmisser enn de barna som hadde vokst opp hos biologisk mor. Men også fordi de barna som bor i fosterhjem ofte fortsetter å følge med i moras liv – bekymrer seg for henne, og passer på – blir en fosterfamilie bare en delvis beskyttelse.

Positivt sjølbilde

De to første gangene forskeren hadde kontakt med barna, altså da de var to og åtte år gamle, så det ut til at de klarte seg bra – de fungerte som ”vanlige” barn. Men ungdomsårene gjør sårbarheten mer synlig.

Barn tåler mindre forandring, og spesielt overgangen til ungdomsskolen og ny lærer er tøff for mange. Mange av dem har hatt behov for psykologisk oppfølging, og de fleste strevde med konsentrasjonen i skolefag. Nesten alle hadde hatt behov for spesialtilpasset opplegg på skolen. Likevel hadde nesten alle sammen et positivt forhold til skolen, og de hadde middels gode prestasjoner. Bare tre kunne karakteriseres som ”skolesvake”, mens én var spesielt ”skolesterk”. Når det gjelder ordens- og oppførselskarakterer hadde alle, bortsett fra tre, den best oppnåelige – God. Ingen var kriminelle, og bare en av ungdommene hadde rusproblemer på dette tidspunktet. Dette til tross for at de debuterte tidligere med alkohol enn andre ungdommer, flere hadde prøvd hasj og flere hadde noe erfaring også med annen narkotika.

Et slående trekk var at arbeidsinnsats og yrkesambisjoner var over middels sammenlignet med annen ungdom i sin klasse.

Med få unntak vurderte de også seg sjøl mer positivt enn andre ungdommer med hensyn til å være populære, bli likt og evne til å skaffe seg venner. Sundfær sammenligner her egne funn med den store Ungdomsundersøkelsen fra Oslo som ble offentliggjort i 1998.



Den ene som ser

Finnes det én person der som ser deg ekstra godt og følger deg over tid, øker oddsene for å klare seg her i verden betydelig.

Den betydningsfulle andre

For mange av ungdommene som Aase Sundfær fulgte, fortsatte livet å være vanskelig og fylt av bekymringer, også for de barna som fikk nye hjem eller nye omsorgspersoner. Men Sundfær gjør samtidig en viktig oppdagelse: De som har hatt noen betydningsfulle andre der, noen som har gitt dem omsorg og kontinuitet, lettere har mestra sine egne liv.

Mye av den samme historia kan Torill Tjelflaat og hennes medforskere fortelle ¹² etter at de hadde studert unge voksne som mellom 1993 og 98 var blitt skrevet ut av barnevernsinstitusjoner i Sør-Trøndelag): Når de unge forteller om noe positivt fra barnevernsinstitusjonen, handler det for mange om kontakten med en enkelt ansatt. Det var dét som var det betydningsfulle. Denne personen var ikke alltid den særkontakten de hadde fått ”tildelt”. Det var like ofte en av de andre ansatte. Tjelflaat viser også til annen forskning som forteller det samme: En god kontakt med en ny voksenperson kan kompensere for tidligere negative opplevelser fra mellommenneskelige forhold og bidra til større tillit til voksne generelt.

Kanskje skal en av barnevernets aller fremste oppgaver være å hjelpe barnet til å finne denne ene – innen familien, i barnets nettverk (hvis det finnes noe..) eller hvis noe annet er umulig, i egne rekker?

Vi må bry oss!

– Ikke alle som trenger hjelp er synlige, ikke alle som trenger hjelp ber om det, og mange av de som trenger hjelp er ikke så lette å hjelpe. Men vi må bry oss – også om dem som ikke er så tilgjengelig for omsorg. Sjøl ganske traumatiserte barn kan få et mye bedre liv bare av at noen ser dem og det de sliter med, sier Trine Waaktaar, psykolog ved Nic Waals Instituttet. Hun har gjort en doktorgradsstudie innadfor det komplekse feltet ”resiliens” - det som har med beskyttelsesfaktorer og evnen til å hente seg inn igjen etter kriser og traumatiske opplevelser ¹³ å gjøre.

– Vi ser at hvem vi er sjøl har stor betydning for det vi skaper rundt oss. Og hvordan vi tar tak i verden og hvordan vi klarer å nyttegjøre oss de beskyttelsesfaktorene som finnes eller eventuelt blir tilbudt, er til og med til dels genetisk bestemt, forteller hun.

Formålet med doktorgradsprosjekt var å finne ut om og i hvilken grad miljøpåvirkninger, negative så vel som positive, er i stand til å forårsake endringer i et menneskes utviklingsløp gjennom ungdommen. Hva gjør at folk klarer seg dårlig, og hvilke faktorer gjør at folk klarer seg bra, når utgangspunktet er at de har eller har hatt store belastninger i livet.

Det Waaktaar blant annet fant var at endringer i utviklingsprosesser består av et svært komplekst samspill mellom personlige (inkludert psykologiske, biologiske, og genetiske) faktorer og miljømessige faktorer. Oftest er det barn som har problemer helt fra fødselen av, som får store problemer seinere i livet. Ellers var det vanskelig gjennom en slik undersøkelse å avdekke noen enkle årsak/virkning-forhold, understreker Waaktaar.

– Det er så veldig komplekse sammenhenger her, og vi mangler gode mål for å fange opp så stor kompleksitet.

Likevel mener Waaktaar, i likhet med Sundfær og Tjelflaat, at det er dekning for å kunne si at det kan

være avgjørende for hvordan et barn klarer seg på tross av store belastninger, at det er én person i barnets omgivelser som ser det og som bryr seg.

– Den generelle resiliensforskninga viser dette, sjøl om det er vanskelig å dokumentere det statistisk. Det er vanskelig å måle endring når det gjelder disse forholdene - vanskelig å finne de objektive og ”vitenskapelige” endringsmålene som fanger opp dette vi altså finner gjennom erfaring og i klinisk praksis. Derfor blir dette til sjuende og sist et etisk spørsmål som handler om hvordan vi vil være mot hverandre i et samfunn.



Hvor mange?

Som tittelen på dette heftet indikerer: Vi vet ikke hvor mange barn her i landet som plages av foreldrenes alkoholproblemer. Dette er i stor grad et skjult problem. Og det er et problem som arter seg på mange måter og har mange årsaksfaktorer. Derfor er omfanget på problemet vanskelig å tallfeste.

Høyt alkoholforbruk over lang tid hos en far eller mor vet vi rammer familien hardt, og mindreårige er mest sårbare. Ut fra det vi vet om alkoholforbruket i den voksne befolkningen, må vi anta at mange tusen barn får år av sin oppvekst sin ødelagt av foreldres vedvarende drikking. Men vi vet også at enkelttilfeller av berusning og fyll hos en far eller mor kan bli opplevd som vanskelig og truende for små barn. I denne alderen trenger barn mest av alt trygge rammer og forutsigbarhet fra sine nærmeste.

Det har vært gjort forsøk på å beregne antallet barn som lider av voksnes alkoholproblemer. I dette heftet har vi valgt å ikke bruke noe konkret tall på grunn av alle usikkerhetsmomenter i slike beregninger. Det dreier seg uansett om mange tusen barn, og ett barn som lider, er ett for mye. Og det er mange nok barn som lider på grunn av alkoholproblemer i familien til å rettfærdiggjøre fokus på problemet og et hjelpetilbud til dem som trenger det.

De sviktede barna



*”Når Jarle har klaget over noe, har pappa ofte sagt at, ja, du kan stå der å klage, men det kommer ikke til å hjelpe.
Pappa har rett i det.
Det gjelder å holde munn.
Som mamma gjør. For da blir ikke pappa så sint.”*

– Det er antakelig flere tiltalls tusen barn i Norge som lever med foreldres rusmiddelmissbruk og lider av det ¹⁴, men tallet er vanskelig å anslå presist. I og med at bagatellisering og benekting er veldig vanlig når det gjelder rusmiddelmissbruk i familier med barn, er også mørketallet på barn som lider under dette antakelig svært stort, tror Arnold Lexander, prosjektleder for Trygg Oppvekst.

Samarbeider om bagatellisering

– Tidlig på 80-tallet uttalte Oddfrid Løvdal, daværende ledende psykolog ved Borgestadklinikken: ”De barna vi skal snakke om blir i litteraturen betegnet som de ”glemte” barna. For å glemme noe må man vite noe. Jeg ønsker å bruke betegnelsen ”de sviktede barna” - fordi det er sjeldent at ikke noen voksen har visst om dem. Men de *ville* ikke vite, våget ikke å gjøre noe”, forteller Lexander. – Dette var erfaringer jeg sjøl også hadde gjort gjennom mitt arbeid innafor rusomsorgen, og det var med på å øke mitt engasjement overfor denne gruppa. Løvdal snakket om bagatelliseringen og bortforklaringene som gjorde det særdeles vanskelig å nå frem.

Dette med barn er vel det mest tragiske ved hele rusproblematikken fordi barna også sjøl benekter og bagatelliserer sin egen smerte. Barn blir ofre for de voksnes lidelse. Hvor mye eller hvor lite er mindre interessant. All bruk av rusmidler som får foreldre til å flykte fra barna sine mentalt eller fysisk, er skadelig for barn. Det er viktig at man erkjenner at et rusproblem ikke ”bare” er et personlig problem, men at det her er snakk om en familielidelse, fortsetter Lexander.

Han ser at det er mange som samarbeider om bagatelliseringen: Barna som lever i disse familiene bagatelliserer det, den andre forelderens bagatelliserer det, hvis det finnes to foreldre der.

Rusmiddelmissbrukeren sjøl bagatelliserer, og hjelpeapparatet bagatelliserer. Det er altså flere skott som må brytes for å få synliggjort denne gruppa av barn som lider.

– Rusproblematikken er vårt lands største helse- og sosialproblem. Som samfunn aksepterer vi at rusen får sånne konsekvenser for barn. Hvilke andre ting ville samfunnet ha tolerert at ødela så mange barns liv?

Hvorfor har vi denne tilbakeholdenheten i forhold til problemene rus skaper? Lexander har sett så mange av disse ofrene for andres rusmiddelmissbruk, og han slutter aldri å være opprørt over hvor lett samfunnet tar på dette. Sjøl har han jobba med misbruksproblematikk siden 1986. Da starta han og en venn nattkafé i Halden – i privat regi. Etter hvert fikk de penger av anonyme foreldre som var bekymra for ungene sine.

– Det var mange ungdommer som kom, og vi oppdaga mye forkomne barn og unge. Det var gjennomgående et høyt alkoholforbruk, og det var eksperimentering med andre stoffer. Mange ungdommer deltok også i driften av kafeen. Så stor var interessen at det etter hvert måtte settes opp arbeidslister så alle som ønska det fikk være med å jobbe.

– Vi hadde bare samtale å tilby, og følte oss ofte litt utilstrekkelige, men for mange var nok akkurat disse samtalene viktig.

Lexander ble etter hvert spurt om han ville jobbe med rusproblematikk i kommunen, og i åra som har gått etter det har han jobba med denne problematikken i de fleste av dens fasetter – fra forebygging på barne- og ungdomsnivå til oppfølgingstiltak for metadonbrukere.

– Jeg ble mer og mer bevisst at bak mange av misbrukerne står det barn som lider, men som er ganske usynlige. Barn som ikke snakker om det de opplever, både fordi de rett og slett ikke forstår hva de opplever, men også fordi det er så skamfullt og fordi barn er så lojale mot sine betydningsfulle nære. Med utgangspunkt i denne interessen ble Arnold Lexander på midten av 90-tallet engasjert av IOGT's Juniorforbund for å utvikle et prosjekt for å hjelpe disse barna til å bli synlige – et engasjement som har resultert i forebyggingsprosjektet Trygg Oppvekst.



Opplevelse av sammenheng



”Han så det på dem, at de ikke var fornøyd med han, det var selvsagt derfor mamma var så sur, det var derfor øynene til pappa blinket som månelyse tjern, det var derfor pappa gikk oppe om nettene og dro kasser over gulvet. Jarle forsto at det var hans feil. Han gjorde ikke ting rett.”

Helt sentralt i Trygg Oppvekst-prosjektet og en del andre forebyggingsprogrammer står arbeidet og tankene til den amerikansk-israelske sosiologen Aaron Antonovsky. Antonovsky er opptatt av hva det er som skaper følelsen av mestring hos mennesker. Hvilke faktorer er avgjørende for om vi klarer oss gjennom fysiske og psykiske utfordringer og kriser? Han finner at opplevelsen av sammenheng i tilværelsen, den enkeltes stressfaktor samt en faktor han kaller ”generelle motstandsressurser”¹⁵, er helt sentrale elementer i dette.

Begripelighet beskytter

I 1979 formulerte Antonovsky det han kalte den salutogene modellen i boka Health, Stress and Coping. Dette er en modell som ikke på noen måte har gått ut på dato, og som blir brukt også av dagens resiliensforskere, blant annet av Trine Waaktaar som er omtalt side 22 i denne rapporten. Ut fra en patologisk synsvinkel forsøker en å forklare hvorfor mennesker blir syke. Fra en salutogen synsvinkel derimot, stiller en spørsmålet om hvorfor mennesker klarer seg igjennom til dels ganske store fysiske og psykiske påkjenninger (stressbelastninger) uten å bli syke eller skadet. Antonovsky trekker fram ”følelsen av sammenheng” som en svært viktig faktor i dette. Denne følelsen av sammenheng knytter han til de tre komponentene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Begripelighet handler om i hvilken grad en opplever indre og ytre stimuli som forståelige, fornuftige og sammenhengende – at det som oppleves kan forklares. Håndterbarhet handler om at en sjøl, eller noen en stoler på, har ressurser tilgjengelig til å ta tak i en situasjon og gjøre noe med den. Med følelsen av håndterbarhet kjenner en seg ikke så lett som offer for omstendighetene eller som urettferdig behandlet av livet. Den tredje komponenten, meningsfullhet, handler om av å være delaktig – om å være engasjert i noe, være aktør i eget liv.

Hvis en har tillit til at ens indre og ytre verden er forutsigbar og at det finnes en høy sannsynlighet for at ting kommer til å gå så bra som en forventer, er mulighetene for at en klarer seg igjennom psykiske og fysiske kriser betydelig større enn dersom en opplever verden som kaotisk, uoversiktlig og uforutsigbar. Den som opplever at alt som rammer en er skjebnebestemt, at en er den fødte ”ulykkesfugl” og rammet av meningsløse hendelser som blir helt ubegripelige, vil være dårligere beskytta. De tre komponentene er i følge Antonovsky uløselig sammenknyttet, men ikke identiske med hverandre. For

Opplevelse av sammenheng

- Begripelighet
- Håndterbarhet
- Meningsfullhet

en kan lett tenke seg tilfeller hvor en kan være plassert høyt på én komponent, men lavt på en annen. Han bruker middelklassens hjemmeværende hustruer som eksempel på det: De vil nok plassere seg høyt på både begripelighet og håndterbarhet, men kanskje ikke fullt så høyt på komponenten meningsfullhet.

Stressfaktorer

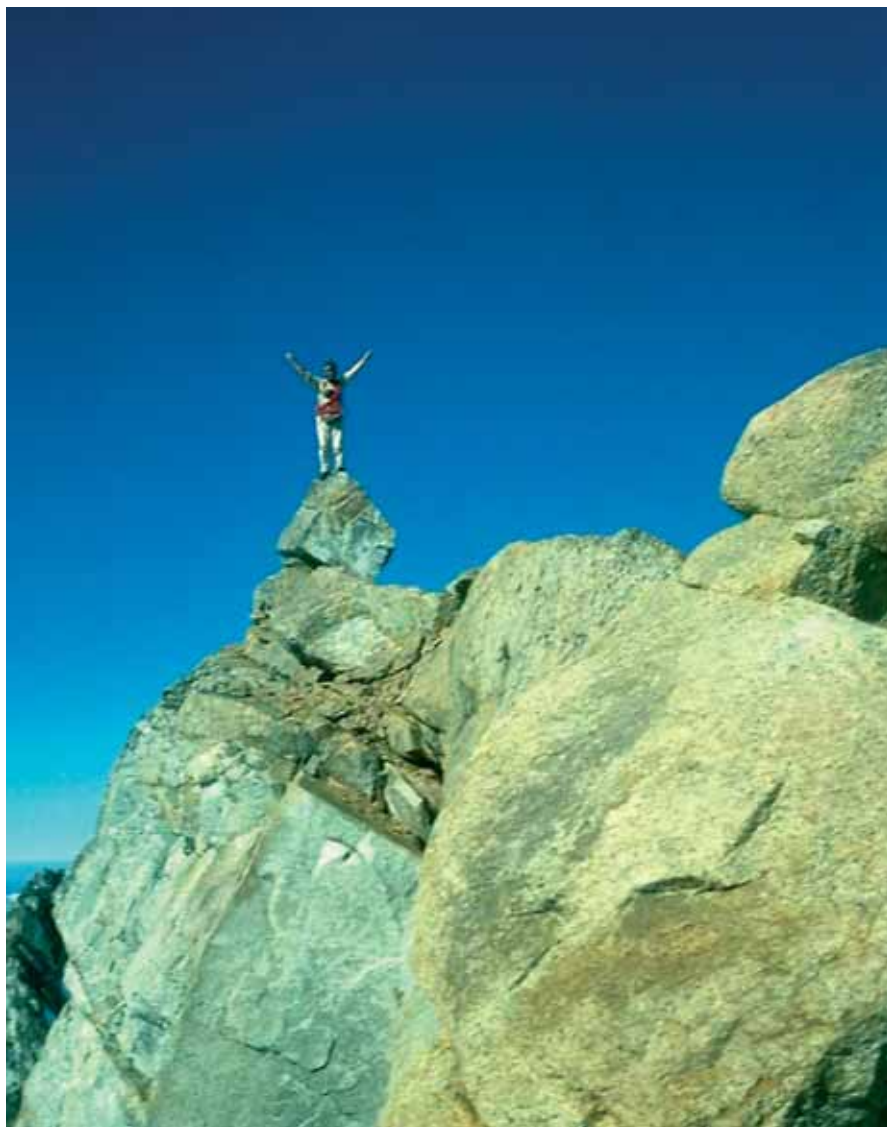
I tillegg til disse tre komponentene er mestringsfølelse, i følge Antonovsky, også knytta til de stressfaktorene den enkelte er utsatt for. En opplever altså ikke nødvendigvis en sterk mestringsfølelse sjøl om en opplever livet som begripelig, håndterbart og meningsfullt, dersom stressfaktorene er sterke.

I modellen sin opererer Antonovsky med tre stresskategorier: Kroniske stressfaktorer, viktige livshendelser og dagsakutte ubehageligheter.

Et eksempel på slike stressfaktorer kan være en ungdom som kommer fra en familie med meget dårlig økonomi (kronisk stressfaktor), foreldrene skiller seg uventet (vesentlig livsbegivenhet) og han blir utsatt for ufine kommentarer fra at par klassekamerater (dagsakutte ubehageligheter). Hvordan denne ungdommens evne til mestring utvikler seg, under dette knippet av stressfaktorer, er avhengig av motstandsressursene hans.

”Generelle motstandsressurser” er altså den tredje mestringsfaktoren i Antonovskys modell. Han mener alle mennesker har motstandsressurser, og at det er viktigere å framheve de faktorene som demper eller fjerner stressfaktorene framfor å konsentrere seg om symptomer og problemer.

De generelle motstandsressursene kan være sosial støtte, som denne mormoren som trer støttende til, eller ”den ene som ser” som vi har skrevet om andre steder i dette heftet. Det kan også være for eksempel penger, jeg-styrke og kulturell stabilitet. Det alt dette har til felles, mener Antonovsky, er at det bidrar til å gjøre det stresset som vi stadig bombarderes av, mer begripelig.



Trygg Oppvekst skal gi tryggere oppvekst

Det å oppnå følelse av sammenheng og å oppleve seg sjøl som aktør i eget liv er grunntanken bak forebyggingsprogrammet Trygg Oppvekst. Og prosjektets ”far” Arnold Lexander er sterkt influert nettopp av Aaron Antonovsky. Tanken om generelle motstandsressurser og salutogene faktorer er helt sentrale elementer i Trygg Oppvekst.



Arnold Lexander, prosjektleder for Trygg Oppvekst (Foto: Marit Rasten)

Høgskolen i Østfold og Østnorsk kompetansesenter for rus- og avhengighetsspørsmål og kom i første utgave i 2000. Programmet ble revidert i 2002. Utviklingsarbeidet for Trygg Oppvekst har gjennom flere år vært støttet økonomisk av Rusmiddeldirektoratet og Sosial- og helsedirektoratet.

I 2003 til 2005 ble programmet systematisk utprøvd, og altså evaluert, i seks kommuner i fylkene Oppland og Østfold. Det ble satt i verk i 13 skoler – fire ungdomsskoler, ni barneskoler, og det ble gitt seks dagers opplæring til 73 prosessledere.

Vekten i opplegget legges på psykisk helse og livskvalitet, og det rusforebyggende elementet er ment å komme som en naturlig forlengelse av dette.

Formålet med programmet er å bidra til kompetanseheving blant barn og unge og foreldrene deres, slik at de kan oppnå en bedre mestring i hverdagen, forteller Lexander.

Elevene blir samla i grupper på seks til åtte personer og møtes til åtte samlinger à ca to timer. Samtalene er temastyrt og ledes av to voksne prosessledere. Temaene som lå i programmet i evalueringsperioden var åpenhet og kommunikasjon, tanker og følelser, forsvarsmekanismer, sjølbilde, vennskap og identitet, samliv og seksualitet, rusmiddelbruk og avhengighet samt familie. Parallelt med gruppene arrangeres det

Er ikke behandling

Trygg Oppvekst ble i 2005 evaluert av sosiolog Ulf Dahl ved Høgskolen i Østfold¹⁶. Han konkluderte med at programmet bidrar til nettopp dét: til trygg oppvekst. Det bidrar til endring i positiv retning både når det gjelder innsikt og forståelse, positive følelser og psykisk velvære, sjølfølelse og mestring hos deltakerne. Disse endringene finner ikke forskeren igjen hos kontrollgruppa. Han finner heller ingen endringer i negativ retning hos deltakerne i Trygg Oppvekst.

Prosjektleder Arnold Lexander understreker at programmet ikke er et behandlingssopplegg mot speielle grupper, men et modningsprogram retta mot alle barn i alderen 12-14

år. Det er utvikla gjennom et samarbeid mellom IOGTs Juniorforbund,

egne treff for foreldrene. Disse treffene har også et strukturert innhold.

Evalueringa viser at der hvor programmet har vært mest mulig integrert som en del av skolens årsplan for trinnet, har det også vært mest vellykka.

Den subjektive opplevelsen

Kongstanken bak Trygg Oppvekst er å hjelpe barn og unge til å få språksatt dette indre landskapet, sier Lexander, og viser til sosiologen Aaron Antonovsky. Hans tese er at forståelse og følelse av sammenheng er en viktig beskyttelsesfaktor mot sykdom, at dette er helsefremmende både psykisk og fysisk.

– Språket og følelsene er en slags kompassnål når det gjelder forholdet til oss sjøl og hverandre. De er grunnlaget for å forstå sammenhenger og å begripe det som skjer rundt oss. Blir følelser holdt tilbake, mister vi både opplevelser og uttrykksevne, for følelser inneholder viktig informasjon. Trygg Oppvekst ønsker å gi barn og unge et kart og et kompass, slik at når uværet kommer skal de ha noe å hjelpe seg med, slik at de finner veien tilbake.

Dette er også et viktig hjelpetiltak for barn som lever i familier med rusproblemer. Uten ”kart og kompass” vil både den edrue forelderen og barnet være mest opptatt av å dempe konfliktene og bagatellisere misbruket. Med dét utgangspunktet blir det viktig nettopp å ikke sette noe språk på det som skjer. For det skjer jo egentlig ikke noe særlig... Opplevelser og følelser blir usynliggjort og ugyldiggjort – og det blir tabu å snakke om dem. Til slutt blir hele barnet ganske usynlig.

Den viktigste oppgaven til Trygg Oppvekst er å skape ”gyldiggjøringsspiraler”. Barnas subjektive opplevelser skal tillegges betydning og bli tatt på alvor. Lexander refererer til Haldis Leira som sier at i noen tilfeller kan det se ut som om tabuet har en sterkere traumatiserende effekt enn selve traumet. Hun mener at ugyldiggjøring nesten alltid er kjernen til psykiske problemer¹⁷.

I samtalene med barna i Trygg Oppvekst bruker Lexander ofte et isfjell som illustrasjon og som utgangspunkt for samtalene som har til hensikt å gyldiggjøre tabuene. – Det vi ser hos de andre og det vi forteller hverandre, er den delen av isfjellet som er over vannoverflata. Men hva er under overflata – hva er det dere ikke snakker om, hvor mye av isfjellet er under overflata, spør jeg. De behøver ikke svare høyt hvis de ikke har lyst, men det er viktig at de tenker litt på det. Så oppfordrer jeg elevene til at dersom det er noe under overflata som begynner å styre livet deres, sånn at de for eksempel lar være å gå på skolen eller unngår å gå bestemte steder eller treffe bestemte mennesker, da må de snakke med noen om det. For det er det språkløse som er det mest destruktive.

Et språk for følelsene er viktig for alle

Utgangspunktet da IOGTs Juniorforbund i sin tid gikk i gang med å utvikle Trygg Oppvekst, var kunnskap om de spesielle som behovene barn i misbrukerfamilier har. De dårlige sjølbildene, ensomheten og lojaliteten til foreldrene, den tapte barndommen og skylden og skammen knytta til tabuene og opplevelsene uten språk. Faggruppa som deltok i utvikling av prosjektet visste også hvor vanskelig det var å finne barna som lever i familier med rusproblemer..

Etter hvert under utviklingsarbeidet ble det klart at mange av de behovene som denne utsatte gruppa har, er allmenne behov som store deler av barne- og ungdomsgruppa har, kanskje alle, når det kommer til stykket. En allmenn erfaring er at mennesker som kan sette navn på viktige ting, som kan tenke, fungere sammen med andre og som har en grei oversikt over sitt eget indre, kan tåle mye motgang og problemer. De kommer bedre gjennom kriser og utfordringer og står dermed bedre rusta mot å havne i et avhengighetsforhold til rusmidler.

– Vi møter mange unge som finner rusen som en form for sjølmedisinering når de ikke finner andre løsningerforteller Lexander.

Dermed ble målsettingen for Trygg Oppvekst endret fra å lage et program for en avgrensa gruppe til å lage et program som kunne være nyttig for alle. Målet ble å utvikle en metode som kunne brukes som et generelt forebyggingsprogram i skolen. Det vokste samtidig fram en erkjennelse av at ved å henvende seg til alle elever i en gitt gruppe, ville det også være lettere å nå de ”usynlige barna”.

– Det er viktig å få samtalt med alle barn og unge om hverdagslige fenomener som vi gjennomlever,

både de som vi opplever som gode og de litt mer kronglete. Og det er den subjektive opplevelsen som skal få spillerom. Men mange barn har opplevd å bli straffa for åpenheten sin. Det får konsekvenser for sjølforståelsen, og det er perspektiver det er viktig å ta med inn i samtalegruppene vi har, sier Arnold Alexander.

Når det gjelder misbruk av rusmidler, understreker Alexander at også dette er svært subjektivt og må være gjenstand for ganske nyansert behandling under samtalen.

- For når foregår det misbruk i hjemmet? Skal en ta utgangspunkt i hvordan barnet opplever det, eller hvordan de som bruker rusmidler definerer det? Eller kanskje hvordan noen andre utenfor definerer det? Skal innslagspunktet for hva en kaller misbruk være når barnet synes det er ubehagelig? Og er barnet alltid seg bevisst ubehaget – eller hvor det stammer fra? Og vil ikke barn oppleve dette veldig ulikt – hva som er ubehagelig atferd hos foreldrene?

Undervisning som verktøy

Arnold Alexander tror på undervisning som verktøy både overfor barna, rusmisbrukeren og andre pårørende. Da blir det lettere å forholde seg til denne type personlige og følelsesladde spørsmålstilinger. For med en samtalemetode som Trygg Oppvekst kommer en ikke så ”tett på” den enkelte i utgangspunktet. Det blir ikke så direkte, og det kan åpnes opp dører uten at adressaten går i forsvar. – Undervisning og generell samtale kan gjøre det lettere å komme igjennom murer. Det kan sette i gang viktige prosesser, og prosessene kan komme i gang uten å være avhengig av en terapeut. Terapi kan rett og slett bli for konfronterende i første omgang, for eksempel for barn som har holdt dette for seg sjøl kanskje i årevis. Det blir for personlig og nært når en skal starte med å snakke om personer hjemme. Da er det greiere at det handler om ”noen andre” først.

Selv om Trygg Oppvekst ikke er og heller ikke skal være noe behandlingsopplegg, skal prosesslederne forsøke å fange opp spesielle behov hos deltakerne underveis. Slike tilfeller blir fulgt opp spesielt, f.eks. først gjennom en individuell samtale etter gruppemøtet. Siden kan prosesslederen eller andre ved skolen kople han eller henne til andre hjelpetilbud eller henvise videre til andre instanser hvis nødvendig. For bedre å kunne følge opp de elevene som viser seg å ha spesielle behov, utover de vanlige samtalegruppene, har IOGTs Juniorforbund og Høyskolen i Østfold det siste året utvikla en videreføring av programmet: ”Forsterket Trygg Oppvekst”. Dette handler om å etablere systemer og gjennomføre tiltak som er tilpasset elevene som ser ut til å behov for ekstra oppfølging.

Ingen bare ”er sånn”

Arnold Alexander tror ikke at mennesket har et ”privat rom” som er upåvirket av verden utafor.

– Dette rommet blir så absolutt påvirket – særlig av mytene. For eksempel kan metadonbrukere jeg snakker med, fortelle at det var samtalen om rusen som ødela rusen for dem. Rusen ble avmystifisert, ble rokket ved grunnfjellet.

Han mener samtalen inn i det private rommet betyr mye, særlig for barn. – Uten å få hjelp til å snakke fra dette rommet, blir en utrolig ensom. En blir alene med sine problemer. Mangler følelsene språk, får verken personen sjøl eller noen i omgivelsene tilgang til dem. Da blir refleksjon umulig, og også endring blir umulig.

Men åpner en opp for refleksjon, er endring mulig – både endring av situasjoner og endring av mennesker. Det er Alexanders klokkertro etter å ha arbeidet med Trygg Oppvekst snart et tiår..

– Vi aksepterer rett og slett ikke at folk sier ”jeg bare er sånn” eller ”det bare er sånn”. Det går an å omstrukturere seg som menneske. Det er riktignok mange som synes det er skummelt, på tross av at de kjente strukturene er dysfunksjonelle. Det blir som Gallileis kikkert: maktpersonene turte ikke se i den – de var redd for å få verdensbildet sitt endra. Og det er bedre å være i et kjent helvete enn i en utrygg himmel.

”Jarle synes nesten det var skumlere hjemme nå enn før. Han kunne ikke bli kvitt følelsen av at det snart skulle begynne å tordne. Han syntes denne merkelige stemningen, der ingen var tause, der alle bare snakket rolig og snilt, var et eneste stort stormvarsel.”

Både misbrukeren sjøl og de pårørende må få hjelp til å se i denne ”kikkerten”, sånn at det blir mulig å endre den dysfunksjonelle atferden.

Lexander har sett mange eksempler på at barn av misbrukere ofte blir gode miljøarbeidere – de har analysert relasjoner og kjent på stemninger et helt liv. Å vokse opp i en familie med rusmiddelmissbruk er en god skole i empati.

– De må ha noen å bære, for det er det de kan. Men de blir ofte dårlige til å ta vare på egne interesser og til å stille krav på egne vegne. Og hvor god er en egentlig da som hjelper? For en som stiller for få krav, som setter for få grenser og som synes for mye synd på, blir fort en som hjelper til å opprettholde det dysfunksjonelle. Dermed kan en lett falle inn i rolla fra barndommen: å være en av rusmiddelmissbrukerens allierte.

En misbruker trenger nemlig alltid allierte for å opprettholde misbruket – noen som dekker over, unnskylder, unnlater å stille krav. Den mest vanlige allierte er ektefellen, barnet, sosionomen eller psykologen. Bare det å tilhøre gruppa ”rusmiddelmissbrukere” gir i seg sjøl noen rettigheter som kan være destruktive.

De uløselige dilemmaene

Dette er dilemmaer som er gjennomgående i arbeidet med rusproblematikk, sånn Lexander ser det.

Det å bli behandla som gruppe, som for eksempel ”rusmiddelmissbruker” eller som ”barn av en rusmiddelmissbruker”, gjør at en blir synlig. Det gir rett til å stille krav, men det skaper også stigmatisering som gir rettigheter og forventninger som kan være direkte uheldige. Så sjøl om Lexander er en av de fremste i kampen for at misbrukerfamilier skal bli synliggjort som gruppe, er han også den første til å se de uheldige sidene ved denne ”gruppe-gjøringa” og stigmatiseringa som følger med.

Trygg Oppvekst

TRYGG OPPVEKST
Et modningsprogram for barn og unge

- var opprinnelig tenkt som hjelp for barn av rusmiddelmissbrukere
- ble under utviklinga til et generelt modningsprogram retta mot unge mellom 12 og 14 år
- ble starta opp første gang i 2000 og revidert i 2002
- ble testet i et pilotprosjekt i Oppland med kommunene Nord-Fron, Øyer og Gjøvik, og i Østfold med kommunene Hobøl, Våler og Sarpsborg
- har blitt utprøvd på 13 skoler
- har hatt ca 700 unge som deltakere
- har skolert 73 prosessledere
- er et samarbeidsprosjekt mellom IOGTs Juniorforbund og Høgskolen i Østfold.
- har mottatt økonomisk støtte fra Rusmiddeldirektoratet og Sosial- og helsedirektoratet siden slutten av 90-tallet
- har blitt støttet økonomisk og faglig av Østnorsk kompetansesenter for rus og avhengighetsspørsmål over en treårsperiode
- ble evaluert i 2005 av Høgskolen i Østfold

– Det er ikke sånn at du er ”sånn og sånn” hvis du er barn av en rusmiddelmissbruker. Det eneste klare særpreget de har felles, er at rusmiddelmissbruk skaper mer uforutsigbarhet enn de fleste andre ting. Og vi må holde fast ved at det er mange som har vokst opp i rusfamilier som klarer seg bra. Samtidig er det å klare seg bra ikke det samme som å ha det bra. – Derfor kan det være viktig å kikke litt på drivkraften og motivasjonen bak at personen har kommet dit en er, men på den annen side: En blir aldri så gammel at en ikke kan skylde på en dårlig barndom.

For ikke å gå i den fella må en være bevisst på at en bruker bakgrunnen sin først og fremst som en forståelseshorisont, ikke som en skjebne det ikke går an å fri seg fra.

– I enkelte av de voksengruppene jeg jobber med, tenner vi et bål og ”kaster” inn i bålet det vi ikke har bruk for, det vi er ferdig med og skal legge bak oss. Hvis du ikke kan bruke det til noe annet enn å opprettholde dysfunksjonell atferd, så legg det bak deg! Det er en god regel. Men først må frykten for å ta det hele og fulle ansvar for sitt eget liv overvinnes. Det kan ta tid.

Hjelpetilbudet: Tilfeldig og lite helhetlig

Det mest slående med dagens tilbud til barn av rusmiddelmisbrukende foreldre er hvor tilfeldig og lite helhetlig det er bygget opp. Hva slags tilbud barnet og familien har tilgang til, avhenger av hvor i landet de bor.

Slik konkluderer SIRUS-forskerne Bjørn Solbakken og Grethe Lauritzen etter sitt forsøk på å kartlegge tilbudet til disse barna. De mener vi står overfor en stor utfordring når det gjelder å øke oppmerksomheten på denne gruppa for å kunne identifisere barnas og familienes behov for hjelpe- og behandlingstilbud.

Har kartlagt tilbudene til barna

I begynnelsen av 2006 kom SIRUS (Statens institutt for rusmiddelforskning) med rapporten ”Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer”¹⁸. Dette er en oppfølging av rapporten ”Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer”, som kom i slutten av 2005. I undersøkelsen har forskerne altså forsøkt å kartlegge tilbudene til barn av rusmiddelmisbrukere, utover de institusjonene hvor barn er innlagt sammen med foreldre. For å kartlegge tilbudene sendte de ut et omfattende spørreskjema til relevante instanser: alle landets helsestasjoner, barnevern- og sosialkontor, pedagogisk psykologisk tjeneste, psykisk helsevern for barn, ungdom og voksne, behandlingstiltak innen rusmiddelbehandlingsfeltet og til frivillige organisasjoner. De fikk ikke svar fra alle, men forskerne mener det er grunn til å tro at de fikk fanget opp de fleste spesifikke tiltakene. Med ”spesifikke tiltak” mener de tiltak hvor foreldrenes rusmiddelproblem er viktigste kriterium for rekruttering av barna til tiltaket.

Ulike barn krever ulike tilnærminger

Det er to forhold forskerne mener kan antas å ha stor betydning både for barnas hjelpebehov og for rekrutteringen til tiltak: hvorvidt foreldrenes rusmiddelproblem er kjent, og om barna viser synlige tegn til mistilpasning. Ut fra disse to variablene deler de barna inn i fire grupper som stiller hjelpeapparatet overfor forskjellige utfordringer.



FORELDRENE

		Rusmiddelproblemet er kjent	Rusmiddelproblemet er ikke kjent
BARNA	Tegn til mistilpasning	A	B
	Ikke tegn til mistilpasning	C	D

Barna i gruppe A er de som er lettest å identifisere, skriver forskerne. Omgivelsene er klar over at foreldrene har rusmiddelproblemer, og barna viser tydelige tegn til mistilpasning. De er for eksempel utagerende eller tilbaketrukket og deprimerte. Hjelpebehovet er åpent, og utfordringa er å få til et konstruktivt samarbeid med familien og å finne egnede hjelpetiltak for både barn og foreldre, eventuelt å ta beslutning om omsorgsovertakelse.

Barna i gruppe B viser også tegn til mistilpasning, og hjelpebehovene kan være de samme som for barna i gruppe A. Symptomene kan resultere i at barna blir henvist til utredning og hjelpetiltak av pedagogisk, sosial, psykologisk eller medisinsk art. Men når de som skal utrede og behandle ikke kjenner til foreldrenes rusmiddelproblemer og konsekvensene dette har for barna, kan en komme til å behandle barnas symptomer isolert. Da vil en ikke komme i posisjon til å påvirke foreldres rusmiddelproblemer, som kan være en av de bakenforliggende årsakene til mistilpasningen. Så utfordringen i disse sakene blir å identifisere foreldrenes problemer og det rusrelaterte samspillet i familien så hjelpetiltakene kan innrettes etter dette.

Med barna i gruppe C kommer andre utfordringer. En er klar over rusmiddelproblemene i familien, men det finnes ingen synlige tegn til mistilpasning hos barnet. Han eller hun kan til og med framstå som ekstra ressurssterk. Ut fra dette kan det se ut som om barnet ikke har behov for spesielle hjelpetiltak.

Men barn av rusmiddelmisbrukende foreldre kan utvikle mestringsstrategier som gjør at de nettopp framstår som veltilpassede og godt fungerende. Det er disse barna som har tatt på seg rolla som de voksne og ansvarlige. Det er de som ordner opp og får ting til å fungere i hjemmet – de er de såkalte ”parentifiserte barna”, skriver SIRUS-forskerne.

Barna kan, på tross av at de utad fungerer godt, slite med emosjonelle og kognitive problemer. I sin tur kan dette medføre en større sårbarhet for utvikling av psykiske lidelser som depresjon og angst i voksen alder. Det er derfor viktig at miljøet rundt disse barna og det profesjonelle hjelpeapparatet har en kontinuerlig oppmerksomhet på den belastningen barnet har i hverdagen, og de strategiene barnet utvikler for å mestre disse.

Barna i gruppe D er de det er aller vanskeligst å identifisere og å rekruttere til hjelpetiltak. En er avhengig av at barna sjøl kommer fram med det som er vanskelig og eventuelt oppsøker hjelpetilbud. De som er nær barnet privat eller gjennom helsestasjon, barnehage, skole osv, kan se tegn som kan gi bekymring og nærme seg barnets situasjon. Forskerne mener at i de aller fleste tilfeller finnes det nok synlige tegn hvis man har et kvalifisert blikk på barna og legger merke til de vage signalene – signaler som først og fremst gir en følelse av uro, heller enn konkret identifisering av problemet.

Det er viktig å nå disse barna med støttetiltak for å forebygge seinere problemutvikling. Hjelpen til disse barna kan være alt fra praktisk hjelp til ivaretagelse av barnets behov for å snakke med noen som forstår hva som skjer hjemme, støtte i skolesituasjonen, behandlingstilbud til foreldre også videre.

Rusmiddelkompetansen må økes i psykiatrien

Før de satte i gang kartleggingsarbeidet hadde forskerne en hypotese om at det bare var et fåtall virk-

somheter som hadde spesifikke tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer.

Det viste seg å stemme. Forekomsten av spesifikke tiltak innen førstelinjetjenesten var på knappe 3 prosent – hvorav helsestasjonene ligger suverent i tet: 16 av de 18 virksomhetene på førstelinjenivå som rapporterer om spesifikke tiltak, er helsestasjoner.

Av behandlingsinstanser for rusmiddelproblemer er det 22 som har et spesifikt tilbud til barn – inkludert de tilbudene som er beskrevet i SIRUS-rapport 5/2005. Men et stort flertall, 78 prosent, av behandlingsinstansene har ikke noe spesifikt tilbud til barn.

De døgninstitusjonene som har tilbud til barn, legger dem enten inn sammen med foreldrene som er til behandling i institusjonen, eller institusjonen inviterer barn til foreldre som er innlagt til å delta i familiebehandling eller motta et pårørendetilbud. Barnas deltakelse kan være poliklinisk eller de kan bo i kortere eller lengre tid på institusjonen.

Psykisk helsevern har enda lavere forekomst av særskilte tiltak enn behandlingsinstansene for rusmiddelproblemer. Dette var også den virksomhetstypen som hadde lavest svarprosent på spørreskjemaet – bare to av 29 instanser svarte. Solbakken og Lauritzen mener det er svake tradisjoner for å forholde seg til rusmiddelproblematikk i denne delen av helsevesenet. Samtidig må en regne med at disse virksomhetene har kontakt med mange barn og unge som har rusmiddelbelastede familier, men uten at dette er kjent for behandlerne. Det kan synes som om barne- og ungdomspsykiatrien i langt større grad kan arbeide med rusrelaterte skader og samspillsmønstre dersom kompetansen på identifisering av rusmiddelproblemer i familier, og tilrettelegging av metodisk tilnærming finner sted, skriver forskerne.

Når det gjelder de frivillige og ideelle tiltakene, finnes det mange som har generelle tiltak som kan nå fram til barn fra familier med rusmiddelproblemer, men det er få som har spesifikke tiltak retta mot denne gruppa.

Rekruttering til tiltak

For de forebyggende og behandlende tiltakene for de ufødte og de nyfødte barna foregår rekrutteringa først og fremst gjennom de ordinære systemene for svangerskapsoppfølging. Barna blir altså først og fremst fanget opp gjennom de generelle offentlige tilbudene.

Rekruttering av eldre barn skjer ved at noen henviser barnet eller at barnet sjøl tar kontakt med en hjelpende instans, eller ber om hjelp til å ta kontakt. Hvis det ikke er snakk om omsorgsovertakelse, er et samarbeid med foreldrene viktig for å kunne hjelpe barnet. Rekruttering av barn til hjelpetiltak er derfor i stor grad et spørsmål om å motivere foreldrene.

Skolen er også en viktig arena for å fange opp disse barna. Enten gjennom generelle tiltak som hele elevgruppa har nytte av, men som problembelastede barn profitterer ekstra på og kan fanges opp gjennom, eller som spesifikke tilbud til disse barna hvor en henvender seg direkte til disse med tilbud om ulike gruppetilbud. Alternativt kan en gå ut med informasjon til alle barn om slike tilbud, og håpe på at barn fra målgruppa lar seg rekruttere til tiltaket.

Forskerne nevner også internett som en måte å få rekruttert barn og unge til hjelpetiltak. Dette er imidlertid så nytt at det ikke er samla særlig mye erfaring ennå, men de tenker seg at et nettsted av høy kvalitet kan være et godt støttetiltak i seg sjøl.

Kartlegging av foreldre og barn

De instansene som på spørreskjemaet fra SIRUS-forskerne svarte ”nei” på om de hadde spesifikke tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer, ble spurt om de kartla foreldrenes rusmiddelbruk når de arbeider med hjelpetrengende barn. På dette svarte 36 prosent at de gjør det alltid eller ofte, 40 prosent sa de gjør det av og til, mens 24 prosent aldri utfører slik kartlegging. Forskerne konkluderer av dette at det er grunn til å se nærmere på behovet for rutinemessige spørsmål om rusmiddelbruken til foreldre til barn som kommer i kontakt med hjelpetiltak.

Der det blir oppdaget rusmiddelmissbruk hos foreldrene er de vanligste reaksjonsformene å tilby barnet individualsamtaler, henvise til andre instanser, der barnevernstjenesten og spesialisthelsetjenesten

(BUP) er de oftest nevnte og å tilby foreldren(e) hjelp for rusproblemene.

De instansene som gir spesifikke tilbud til barna, ble spurt om de gjennomfører noen form for utredning av barna som mottar tilbudet. 50 prosent av de informantene som svarte på spørsmålet svarte at de aldri gjør noen utredning av barna.

Kontinuitet er nødvendig

Kontinuitet i oppfølgingen av familiene over flere år er en av de viktigste suksessfaktorene for å klare å hjelpe barna og familiene deres, mener Solbakken og Lauritzen. For å sikre kontinuiteten må en ha gode prosedyrer for å identifisere og følge opp gravide og småbarnsforeldre med rusmiddelproblemer over lang tid, sjøl om ikke faren for graverende omsorgsvikt i utgangspunktet oppleves som stor. Det bør legges opp til en klar ansvarsfordeling og koordinering mellom hjelpetjenestene, og de som utfører arbeidet må ha nødvendig kompetanse. De må blant annet kunne snakke med foreldre om rusmiddelproblemer på en måte som får fram opplysninger og virker motiverende på viljen til å motta hjelp, framfor å bygge opp følelsen av mislykkethet og dermed bidra til at familien unndrar seg hjelpen. Og sist, men ikke minst, må det etableres en sikkerhet for at kunnskapen om og oppfølgingen av familien blir ivarettatt sjøl om en person som har stått familien nær, slutter i jobben sin.

Mange fagfelt trenger kompetanse

Til slutt i rapporten kommer Solbakken og Lauritzen med noen anbefalinger til tiltak som bør iverksettes i Norge. Når det gjelder helt tidlig intervensjon, anbefaler de at det prøves ut en modell for tilbud til gravide med rusmiddelproblemer som sikrer barna deres en systematisk oppfølging fram til skolealder. Denne oppfølginga må innebære en grundig undersøkelsesprosess av barnet, av samspillet mellom foreldre og barn og av foreldrenes omsorgskompetanse. De anbefaler også at det opprettes faglige nettverk fordi det er liten erfaringsutveksling mellom tiltakene som arbeider med denne målgruppa. Når det gjelder tilbud til barn med rusmiddelmisbrukende foreldre i skolealder, understreker forskerne at det er nødvendig med kompetanse på barns livssituasjon og risikofaktorer i familier med rusmiddelmisbruk innenfor mange fagfelt. Også her anbefaler de at det legges opp til nettverk for samhandling og fagutvikling. Kunnskap må integreres i profesjonenes grunn- og videreutdanning. De anbefaler også forskningsnettverk.

De mener videre at oppmerksomheten på barns situasjon i en helt annen grad enn slik det er nå, må innarbeides i behandlingstiltakene for rusmiddelmisbrukere. Klienten må rutinemessig få spørsmål om barn – om de har barn, antall, alder, omsorgssituasjon osv.

Det bør også utarbeides en overordnet strategi for kompetanseutvikling, og allerede igangsatt kompetanseutvikling må koordineres. Særlig i barnevernfeltet synes de å se at det er et stort behov for verktøy for å kartlegge rusmiddelbruk hos barn, unge og foreldre. De frivillige og ideelle tiltakene bør også tilbys rusfaglig kompetanse til støttetelefoner, internettsider og råd- og veiledningssentre.



– Barnevernet må bli bedre på rus!

– Barnevernsinstitusjonene er ikke gode nok. Særlig må de få bedre kompetanse på rus. Ettervernet må også bli betydelig bedre, sier Torill Tjelflaat, avdelingsleder for Barnevernets utviklingscenter - BUS, Midt-Norge.

– De ungdommene som kommer til barneverninstitusjonene, representerer et veldig vanskelig problemkompleks. Det er de vanskeligste barndommene som skal håndteres her, og dette klarer ofte ikke institusjonene å ivareta. Barnevernsinstitusjonene klarer ikke å stabilisere tilværelsen til barn og unge som har det såpass vanskelig. Og i undersøkelsen vår så vi at noen av problemene i tillegg fikk mulighet til å utfolde seg innenfor institusjonen. Dette gjaldt særlig for rusbruk, forteller Torill Tjelflaat. I 2003 la hun, sammen med sine to medforskere Geir Hyrve og Henrik Solhaug, fram rapporten ”Barneverninstitusjonen – nødvendig men ikke god nok”(se sluttnote 12). En etterundersøkelse av institusjonsungdom i Sør-Trøndelag.

I denne undersøkelsen ble data fra samtlige av de som ble skrevet ut av en barnevernsinstitusjon mellom 1993 og 1998 samlet inn. Materialet var data fra mappene til 71 barn og ungdommer. Av disse stilte 27 i tillegg opp til intervju hvor de ble bedt om å fortelle om barndommen sin, om møte med barnevernet, om institusjonsoppholdet, hva slags oppfølging de fikk og hvordan det har gått med dem etterpå.

Mange hadde hatt en veldig trasig barndom. Det var psykiatrisk problematikk, foreldre som ikke hadde stilt opp, rusmisbruk, mishandling og overgrep. Dette var de ungdommene som hadde hatt det vanskeligst i Sør-Trøndelag – de tristeste barndommene – og institusjonene hadde ikke vært gode nok for å bremse og avhjelpe den problematikken de måtte håndtere.

For barneverninstitusjonene er først og fremst omsorgsinstitusjoner, ikke behandling sinstitusjoner. Den kombinasjonen av psykiatri og rus som mange av disse unge har når de kommer, gir omtrent null i odds for å klare seg etterpå, sier Tjelflaat. Hun anbefaler at behandlingsaspektet får mer plass. Men en nesten like viktig grunn til at det var vanskelig å klare seg for mange var at ettervernet fungerte så dårlig eller nesten var helt fraværende.

– Det bør være et oppfølgingssystem for barn og ungdom som skrives ut av barnevernsinstitusjon. De må få hjelp inn i en livssituasjon med noe fast å forholde seg til.

Langt igjen

Det er mellom ti og fem år siden de unge i rapporten ”Barneverninstitusjonen – nødvendig men ikke god nok” ble utskrevet fra institusjon, og de levner stort sett ikke institusjonene mye ære. Men hvordan er situasjonen i dag? Har det skjedd noen endringer? Stig Svendsen, avdelingsdirektør for fagteam



Torill Tjelflaat, Barnevernets utviklingscenter - BUS, Midt-Norge (Foto: Adresseavisen)

og tiltak i barnevernet, region Midt-Norge, er den første til å innrømme at det er langt igjen til barnevernet er slik vi ønsker at det skal være.

– Barnevernet kommer fortsatt gjennomgående for seint inn, og vi må ha nye strategier for å endre på dette, fastslår Svendsen. Han kan fortelle at det arbeides med tidlig intervensjoner rundt i kommunene for å fange opp familier som sliter på et tidligere tidspunkt enn det som før har vært vanlig.

– Det er ingen faglig uenighet om dette. Alle er enige om at barnevernet må tidligere på banen.

Meldeplikten er klar, men den er ikke tilstrekkelig. Spørsmålet er metoder og virkemidler: Hvordan observere og hvordan bli i stand til å fange opp det som er avvikende? Dette må det i større grad settes fokus på, mener han.

Et annet viktig virkemiddel for å komme tidlig nok inn, er samarbeid mellom tjenestene. Svendsen mener det må bygges et klima mellom de ulike tjenestene som har med familiene å gjøre, slik at de lettere kan være i dialog. Taushetsplikten skal ikke kunne hindre barn i å få hjelp.

Han er enig med forskerne at en er nødt til å spisse institusjonene slik at de får mer behandlingskarakter. – Framover vil det nok bli sånn at de som først og fremst er omsorgstrengende får fosterhjemsplassering. Det er også økende bruk av andre metoder og tiltak i hjemmene deres. Det betyr at i framtida vil institusjonene først og fremst være tiltenkt og tilrettelagt for de med sammensatte problemer. Svendsen kan dessuten fortelle at ettervern er noe barnevernet i større grad tar på alvor nå. – Når barn og unge har vært i våre tiltak, skal de ha med seg ”ut” en helhetlig plan om oppfølging. Denne skal bli etterfulgt av offentlige myndigheter.

For lite rusproblematikk på pensum

Svendsen mener det er alt for lite om rusproblematikk på pensum, til og med på de høyskoleutdanningene hvor studentene garantert vil få mye med rusproblematikk å gjøre i arbeidet sitt. Han mener også det er viktig å synliggjøre enda mer enn i dag den generelle rusmiddelsituasjonen i samfunnet og hvordan barn og unge er berørt av den. Innsikt i dette for ansatte i barnevernet vil kunne skape en større forståelse for de menneskene de skal jobbe med, tror han.



Foreldre og barn på institusjon

I Norge har vi ikke noen systematisk struktur på tidlig intervensjon som skal gjelde i alle kommuner. Det har inntil ganske nylig vært opp til ildsjeler og private initiativ hos organisasjoner eller institusjoner om dette skal være et satsingsområde. Men det blir stadig mer oppmerksomhet rundt dette, både på tiltaks- og på forskningsfronten, og i det aller siste har det også begynt å komme nasjonale føringer som tilsier at slike tilbud må innarbeides.

I Norge har vi to kompetansesentre som har spisskompetanse på området familier og rus: Rogaland A-senter som har et nasjonalt ansvar for å utvikle kunnskap og metoder om rus-problematikk i familier med barn i skolepliktig alder, og Borgestadklinikken som har den nasjonale spisskompetansen på gravide rusmiddelmissbrukere og familier med små barn.

Småbarn i behandlingstiltak

I desember 2005 kom SIRUS (Statens institutt for rusmiddelforskning) med en rapport¹⁹ som kunne fortelle at det i 2004 var 161 barn som var innlagt sammen med foreldre som var i behandling for rusproblemer. De fant 11 behandlingstiltak som gir tilbud både til foreldrene og barna:

- Familieenheten Hov
- Tromsklinikken
- Veksthuset i Molde (Villa Ma)
- Aline barnevernssenter
- Bergen barn- og foreldresenter, avdeling Sudmannske
- Borgestadklinikken
- Lade behandlingssenter
- Origosenteret
- Stiftelsen Riisby behandlingssenter
- Tyrilistiftelsen
- Østerbo evangeliesenter

Men bare litt under 50 prosent av disse institusjonene kartlegger barna spesielt. Ca. 40 av barna som var på institusjonene, ble født mens mora var til behandling i institusjonen. Bare tre av barna var over seks år. 150 barn var under tre år, og over halvparten var under ett år.

Det å ta barna inn i institusjon sammen med foreldrene kan synes som et enkelt grep, men det er det ikke. Både foreldre og barn er i en svært komplisert situasjon. Familien sjøl, institusjonen og det øvrige hjelpeapparatet kan ha ulike motiver for innleggelsen. For mora kan det å ta imot institusjonsbehandling i seg sjøl framstå som en forutsetning for å få beholde barnet. Mange foreldre har dessuten sjøl opplevd å vokse opp med foreldre med rusproblemer og ønsker ikke å utsette barna sine for det samme. Noen tenker at barnets tilstedeværelse skal hjelpe dem til å lykkes i behandlingen. Men det kan også være så enkelt som at de ikke har noe annet sted å gjøre av barna mens de er innlagt til behandling.

Forskerne påpeker i rapporten at det er vanskelig for brukerne å finne fram til de relevante tilbuda. Det finnes ingen samlet, god oversikt, til tross for at det er to kompetansesentre som egentlig har barn

som spisskompetanseområde – Borgestadklinikken og Rogaland A-senter.

Dessuten finnes det stort sett bare et tilbud til små barn. Det har flere grunner. Dels er det en prioriteringssak, og flere institusjoner prioriterer, av opplagt årsaker, å gi tilbud til gravide. Det er her det synes å være klart vekst i tilbudet. Men det er sjølsagt også praktiske problemer knytta til å ta barn ut av sitt nærmiljø, skole og så videre – mange er nødt for å reise ganske langt for å kunne motta familierettet behandling. Det sier seg sjøl at de færreste institusjonene kan ha kapasitet/kompetanse til å spre engasjementet sitt over et for stort aldersspenn blant de yngste.

Det varierer sterkt hvor lenge barna var i institusjonene – fra et gjennomsnitt på 1,5 måneder i snitt på Riisby behandlingssenter til 15 måneder på Origosenteret. Det er relativt få barn som avslutter oppholdet på institusjon på grunn av omsorgsovertakelse. Blant de 161 barna skjedde det med 18 barn, men de fleste av disse skjedde ved Aline barnevernssenter som ikke gir direkte rusbehandling og som dessuten hadde langt kortere opphold og dermed mange utskrivninger.

Stor variasjon er det også i hvilket tilbud institusjonene er i stand til å gi barna – og i hvilken grad de er i stand til å beskrive dette tilbudet. Blant tilbud som blir nevnt er baby massasje, babysvømming, medisinsk behandling av abstinensplager, råd og veiledning, tilrettelagt omsorg, ekstra stimulering, rytme- og bevegelsestrening, barnehage, avlastnings hjem, lekerom, utelekeplass og utflukter.

Mangelfull oppfølging

Behandlingsinstitusjonene melder om et bredt spekter av plager hos de aktuelle barna:

Abstinenssymptomer, reguleringsvansker, vare for sanseintrykk, motorisk uro, søvnforstyrrelser, samspillforstyrrelser, utrygg tilknytning, fysiologiske vansker, forsinket språkutvikling, utrygghet, atferdsavvik, traumatiserte, grenseutprøvende og så videre.

Stort sett har institusjonene høyt utdanningsnivå blant sine ansatte. Her er det gjerne sosionomer, barnevernspedagoger, sykepleiere, vernepleiere, ergoterapeuter, lærere og førskolelærere. Østerbo evangeliesenter skiller seg ut ved å ha størst andel ufaglærte heltidsansatte.

Forskerne peker på en lang rekke utfordringer for behandlingsapparatet når det gjelder å ta i mot barn sammen med foreldrene. Utfordringene er av så vel faglig som organisatorisk og økonomisk art. De drøfter også hva som er kriterier for god behandling og noen av de dilemmaene som naturlig oppstår.

Mangelfull oppfølging etter oppholdet

Oppfølging av barna varierer fra ikke noe, via ”etter behov”, til oppfølging sammen med foreldrene.

Bare Tyrili tar initiativ til at det utarbeides egen individuell plan for barna. De andre henviser til barnevernets ansvar eller til at barna omfattes av individuell plan for foreldrene ²⁰.

Fagsjef ved Borgestadklinikken, Frid Hansen, mener at ettervernet av disse familiene er katastrofalt dårlig. Det som trengs er en gradvis tilbakeføring til eget hjem, og lang oppfølging fra barnevernet i ettertid er helt nødvendig. Dessverre ser hun ofte at barnevernet premierer flinke foreldre med å avslutte oppfølgingen, mens det de virkelig trenger, er en tett ansvarsgruppe rundt seg i lang tid ²¹.

Tvangsparagrafen kan virke motiverende

Borgestadklinikken er en av institusjonene i Norge som tar imot gravide og familier med små barn, og av og til tar de i bruk tvangsparagrafen for gravide, § 6.2.a. Men tvangsinnleggelse er siste utvei, og vanligvis legger gravide seg inn frivillig. – Ofte holder det å ha tvangsbestemmelsen ”som ristet bak speilet,” forteller Stian Flaaterud, lederen for kompetansetablen ved Borgestad.

Han understreker at det er stor forskjell på tvangsinnleggelse og tvangsbehandling.

– I Norge er det faktisk ikke lov å drive med tvangsbehandling. Vi kan tvinge de gravide til å være her, men vi kan ikke tvinge dem til å delta på noe eller motta noen som helst form for behandling. Det eneste vi kan gjøre, er å forsøke å motivere dem til frivillig å ville gjøre noe for seg selv og for barnet de skal føde.

Og det klarer de som oftest på en eller annen måte. De aller fleste kommer inn i en positiv prosess og dialog i løpet av tida de er på Borgestad. Det at det eksisterer en tvangsparagraf gjør at mange velger å

legge seg inn frivillig. For mange blir dette tross alt et bedre alternativ. Tvangsbestemmelsen fungerer dermed også når den ikke brukes.

Da Stortinget i 1995 vedtok å endre Lov om sosiale tjenester (LOST) slik at tvangsinnleggelse av gravide rusmiddelmissbrukere ble mulig, ble det reist enkelte motforestillinger. Den viktigste var at tvangsbestemmelsen kunne resultere i at de gravide ville unndra seg kontakt med hjelpeapparatet overhodet, og dermed gjøre situasjonen enda verre for de ufødte.

Borgestadklinikken gjorde i slutten av 1998 en undersøkelse blant alle kommunene i Helseregion Sør om erfaringene de hadde gjort med denne loven, fra den trådte i kraft 1. januar 1996. En av konklusjonene var at det ikke syntes som om innføringa av § 6.2a hadde bidratt til å svekke sosialtjenestens kontakt med denne gruppa.

Meldeplikt

Samtidig som § 6.2a ble vedtatt, ble det også vedtatt endringer i taushetsbestemmelsene for en del helseprofesjoner. For å komme i kontakt med rusmiddelmissbrukende gravide så tidlig som mulig, ble det ansett som nødvendig å få informasjon fra helsetjeneste og barnevern.

Men Borgestadklinikkenes undersøkelse konkluderte med at denne meldeplikten i veldig liten grad hadde resultert i bekymringsmeldinger til sosialtjenesten. Her er barnevernsansatte et unntak. De er den gruppa som helt klart best følger opp meldeplikten. Leger, jordmødre og sykepleiere derimot meldte i veldig liten grad inn bekymringer av denne typen.

De aller fleste av de gravide rusmisbrukerne får altså sosialtjenesten kontakt med på egenhånd.

Familien i sentrum

Borgestadklinikken eies av Blå Kors, er kompetansesenter for Helseregion Sør og har den nasjonale spisskompetansen på gravide rusmisbrukere og familier med små barn. Det er bare en liten andel av disse som er på tvang – eller på såkalt skjermet avdeling. De aller fleste, både gravide og andre, er her frivillig, og både behandlingsopplegg og varighet på oppholdet er individuelt tilpasset.

Oppholdene på familieenheten varierer fra to-tre måneder til 12 måneder.

Gjennomsnittet er på fem til sju måneder.

Men den som har behov for å være her lenger får lov til det.

Og en del trenger mer tid – både for å takle rusproblemet sitt og for å kunne klare å ta vare på seg sjøl og en familie.

Familie/generasjonsperspektivet står helt sentralt også ellers i arbeidet ved Borgestadklinikken.

Misbrukeres pårørende har også et tilbud her. Det finnes grupper for ektefeller og samlivspartnere, og



det finnes grupper for voksne barn av misbrukere. Og dersom det er behov for det, kan pårørende også få lov til å legge seg inn. Det er ingen forutsetning at misbrukeren sjøl er i systemet.

Felles barnehage

Et ganske unikt fenomen ved Borgestadklinikken er barnehagen. Dette er en barnehage for både personalets og de ansattes barn. Barnehagen har 15 plasser, og det skal være en overvekt av ansattes barn. Fordelinga er vanligvis 10/5. Her møtes de to gruppene på lik linje – som foreldre – ikke som ansatt og pasient. De møtes som jevnbyrdige når barna hentes og bringes og når det er foreldremøte.

Får hjelp til å være foreldre

Også ved Familieavdelinga ved Lade behandlingssenter i Trondheim får rusmiddelmissbrukere med små barn hjelp til å være foreldre, hjelp til å være par, og ikke minst: hjelp til å være det mennesket de sjøl har lyst til å være – for seg sjøl og for familien sin.

1. desember 2003 sto den flunkende nye bygningen ferdig, som skulle huse Avdeling for gravide og småbarnsfamilier, Lade Behandlings Senter, som avdelinga heter formelt, og den ble umiddelbart tatt i bruk. Avdelinga bygger videre fra det som har vært Lade Behandlings Senters gravideteam fra 1997. Da var teamet en integrert del av behandlingssenteret, med den spesielle oppgaven å ta seg av de gravide, som med eller uten samtykke hadde fått plass på Lade.

Lade behandlingssenter, og dermed Familieavdelinga, ligger under HFRus-Midt-Norge og har Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal fylker som inntaksområde. Lade har videre avtale om kjøp av plasser med Troms fylke. Huset har døgnbemanning og er dermed rusta til å ta imot folk på tvangsplassering og folk som soner på § 12.

I utgangspunktet er innleggelsestida på inntil ett år, men de er åpne for at det kan være nødvendig med noe lengre tid i enkelte tilfeller. For noen kan kortere tid også vurderes.

Avdelinga samarbeider tett med barnevernet. De er inne hele tida for hver enkelt familie, og barnevernet tar beslutning om eventuell omsorgsovertakelse i nært samarbeid med personalet på Lade.

Mens familien er på huset, blir det laget en oppfølgingsplan på minimum to år for hver familie.

Oppfølginga består av blant annet polikliniske samtaler, temagrupper på huset og besøk fra avdelinga i familiens nye leilighet.

Nasjonalt nettverk

I januar 2006 ble det opprettet et nasjonalt nettverk for fagpersoner i behandlingssinstitusjoner som arbeider med gravide rusmiddelavhengige og foreldre med små barn.

Formålet med nettverket er å skape en felles arena for konstruktiv erfaringsutveksling, å skape muligheter for videreutvikling av godt faglig og metodisk arbeid og å inneha en samlet god faglig og fagetisk kompetanse som også kan komme til nytte for den kommunale sosial- og helsetjenesten og for andre relevante samarbeidspartnere.

Deltakerne i nettverket er Tromsklinikken, Lade behandlingssenter, Veksthuset Molde, Sudmannske, Borgestadklinikken, Riisby behandlingssenter, Familieenheten Hov, Tyrilistiftelsen, Aline Barnevernsenter og Origosenteret ²².

Alle familiemedlemmene må endre atferd

"For noen ganger, fortsatte hun, er ikke folk seg selv. Og hvis vi ikke ser på dem, så kanskje de blir seg selv igjen. Det var godt sagt. Det er akkurat det han tenkte selv, men på en annen måte. Godta. Holde munn. Se vekk. Så blir min far pappa igjen."



Rusproblemer angår alle i familien – og særlig barna. Det er utgangspunktet for Familieklubbenes tenkning. Der ser de på rusproblemer som et almenmenneskelig problem, ikke en sykdom, men et livsrelatert problem.

Kan delta uten rusmiddelmissbrukeren

Familieklubber er ganske nytt i Norge: Den første klubben startet opp i 1999, mens en i Italia har hatt en fartstid på 20 år. Opprinnelig stammer modellen fra Kroatia, der professor i psykiatri, Vladimir Hudolin, utviklet "Prinsippet om sosialt samspill" til en behandlingsmodell som fikk stor suksess. Hans hovedtese var "at psykiatrien ikke bare måtte begrense seg til å studere eller behandle den enkelte pasient, tiltakene måtte inkludere hele pasientens livssituasjon".



Familier som har et medlem som drikker for mye, er sårbare. Bare andre som har opplevd på egen kropp og sjel hvordan et alkoholmisbruk kan forrykke den indre balanse i en familie, forstår rekkevidden av sorg, skam og skyldfølelse hos de berørte personer. Derfor er nettopp disse familiene godt egnet til å hjelpe hverandre til å endre familieatferden, er Familieklubbenes filosofi.

I skrivende stund har Familieklubbene åtte aktive klubber i Norge, og på flere steder er de klare til oppstart hvis det melder seg interesserte.

Alle familiemedlemmer i en familie hvor det eksisterer et alkoholproblem kan delta i en familieklubb, og deltakelse er gratis.

En "familie" kan være en kvinne som kommer fordi mannen eller kjæresten hennes har et alkoholproblem. Eller det kan være en far som kommer med barna sine fordi mor drikker, eller det er unge eller voksne barn av misbrukere som kommer. Dessuten kan det være den som sjøl drikker som kommer, eller en slektning som ønsker å være en støtte. En pårørende kan godt delta uten at den rusmiddelavhengige deltar.

En familieklubb mottar hele tiden nye familier, men den enkelte gruppa bør ikke bestå av flere deltakere enn 12. Når klubbene blir større enn det, deles de. Klubbene er sjølstyrte, men i tillegg til familiene består gruppa av en klubbassistent som har deltatt på et ukeskurs i Italia eller Danmark.

Klubbassistenten sørger for at samtalen i gruppa ikke sporer helt av, men skal ellers ha en tilbaketrukket rolle.

Må sjøl finne løsningene

Klubbene har møte en gang i uka, og møtene varer i en og en halv time. En skal melde avbud om en ikke kan komme, og en kan delta i klubben så lenge en opplever å ha glede av det. Klubben fungerer for mange som et nettverk, og folk som er syke eller ikke har vist seg på en stund blir kontaktet.

På møtene snakker familiemedlemmene om egne erfaringer og lytter til de andres. Alle i samtalegruppa har taushetsplikt, og deltakerne skal forsøke å være så ærlige som mulig.

Fordi medlemmene i en familie med rusproblemer ofte inntar roller hvor de på en eller annen måte er medspiller med misbrukeren, fokuseres det i Familieklubben på alles atferd – ikke bare på atferden hos den som drikker. Hele familien må endre atferd, og klubbassistenten skal hjelpe dem til sjøl å finne løsningene.

Det blir lagt stor vekt på å skape et godt sosialt miljø i klubbene. Samværet bygger på omsorg, toleranse og respekt for den enkelte. Det er ingen psykologer eller terapeuter til stede, men alminnelige mennesker som ønsker å komme videre med et godt liv.



Møysommelig informasjonsarbeid måtte til

Møysommelig informasjonsarbeid måtte til for å få barn og unge fra familier med rusproblemer til å tørre å ta kontakt med AEF. Det var nettsida som fikk det til å løsne.

Hjelpeløse fagfolk

Vinteren 2006 kom AEF (Arbeidernes Edruskapsforbund) i gang med sine første kurs, eller samtalegrupper, for barn som lever i hjem med rusmiddelproblemer. Høsten 2006 kan de tilby ei gruppe i Stavanger og tre grupper i Oslo, to for unge mellom 16 og 23 år og ei for barn mellom 10 og 15 år. AEF har drevet aktivt informasjonsarbeid knytta til problematikken. Temaet rusmiddelmisbruk i hjemmet er tabubelagt, noe som igjen skaper liten åpenhet om dette problemet i samfunnet. Veldig mange av barna føler skam og er dessuten ofte svært lojale mot foreldrene sine. Dette har gjort det vanskelig å nå dem.

– Vi har samarbeidet med blant annet skoler og helsesøstere og hengt opp plakater rundt omkring for å synliggjøre arbeidet vårt og de "gjemte og glemte barna". Slik bidrar vi også til åpenhet omkring rusmiddelmisbruk, forteller prosjektmedarbeider Camilla Lunde.

Gjennom dette arbeidet har AEF opplevd hvor hjelpeløse mange fagfolk, som helsesøstere og lærere, føler seg når de får mistanke om at det er rusproblemer i et hjem. De vet ikke hvordan de skal gripe det an eller hvor de skal henvende seg.

Forløsende nettside

Det var da de laget ei nettside, det løsna for AEF-prosjektet. – På nettsida vår kan de unge tilegne seg informasjon og ta kontakt helt anonymt i første omgang. Det hjelper, sier Lunde.

Etter hvert er det flere som har gitt seg til kjenne, med full identitet. På nettsida er det også et forum hvor barna kan få kontakt med hverandre, og med utgangspunkt i nettet kan også folk som vil hjelpe få mye av informasjonen de trenger.

Er fleksible

Kursene eller gruppene AEF tilbyr, er ikke terapeutiske, men pedagogiske støttegrupper der barna vil få kunnskap om blant annet rusmiddelbruk og hva som skjer i familier hvor det er en misbruker. Her får de mulighet til å fortelle historiene sine, og de møter andre barn og unge med tilsvarende livserfaringer. Veldig mange av disse barna tror de er helt aleine om erfaringene sine. Det er ofte en lettelse for dem å oppdage at de slett ikke er det.

I tillegg til kurs tilbyr AEF individuelle samtaler til folk som bare ønsker å stikke innom. De har også utdannede gruppeledere rundt omkring og kan opprette smågruppe andre steder i landet enn i Stavanger og Oslo, dersom det er behov for det.

– Så det er bare å ta kontakt med oss, oppfordrer Camilla Lunde.

RELEVANT LITTERATUR

- Antonovsky, Aaron, 2001: Hälsans mysterium, Natur och Kultur (første gang utgitt i Amerika i 1987)
- Black, Claudia, 1993: "Det ska aldrig få hända mig", Natur och Kultur
- Bohmann, Gunn, 2005: Over Regnbuen, Blå Kors forlag, Borgestadklinikken
- Dahl, Ulf, 2005: Prosjekt Trygg Oppvekst – evaluering, Høgskolen i Østfold
- Dahle, Gunn og Nyhus, Svein, 2003: Sinna Mann, Cappelen, Oslo
- Fogelberg, Täppas, 1992: "Halli Hallå", Nordstedts
- Grinderud, Paal André, 1997: Alene nå igjen, Gyldendal, Oslo
- Hansen, Frid, 1990: Rusmiddelmissbruk i et familieperspektiv. Hvilke utviklingsmessige konsekvenser kan dette få for barn? Tidsskrift for Norsk Psykologforening 27, 737-746
- Hansen, Frid, 1992: Fra avmakt til handlekraft. En terapeuts møte med voksne barn av rusmiddelmissbrukere. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 29, 599-610
- Hansen, Frid (red.), 1994: Barn som lever med foreldres rusmisbruk. Oslo, Ad Notam Gyldendal
- Hellsten, Tommy, 1999: "Flodhesten i dagligstuen - om medavhengighet og om møtet med barnet i oss", g-perspektiv (forlag), Sørumsand
- Henriksen Øystein, 2000: Ikke gjør som jeg gjør, men som jeg sier. Om rus, kommunikasjon og oppdragelse. Tano Aschehoug, Oslo
- Jinder, Åsa, 1991: "Bli min mamma igjen", Bonnier
- Killén, Kari. og Olofsson, Maj, 2003: Det sårbare barnet. Barn, foreldre og rusmiddelproblemer. Kommuneforlaget, Oslo
- Leira, Haldis, 1990: Fra tabuisert traume til anerkjennelse og erkjennelse. Del 1. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 27,16-22.
- Myrbäcks, Staffan, 1998: "Den vingklippta familjen", Sober förlag
- Nordlie, Egil, 2003: Alkoholmissbruk, hvilke konsekvenser har det for familiemedlemmene? Tidsskrift for den norske lægeforening, vol 123 nr 1, s52-54.
- Renberg, Tore, 2005: Kompani Orheim (Roman)
- Solbakken, Bjørn H., Lauritzen, Grethe, og Ødegård Lund, Marte K, 2005: Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer. SIRUS, rapport nr 5/2005
- Solbakken, Bjørn H., Lauritzen, Grethe, 2006: Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer. SIRUS, rapport nr. 1/2006
- Sundfær, Aase, 1992: Fra rus til mening. En undersøkelse av barn til mødre med tidligere rusproblemer. Dagligliv og mestring. Utfordringer til hjelpeapparatet. Oslo, Barnevernets utviklingssenter
- Sundfær, Aase, 1999: Ung og lovende. Oslo, Barne- og familieetaten/Rusmiddeldirektoratet.
- Sundfær, Aase, 2004: Barna til 31 kvinner med rusproblemer er blitt 20 år, hvordan har det gått? Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri. Ullevål Universitetssykehus.
- Tikkanen; Märta, 1997: Århundredets kjærlighetssaga, Forum (første gang utgitt i 1978)
- Tjelflaat, Torill, Hyrve, Geir, og Solhaug, Henrik, 2003: "Barneverninstitusjonen – nødvendig men ikke god nok." En etterundersøkelse av institusjonsungdom i Sør-Trøndelag.
- Trulsson, K, 1999: Moderskap og misbruk. Nordisk Alkohol og Narkotikatidsskrift, 1999, vol 16, nr 6 s 335-350
- Waaktaar, Trine og Christie H.J, 2000: Styrk sterke sider. Håndbok i resilience grupper for barn med psykososiale belastninger. Oslo, Kommuneforlaget
- Waaktaar, Trine, 2004: Stability and change in youth behaviour. An exploration of stress and resilience processes. Nic Waals Institutt
- Widén, Anders, 1995: "Månskensligisten", Bonnier

KILDER

- 1 Alle sitatene i kursiv i dette heftet er henta fra Tore Renbergs roman "Kompani Orheim", 2005
- 2 Staffan Myrbäck : "Den vingklippta familjen", Sober förlag, 1998
- 3 Denne artikkelen er en noe ombearbeida versjon av en artikkel skrevet av Aina Johnsen, publisert i "Mot Rusgift", FMR, 2000
- 4 Claudia Black:"Det ska aldrig få hända mig", Natur och Kultur, 1993
- 5 Märta Tikkanen: "Århundradets kärlekssaga", Forum 1997 (Første gang utgitt i 1978)
- 6 Täppas Fogelberg: "Halli Hallå", Nordstedts, 1992
- 7 Åsa Jinder: "Bli min mamma igjen", Bonnier, 1991
- 8 Anders Widén: "Månskensligisten", Bonnier, 1995
- 9 Deler av denne artikkelen bygger på Sundfærs kronikk i avisa Folket nr. 11/04
- 10 Aase Sundfær, 2004: Barna til 31 kvinner med rusproblemer er blitt 20 år, hvordan har det gått? Regionsenter for barne-og ungdomspsykiatri. Ullevål Universitetssykehus.
- 11 Aase Sundfær, 1999: Ung og lovende. Barne- og familieetaten/Rusmiddeldirektoratet.
- 12 Torill Tjelflaat, Geir Hyrve og Henrik Solhaug, 2003: "Barneverninstitusjonen – nødvendig men ikke god nok." En etterundersøkelse av institusjonsungdom i Sør-Trøndelag.
- 13 Trine Waaktaar, 2004: Stability and change in youth behaviour. An exploration of stress and resillience processes. Nic Waal Instituttet
- 14 Arbeids- og sosialdepartementet: Statusrapport om rusmiddelsituasjonen i Norge 2005
- 15 Teksten i denne artikkelen bygger på Aaron Antonovskys bok "Hälsans mysterium", Natur och Kultur, 2001.
- 16 Ulf Dahl 2005: Prosjekt Trygg Oppvekst – evaluering, Høgskolen i Østfold
- 17 Haldis Leira, 1990: Fra tabuisert traume til anerkjennelse og erkjennelse. Del 1. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 27,16-22
- 18 Bjørn Solbakken, Grethe Lauritzen, 2006: Tilbud til barn med rusmiddelproblemer. SIRUS rapport nr. 1/2006
- 19 Bjørn H. Solbakken, Grethe Lauritzen og Marte K. Ødegård Lund, 2005: Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer. SIRUS rapport nr 5/2005
- 20 Eivind Jahren, avisa Folket nr. 02/06
- 21 Monica Bjermeland, Tidsskriftet rus & avhengighet 02/06
- 22 Tidsskriftet rus & avhengighet 2/06

Hjelpetilbud for barn

Følgende instanser med spesifikke tilbud til barn blir nevnt i SIRUS-rapport 1/2006 "Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer":

Førstelinjetjenestene:

- Benterud helsestasjon i Lørenskog
- Byneset helsestasjon i Trondheim
- Midtbyen helsestasjon i Trondheim
- Sentrum/Lund forsterket helsestasjon i Kristiansand (tidligere Eventyrgården)
- Horten helsestasjon
- Høvik helsestasjon
- Inderøy helsestasjon
- Raufoss helsestasjon
- Rådhuset helsestasjon i Steinkjer
- Sentrum helsestasjon (kommune ikke oppgitt)
- Sentrum helsestasjon i Eigersund
- Solheimviken forsterket helsestasjon i Bergen
- Stjørdal helsestasjon
- Vikedal helsestasjon
- Stjørdal helsestasjon
- Vikedal helsestasjon
- Sarpsborg kommune – helse og sosial

Behandlingstiltak for rusmiddelproblemer:

- Alfa i Vestfold
- Incognito Klinikk i Oslo
- Klinikk Nord i Tana
- Lade behandlingssenter i Trøndelag
- Psykiatrisk ungdomsteam i Lillestrøm
- Psykiatrisk ungdomsteam i Molde
- Psykiatrisk ungdomsteam i Skien
- Regnbueprogrammet – A-klinikken i Kristiansand
- Rogaland A-senter
- Samtun i Bø i Telemark
- Sigma Nord i Evensker
- Sosialmedisinsk poliklinikk i Fredrikstad
- Stiftelsen Valdresklinikken
- Søndre Vestfold DPS – Ruspoliklinikk
- ØstfoldKlinikken
- Ullevålteamet, ligger under fødeavdelinga ved Ullevål universitetssykehus i Oslo

Psykisk helsevern utenom rusfeltet:

- Fekjær psykiatriske senter i Hedalen
- Nydalen senter for barne- og ungdomspsykiatri under Ullevål universitetssykehus i Oslo

Frivillige/ideelle tiltak:

- Familielubbene i Norge

Aktive klubber i Oslo, Båstad, Hernes, Ridabu, Ålesund, Klæbu, Sæveland og Åkrehamn.

Ved nok medlemmer er det klubber klare til oppstart i Kristiansund, Lillstrøm/Strømmen, Bergen, Luster, Mysen/Trøgstad og Tønsberg.

- Arbeidernes Edruskapsforbunds støttegrupper
- Wandasenteret i Bodø
- Alateen – mulighet for grupper alle steder hvor det eksisterer AI-anongrupper

Kontaktadresser

Vi gjengir her noen kontaktadresser til tiltak som er nevnt i teksten. En mer utfyllende liste ligger her:

www.tryggoppvekst.no

Det finnes et nettsted med oversikt over alle behandlingstiltak på rusfeltet i Norge:

www.rustiltak.no

RUStelefonen er en landsdekkende bekymringstelefon for ungdom og pårørende: 08588.

Landsforbundet Mot Stoffmisbruk driver en hjelpetjeneste for pårørende: 815 00 205

Trygg Oppvekst

Prosjektleder Arnold Lexander (Kontakt for faglige spørsmål)

Telefon: 32 83 04 26 – Mobil: 970 34 711

E-post: arnolex@online.no

Globus kompetanse v/ Roald Heggernes (Kontakt for administrative spørsmål)

Postboks 152 Nyborg, 5871 Bergen

Telefon: 55 19 83 67

E-post: roald.heggernes@globuskompetanse.no

www.tryggoppvekst.no

Familielubbene i Norge

Torggata 1, 0181 Oslo

Tlf. 416 87 171

www.familielubb.no

E-post: postmaster@familielubb.no

Barnogunge

Torggata 1, 0181 Oslo

Tlf. 23 21 45 77 eller 78

www.barnogunge.no

E-post: post@barnogunge.no



IOGTs Juniorforbund

IOGTs Juniorforbund er en organisasjon for barn og ungdom mellom 6 og 14 år. IOGT Junior tilbyr trygge miljøer der barn kan utvikle seg, møte utfordringer, ta ansvar og ha gode opplevelser.

Alle mennesker er like viktige og har krav på like muligheter. IOGTs Juniorforbund arbeider derfor aktivt for å hjelpe barn som trenger det, både her hjemme og i utviklingsland.

IOGT Junior ser at mange barn får ødelagt mulighetene sine på grunn av rusgifter - alkohol og narkotika - og at mange barn plages av at voksne drikker. Derfor ønsker IOGT Junior å fremme en rusgiftfri livsstil, blant annet ved å gi barn et godt og trygt oppvekstmiljø der kjemisk rus er overflødig.

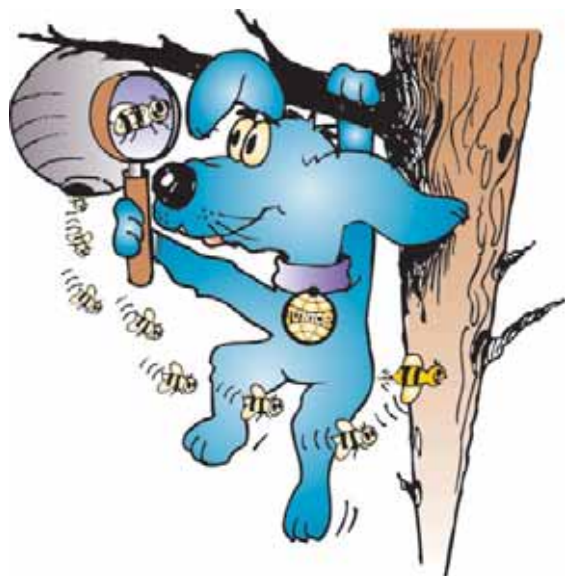
Det lokale arbeidet i Juniorforbundet foregår i grupper som har ulike aktiviteter - teater, leker, friluftsliv, hobbyaktiviteter, dans, sang, leire, kurs og aksjoner.

Arbeidet i IOGTs Juniorforbund bygger på fire utfordringer for medlemmer og ledere:

VÆR DEG SELV!

Bare du er du. Ingen andre har opplevd akkurat det du har opplevd. Ingen andre har akkurat dine talenter og egenskaper., Verden er full av barn som hver for seg er helt spesielle. Men vi har én ting felles: Vi er alle like viktige. Vi er alle like mye verdt som mennesker.

IOGT Juniorskal være et trygt sted å være for barn. Her kan du få være deg selv, samtidig som du lærer å godta andre som de er. Det er forskjellene som gjør det spennende å være sammen.

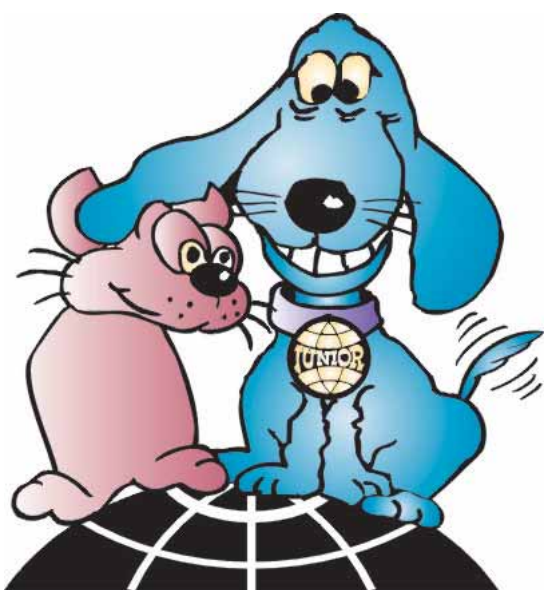


VÆR NYSGJERRIG!

Du har mange flere talenter og evner enn du vet om. Du finner dem bare ved å prøve. Nysgjerrighet er en god ting. I IOGT Junior skal du få bruke nysgjerrigheten din. Gjennom våre aktiviteter får du undersøke, oppleve, prøve. Kanskje finner du et talent for sang, dans eller skuespill. Kanskje oppdager du at du er god til å organisere eller lede. Eller god til å ta deg av venner.

VÆR ÅPEN!

Mange problemer oppstår fordi vi ikke vet nok om andre mennesker og hvordan de tenker. Det kan være folk i andre land, eller det kan være vår nærmeste nabo eller venn. Språk, hudfarge eller tro kan skape murer mellom mennesker. IOGT Junior arbeider for å fjerne slike grenser og murer. Vårt utgangspunkt er at en fremmed er en venn du ikke kjenner.



VÆR EN VENN!

Det er mange som trenger deg som en venn. Vennskap betyr å stille opp når noen har det vanskelig. Det kan være noen i nabolaget eller på skolen eller i nabolaget som blir mobbet. Men det kan like gjerne være barn 5000 kilometer unna som trenger mat, medisiner eller skole. I IOGT Junior arbeider vi for å dele godene mer rettferdig. Også kloden trenger deg som en venn. I dag ødelegger vi naturen for oss selv og for dem som kommer etter oss.

IOGT's Juniorforbund

Boks 8857 Youngstorget, 0028 Oslo. Tlf. 23 21 45 91. E-post: junior@iogt-junior.no

Hjemmesider: www.iogt-junior.no



De usynlige barna

Mange tusen barn her i landet har en oppvekst som er preget av foreldrenes alkoholvaner. Mange av barna er mindreårige. De er i en alder da de mest av alt trenger trygghet, forutsigbarhet og omsorg. I stedet blir mange av dem sittende med ansvar for både seg sjøl, foreldre og søsken.

Bare en brøkdel av disse barna kjenner vi til. Og enda færre får hjelp. I en slik situasjon er det viktig å holde fast på at ett barn til som lider, er ett for mye. Derfor må vi satse hardt på forebygging av alkoholproblemer – blant voksengenerasjonen. Mislykkes vi her, får vi mange nye barn som får sin oppvekst ødelagt av voksnes drikking.

Heldigvis opplever vi nå en økende bevissthet om lidelsene til barn som vokser opp i familier som er dominert av fyll og spetakkel. Både politikere, fagfolk og frivillige organisasjoner har satt fokus på disse "usynlige barna". Dette er virkelig på tide. Det dreier seg om barn som lider i det stille, uten noen å snakke med, uten tilgang på hjelp, uten noen sjanse til å bearbeide alt det dramatiske de opplever.

I artiklene i dette temaheftet prøver vi å gi et bilde av de usynlige barnas situasjon. Hvordan oppleves det innenfra? Hva sier fagekspertisen om disse barna? Hvordan kan vi forebygge problemene? Hvilke hjelpetilbud finnes? Teksten er ved journalist og sosiolog Sidsel Skotland.



Utgitt av IOGTs Juniorforbund

TRYGG OPPVEKST
Et modningsprogram for barn og unge

ISBN 978-82-994735-4-5