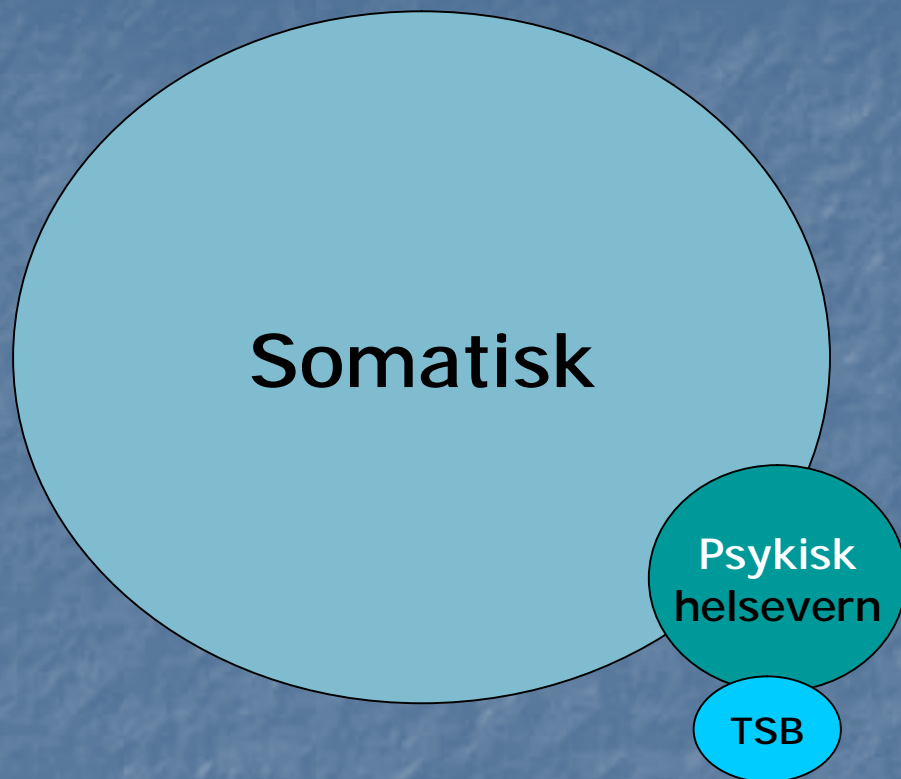


...Barn som pårørende i
rusfamilier:

- Hva er kjent om skadevirkninger
på barna?

Anders Hellman
Seniorrådgiver
KoRus Vest Avd. Stavanger
Rogaland A-senter

Dimensjonering av tjenesteområdene innen spesialisthelsetjenesten



- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling består i tillegg av mindre enheter, og framstår mindre samlet enn de andre tjenesteområdene

”De glemte barna”

- n Disse barn prioriteres ned av foreldre på grunn av prioriteringen av å hjelpe misbrukeren evt. av skyld og skamfølelse
- n Disse barn prioriteres ned av behandlingssystemet på grunn av insentivene for produksjon leder til prioritering av behandling av individet heller enn familiebehandling og samarbeid.
- n Organiseringen med individuell sykdomsforståelse, diagnosefokus, spesialisering av tjenester og kjerneoppdrag, har vært en systemfeil i forhold til disse barn.
- n Barna blir derfor lett dobbelt glemte, av behandlere og av foreldre

Barnets opplevelse av ulike "sykdommer"

- n Det etiske panorama: Fokus for daens gjennomga

Syk, Psykotisk, P.F., Alkohol/Tabl., Stoff, Forsømmelse, Vold.

"Kan ikke"

Syk

"Vil ikke"

Svak

"Bryr seg ikke"

Ond

Hvem "eier" rusproblemet?

- n Det er ikke misbrukeren alene som har rett til og avgjøre om det foreligger et rusproblem eller ikke.
- n Rusmiddelbruk har konsekvenser for alle som lever i misbrukerens nære omgivelser.
- n Både barn og samlivspartner har rett til å påpeke problemet fra sin synsvinkel og få den hjelpen de trenger. (fra brosjyre laget av Rogaland A-senter på slutten av 80-tallet.)
- n Flere forskere har vist at fokus på "beste" hjelp til pasienten, kan medføre skader på barnets utvikling.
- n Dette er også bakgrunnen for at vi nå plikter å undersøke hvordan barn av våre pasienter har det.

Stigmatisering

- n Rusavhengige, psykiatriske pasienter og voldsutøvere er upopulære mennesker.
- n I tillegg er Psykiske ledelser, Rus, og Vold er områder som er skremmende for befolkningen og for de som har disse problemer selv. Familien har en hemmelighet.
- n Dette leder ofte til at foreldre / familier som kunne søke hjelp for sitt rusproblem, ikke gjør det.
- n Videre at sykdommen selv eller konsekvensene blir benektet, projisert på familier som har det verre, avskrevet med at barna selv er årsaken til evt konflikter
- n Psykopp, Voksne for barn, samt Barns beste, er viktige medspillere i dette arbeid

"Polariserte relasjoner"

Foretrukket
problemforståelse:
Jeg er.....

Benekting

Projeksjon

Omvending

Projektiv ident.

Utagering

"Problem - koret"
Du er....

Hva er et rusproblem

- n Et rusproblem oppstår når personens bruk av rusmidler går ut over andre
- n En av de tidligste virkningene er på de pårørende.
- n Det er ikke fremst dosen, men i hvilken grad rusen river opp familiens funksjon, spesielt regler, ritualer og rutiner.

Hva er avhengighet

- n Handlinger som gjentas til tross for negative erfaringer
- n Gjentakelser til tross for møte med sanksjoner og fordømmelse
- n Gjentakelser til tross for overveielse, beslutning og bestemmelse om å slutte
- n Fremstår som upålitelig og ambivalent
- n Handlinger utløser stor fortvilelse og gir opplevelse av maktesløshet
- n Fenomenet som handlingene rettes mot oppleves styrende, mer enn at personen styrer sine handlinger

Ungdom/voksne har høyere risiko for

- n Depresjoner
- n Spiseproblemer
- n Psykosomatiske plager
- n Mangel på selvtillit
- n Identitetsproblemer / borderline
- n Samlivsproblemer
- n Rusproblemer
- n Kriminalitet

Barn i misbrukerfamilier vil ofte fortelle om eller vise

- n Magesmerter
- n Anspenhet i muskler
- n Hodepine/ migrene
- n Tristhet/ hemmethet/ mimikkløshet
- n Konsentrasjonsproblemer
- n Enurese/ encoprese (ufrivillig vannlating/ ufrivillig avføring dag eller natt)
- n Motorisk uro

Rusmiddelmisbruk i et familieperspektiv.

- n Det foreligger et rusmisbruk når bruken av rusmidler virker forstyrrende inn på de oppgaver og funksjoner som skal ivaretas av familien.
- n Dette innebærer også hvordan de følelsesmessige relasjonene belastes og forstyrres av et familiemedlems bruk av rusmidler.
- n (definisjon i Sirius rapport nr.1/2006 om tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer)

Sett ikke pasienten i sentrum, sett pasientens barn i sentrum !



Hvorfor og hvordan oppstår skade på barnet:
Barnet påføres skader i interaksjonen med familien
Barnet, Foreldrene og Situasjonen innvirker

- n Barn fungerer ikke utenfor en relasjon til en "forelder".
- n Å bli foreldreløs den verste tenkelige hendelse for barn
- n Positiv tilhørighet i familien predikerer god utvikling.
- n Barn (og alle primater) observerer alltid "foreldre" siden utviklingen til barnet avhenger av dem.
- n Forskning på fobier: hvis barnet oppfatter mamma som redd utvikles fobier, ikke ellers.
- n Barn utvikler en ekstremt fleksibel tilpassning, tilknytning og selvforståelse for å bevare relasjonen til forelderen.
- n Budskapet fra et barn trøbbel blir derfor ofte indirekte

Sosialiseringprosessen

- n Barn lærer å skille mellom ulike familiemedlemmer. "De viktige" Mamma (& Pappa) er nr 1, så følger Besteforeldre, "Tanter og onkler" samt fremmede. Barn tillegger kjærlighet og lojalitet til de som er viktige.
- n Etter hvert utvides systemet til mennesker med andre roller, som en forberedelse til selvstendighet; Kongen (og Dronningen og Prinser og Prinsesser), Doktor, Beste kamerat / venninne, Lærer, Klassekamerater, osv
- n Til sist utvikles evnen til å stå alene, stole på fakta og observasjoner, ikke på kilden til informasjoner osv.

Forskningsfunn: Effekten av oppvekst hos foreldre / søsken med omfattende somatiske, psykiatriske eller rusproblemer

Påvirkningen ser ut til å virke på tre nivåer:

- n Tidlig i form av usikker tilknytning
- n Utilstrekkelig sosialisering.
- n Uønskede (evt. repeterende) negative hendelser.

- n Påvirkningen av disse hendelser på barnet vil variere ut fra barnets stadium i utviklingen. For eks er en plutselig uforklarlig separasjon fra en forelder en stor belastning, for et barn tidlig i utviklingen. Senere i separasjons og individuasjonsprosessen er dette ikke en like stor belastning.

- n Oversikt over risiko ved ulike alder utarbeidet i 05.

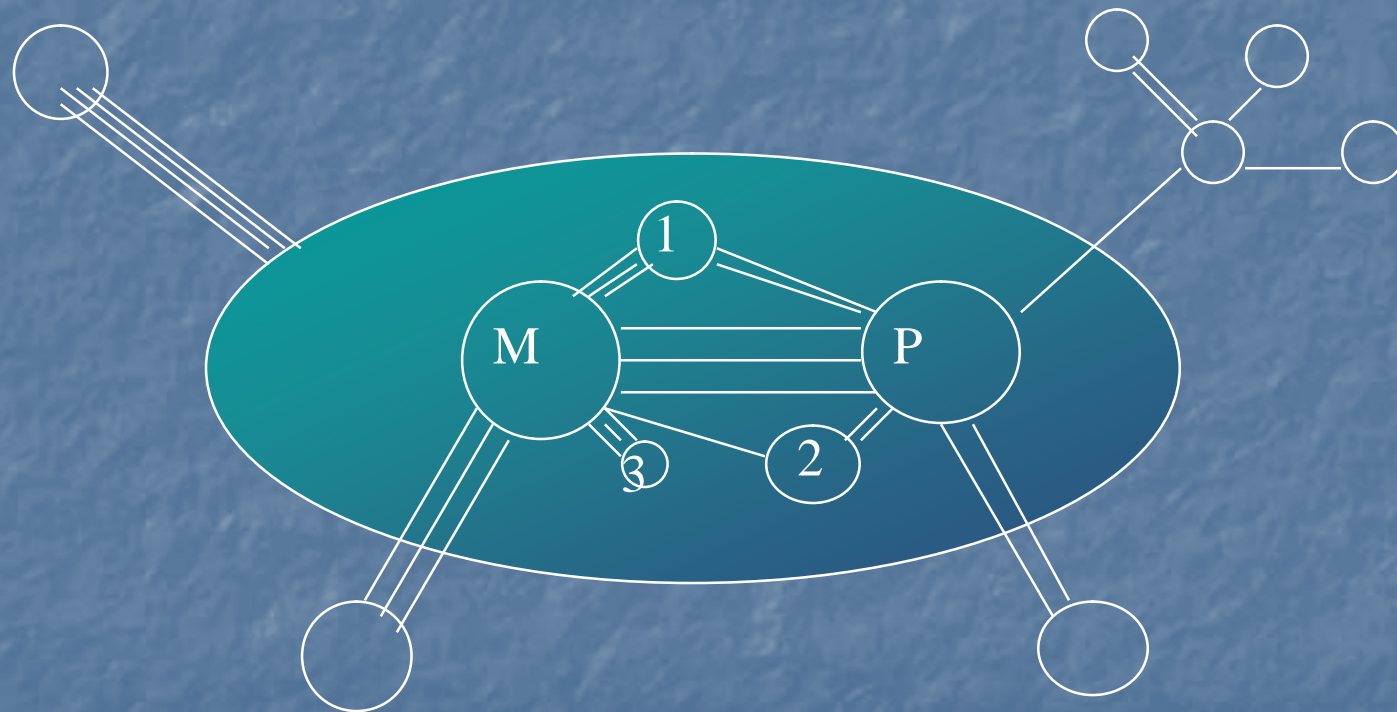
Forskningsstatus: Barn som pårørende

- Det er godt dokumentert at barn opplever skader hvis rus hos foreldrene leder til kaotiske oppvekstforhold:
- Tilknytningsforstyrrelser
- Manglende sosialisering i forhold til rolleforståelse og identifisering med holdninger, regler og rutiner som normalt blir formidlet via familien, svekket identitetsfølelse . - Hva er normalt?
- Manglende utvikling av en sunn selvfølelse og grensesetting som påvirker senere individualisering og separasjonsutvikling. - Alt går an?

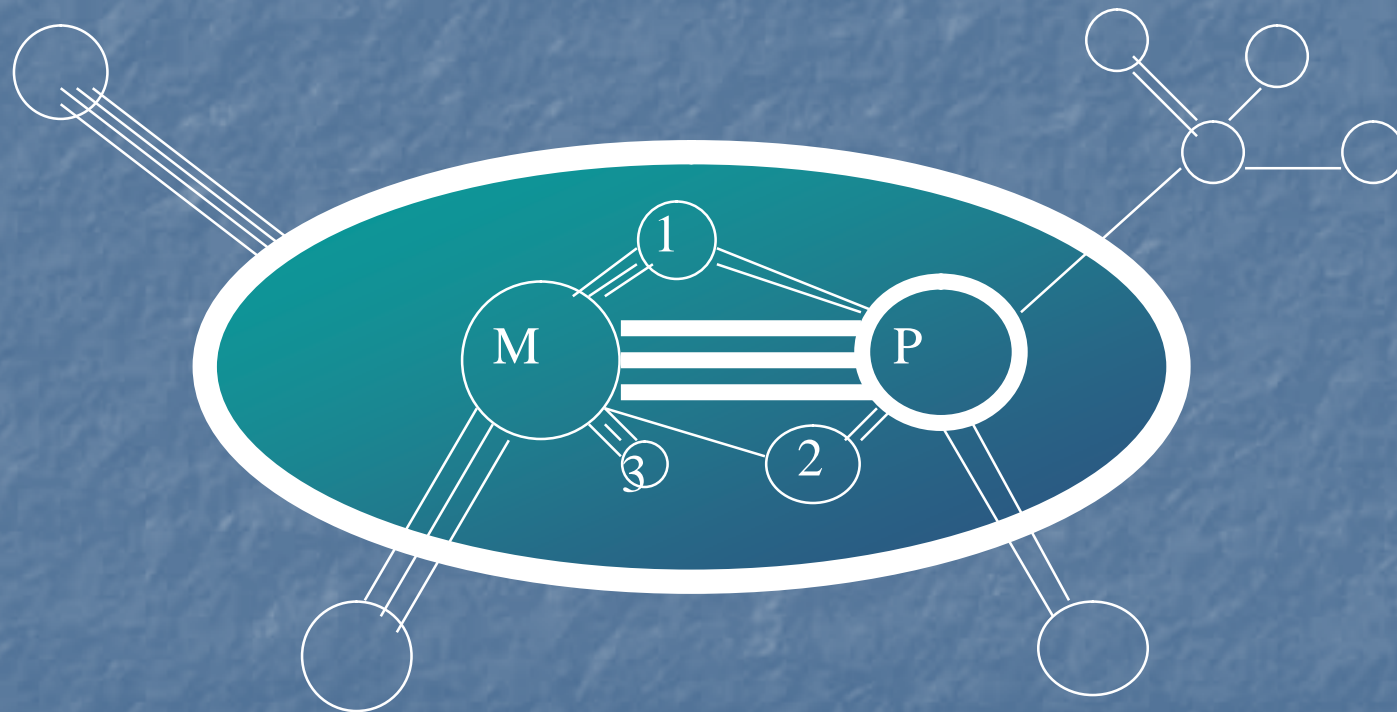
Reduksjon av antallet risikofaktorer for barn som er pårørende er viktig på grunn av de sameksisterende lidelsene – tre-generasjonsperspektivet.

- n Barn av foreldre med rusproblemer har en øket risiko for eget problematisk rusbruk. Gutter kopierer fedres rusing stor rekruttering, ca 30%, ved omfattende påvirkning av familien.
- n Hvis foreldrene har en eller flere av: somatisk sykdom, rusavhengighet, og psykisk sykdom er effekten sannsynligvis ikke additiv men multiplikativ, og dette gjelder også for vold i familien som risikofaktor.

**Generelle faktorer:
Samspill v kronisk sykdom
1. "Normalfamilien"**

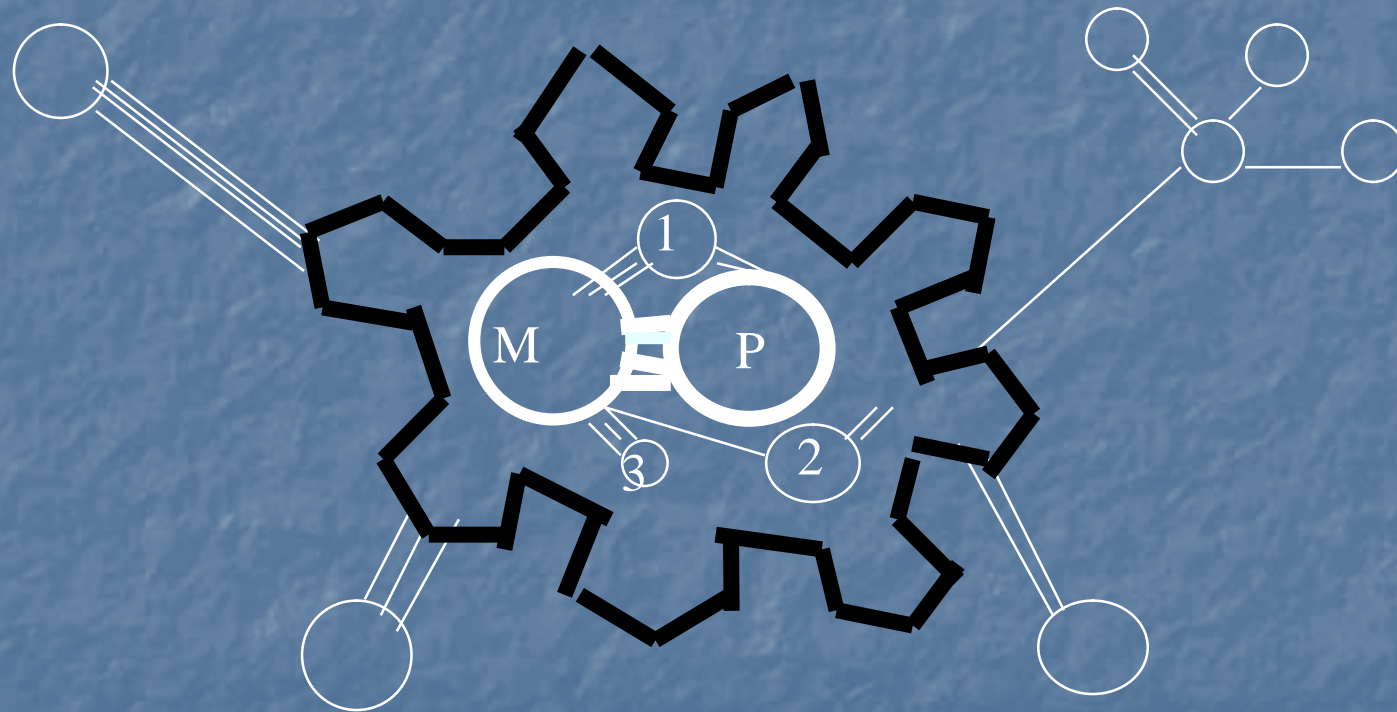


Samspill ved kronisk sykdom: 2. Stress på grunn av akutt episode



Samspill ved kronisk sykdom:

Repeterende uønskede hendelser inntreffer. M Øker hjelp i forhold til P, Fokus på samhold i familien, Tabuisering

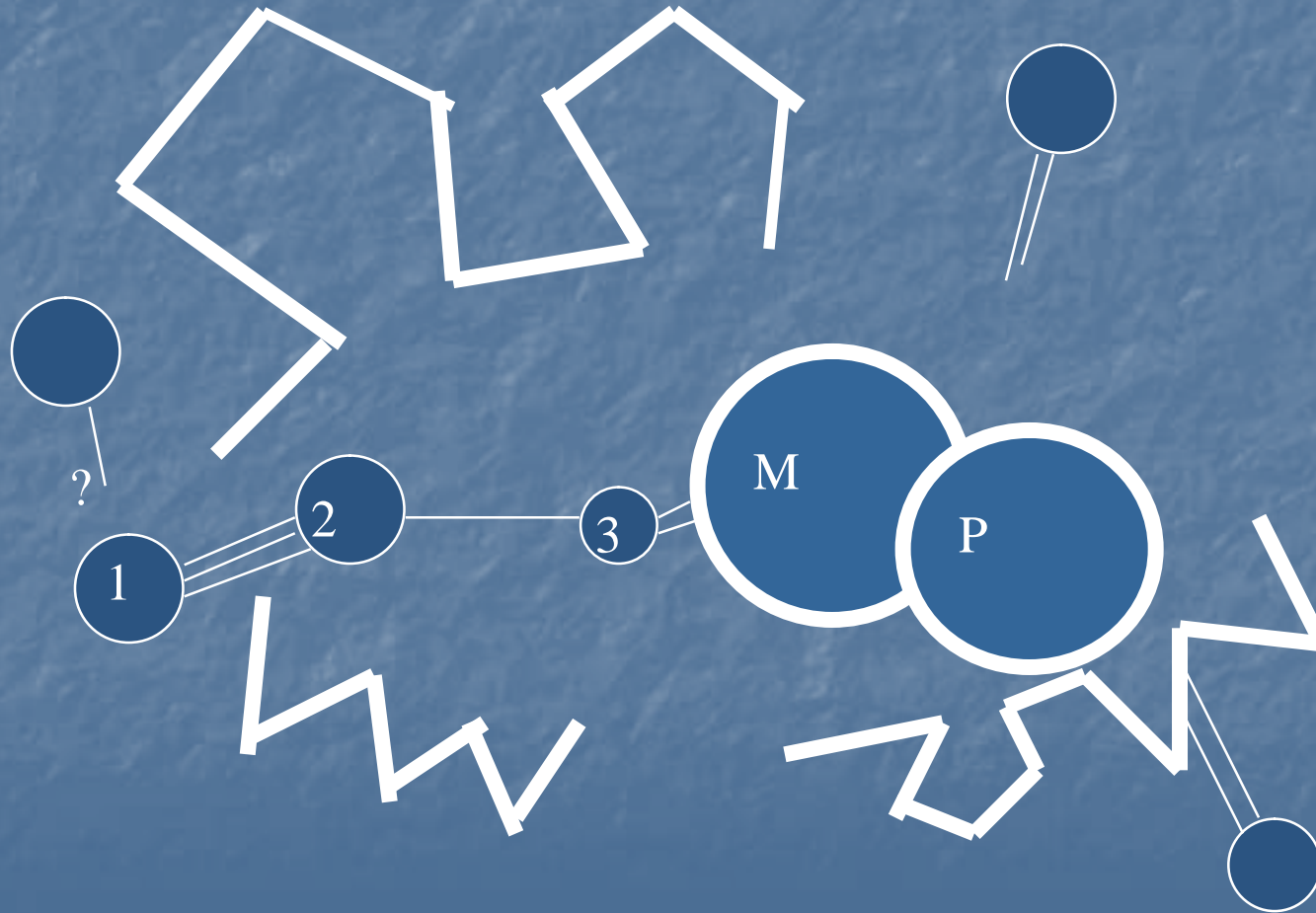


Langvarig krise



"Kronikerfamilie"

Myndigheter



Post-skilsmisse familien

- Etter lang tids lojalitet med en mann som er avhengig av alkohol skiller mor seg.
- Utviklingen har da ofte være at barnas opplevelse ikke ha vært gyldiggjort, dvs svikt hos far er blitt bortforklart, og far som på det tidspunktet var "prosjektet" til mor blir plutselig devaluert.
- Mor søker så samtaler for at barna skal "få det ut" dvs hva han har gjort, i disse samtaler.
- n Fordømmende omtale i forhold til sørgeprosessen etter far, hva er mistet?

Medavhengighet hos den andre voksne

- n Aktiviseres for å unngå sammenbrudd i familien eller død, et hjelpeprosjekt starter, Inkonsistent atferd i ulike faser av rus / avholdenhet
- n Øker engasjementet / involveringen i misbrukeren
- n Redigerer historien til familien
- n Prioriterer; setter tilside egne behov og andre relasjoner enn til rusmisbrukeren
- n Stadig uro, øket behov for kontroll.
- n = Medavhengighet

Den indre familien - post skilsmisse intervensjoner

- n Manglende koordinering i tid (Mor -barn)
- n Mor : Han var ingenting å ha...
- n Barn: Du sa han bare hadde vansker men han ville klare det...
- n "Parallelle historier som familiemedlemmene har om hverandre"

Spesielle tilpasninger ved rus

- n Rolle utformingen hos barn; "Helt", "klovn", "syndebukk", "Lost child" (Wegscheiders typer)
- n Bi-fasisk familiefungering kjennetegnes av stor ulikhet i familiesamspillet med hensyn til regler og roller i perioder med alkoholbruk, jevnført med de perioder hvor det er avholdenhet. Barna lærer at det er ulike regler men kan kommentere dem. Når det er risiko for tilbakefall må alle være forsiktige
(Steinglass, P. 1986)
- n Permanent svekket foreldrefunksjon fremmer Parentifisering, d.v.s overtakelse av foreldrenes funksjon, hos et barn.

En del barnproblemer ved rusing / kaos

- n Barnet kan på grunn av kaos ikke tillate seg å se foreldrerens fungering
- n Forsøk på å fylle tomrommet etter foreldre som omsorgsperson-
parentifisering.
- n Ansvarstaking for spenninger - megler, syndebukk, clown
- n Dissosiasjon (spes ved søskenparentifisering)
- n Overinvolvering / "Hypervigilance"
 - n Uro for skilsmisse
 - n Uro for helse / sikkerhet til forelder (spes dobbeltdiagnoser)
 - n Redsel for tap av kontakt med forelder
- n Kopiering av symptomatisk foreldreaktivitet (spes dobbeltdiagn)
- n Bifasisk fungering leder til underkastelse (etter mange protester)
og til regelstyrt, skjebnepreget og rigid fungering.

Studier over Alkohol relatert til familiefungering

1. Familiemedlemmene tror at alkohol ikke er årsaken til familiens problemer. Foreldrene avviser ofte barnas spørsmål om drikking ved å minimisere eller benekte at drikkingen forekommer.
2. Noen eller noe forårsaker alkoholikerens avhengighet, han / hun er ikke ansvarlig. Alkoholikeren kan verbalt beskyldt et barn for deler eller alle problemer familien strir med. Barnet kan ta skylden og bli syndebukk.

Rusrelatert samspill

- n I familien er foreldrekonflikter rundt rus og vold problematisk, fordi kravet om å unngå psykologisk dissonans for ektefellen ofte medfører at barnets redsel eller til og med faktiske observasjoner til barnet blir benektet, for at familien skal "kunne gå videre".
- n Dette er beskrevet som ugyldiggjøring av barnets opplevelse og prosessen med prioritering av den avhengiges behov, som medavhengighet.
- n I tillegg forekommer, et ønske om å holde fasaden vis a vis omverdenen slik at ikke pinlige og skamfulle episoder kommer ut.

3. Alkoholikerens atferd under drikkeepisodene er uprediktable (for eksempel fremsettelse av ekstreme krav, eller uriktige beskyldninger). Empati og kognitive evner går ned under rusen. Samtale med en ruset forelder føres på den berusedes premisser (fylletelefoner)
4. Dessuten er det usikkert når drikkeepisodene vil finne sted. Når barna utsetes for uprediktable livssituasjoner vil de respondere med årvåkenhet / sensitivitet (hypervigilance) overfor forandringer.

5. Status quo søkes opprettholdt for enhver pris. Det sensitiviserte barnet vil respondere på enhver hendelse eller budskap som det opplever som en forandring med en ekstrem forsvarsholdning eller en eller annen form for utagering, som en respons på forandringen heller enn en strategi for å møte forandringen.

6. Alle i familien må bli "medavhengige" til en viss grad. Ofte er det barna som agerer voksenroller som den alkoholiserte forelder har abdisert, for å bevare familien. Dette muliggjør fortsatt familieliv og samhold og at alkoholikeren kan drikke videre.

7. Familiemedlemmene mister evnen til å diskutere det faktiske alkoholmisbruk som foregår i familien, hverken med hverandre eller med folk utenfra. Familien har en "tabuisert" hemmelighet; barn kan ikke åpent snakke om drikking eller drikkeatferd som den er i deres familie; ofte leder dette til en følelse av isolasjon.
8. Ingen kan si hva han eller hun egentlig føler. Barna lærer at følelser eller selvavsløring ikke vil bli satt pris på innenfor familien, og bør unngås. Også i nøkterne perioder fordi: "Den som har sluttet, kan begynne igjen..."

En meget høy % av familier med en alkoholmisbrukende forelder har en dysfunksjonell kommunikasjon.

Familiene kjennetegnes videre av vansker med lederskap i familien , øket antall konflikter, og vansker med å endre regler.

Sekundære forandringer oppstår:

- n Manglende organisering
- n Parentifisering (nye omsorgsoppgaver)
- n Kaotiske / evt. traumatiserende episoder
- n Overhyppighet av andre risikofaktorer.

Rusrelatert samspill

forskningsfunn

- n Familiens interaksjon er organisert rundt rusmisbrukeren. Rusen er den sentrale organiserende faktor, for rusmisbrukeren og for familien.
- n Benekting, forvrengt kommunikasjon.
- n Forringede mestringsstrategier
- n Utilfredsstillende samhørighet i familien
- n Forstyrrede lederskapsfunksjoner / struktur
- n Forhøyet stress og konfliktnivå
- n I > 90% av familier med alkoholproblemer beskrives et dysfunksjonelt samspill i familien
(Lingaard, 2006)

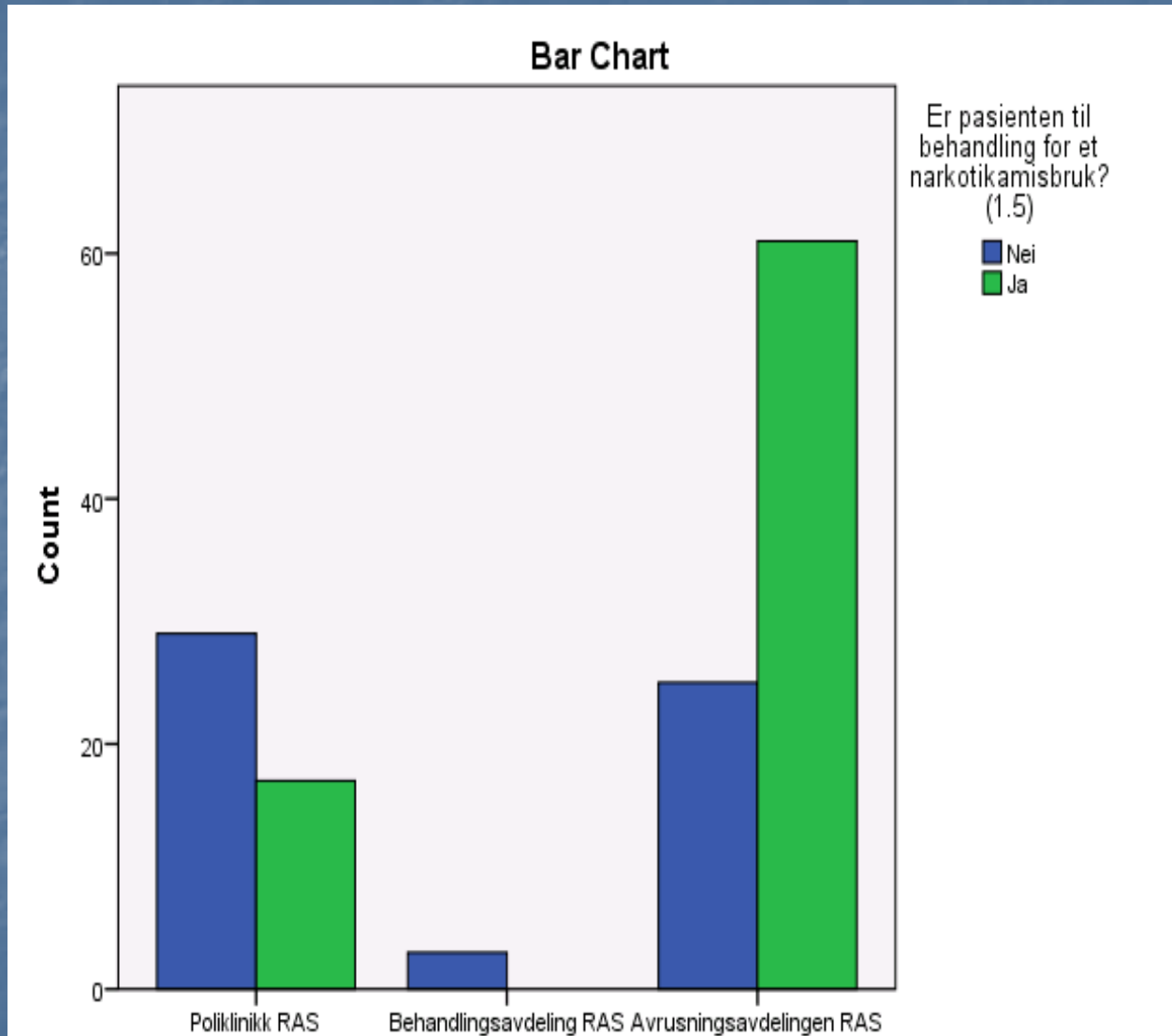
Barns situasjon, forskningsfunn

- n Mer eksponering for foreldrenes drikking
- n Opplevelse av foreldre som dårlige modeller
- n Angir større grad av konflikt til foreldrene
- n Opplever mer konflikt mellom foreldrene
- n Oppgir mer fysisk og emosjonell misshandel (Reich 83)
- n Dårligere tilknytting jo mer alkoholbruk (O'Connor 87)
- n Forverring av hjemmemiljøet hvis samtidige psykiske problemer hos foreldrene (Reich 88)

Andre rusmidler

- n Legale og illegale:
- n Foreskrevne legemidler og alkohol en egen gruppe som opplever seg som insiders
- n Illegale rusmidler; En har tatt et valg, medfører økt tabuisering for barnet – risiko for separasjon hvis barnet forteller om det.
- n Episoder med "etisk lavmål" påvirker selvforståelsen

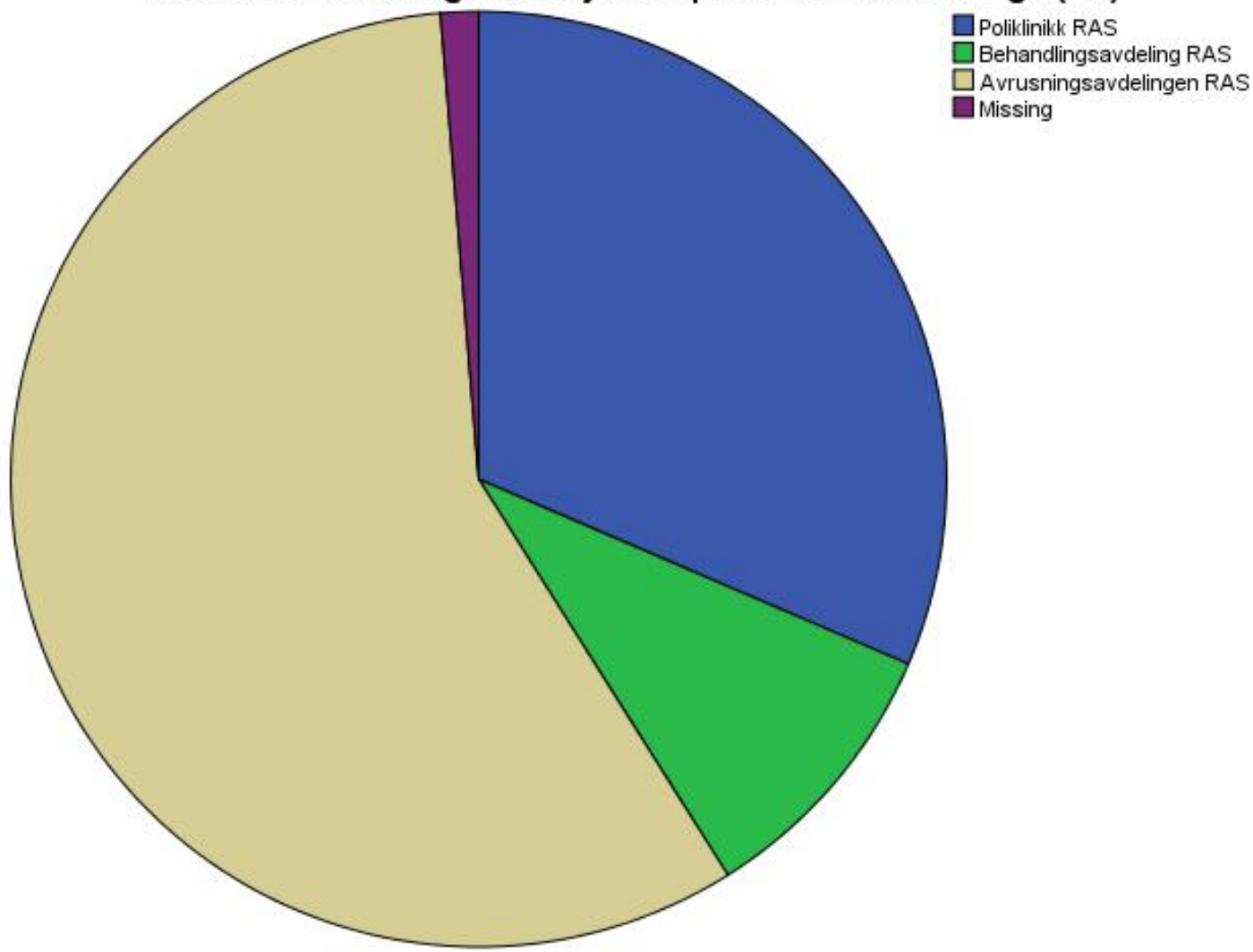
Alkohol versus narkotika



Foreldre med Narkotika og Alkohol på RAS

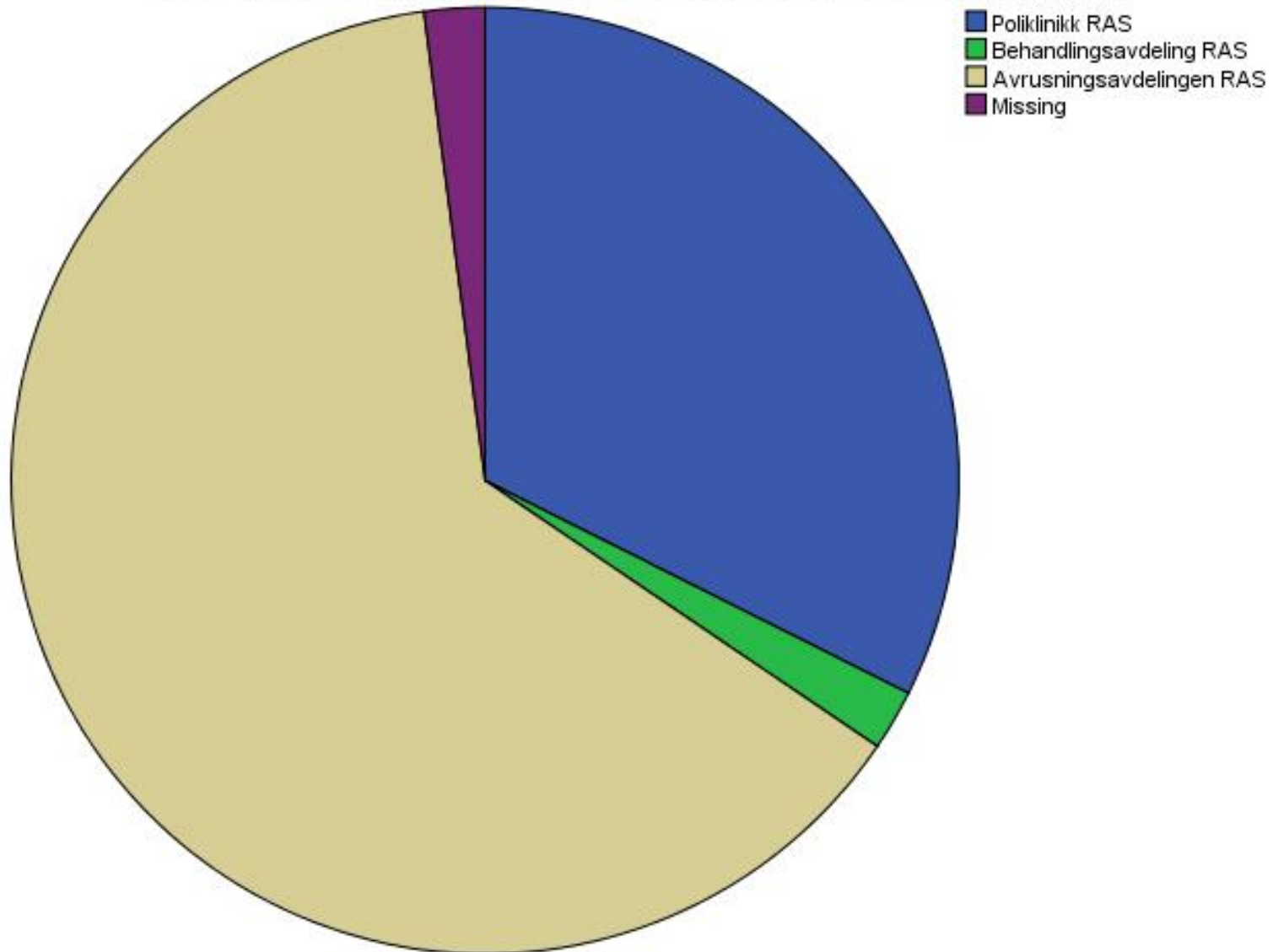
Hvor registreres barna på RAS?

Ved hvilken avdeling/institusjon får pasienten behandling? (1.4)



Antall foreldre i 2012 på RAS og hvor de var innlagte

Ved hvilken avdeling/institusjon får pasienten behandling? (1.4)



Hvem har den daglig omsorg for barnet under behandlingen?

		Frekvens	Prosent	Valide registreringer i prosent	Kumulative Prosent
	Mor og far	37	25,5	26,1	26,1
	Mor	66	45,5	46,5	72,5
	Far	13	9,0	9,2	81,7
	Fosterforeldre	18	12,4	12,7	94,4
	Slekt	7	4,8	4,9	99,3
	Annet	1	,7	,7	100,0
	Total	142	97,9	100,0	
Missing	System	3	2,1		
Total		145	100,0		

Tidlig intervensjon i TSB?

- n 12.5% av foreldre som er innlagte ved RAS har allerede barn i fosterhjem. Narkotikamisbrukende foreldre er overrepresenterte.
- n For denne andel er det for seint med tidlig intervensjon.
- n Skadereduksjon i forhold til andre barn, er derfor viktig, men også oppmerksomhet på innvirkningen på pasientgruppen, som i forskning er beskrevet som i høy risiko for forverring og funksjonsfall.
- n Vil en endre dette bilde må tidlig intervensjon som regel utføres i kommunen

Ulik belastning på ulike avdelinger

- n Avrusningsavdelingen står alene for mer enn 50% av alle barneregistreringer ved RAS i perioden 2008 til og med 2012.
- n Avdelingen har en flere barneansvarlig enn de andre avdelingene, men nesten dobbelt så mange registreringer som poliklinikken som er nr.2. I tillegg er forløpen raske, og vinduet for registrering kortere, p g a abstinens under innledningen.
- n En ekstra Barneansvarlig, og rasjonalisering av registreringen, på AA, vil påvirke en betydelig del av de totale barneregistreringene på RAS.

Oversikt over hjelp / tiltak til barna utenfor RAS ut fra tekstkommentarene i Barneregistreringsskjema i 2012.

n	Barneverntjenesten ^[1]	63 registreringer
n	Barnepsykiatri ^[2]	10 ----- "-----
n	PPT ^[3]	9 ----- "-----
n	Fosterhjemsplassing	16 ----- "-----
n	Annet ^[5]	5 ----- "-----

- n ^[1] (samtale, utredning, rådgivning, tilsyn med besøk)
- n ^[2] (Utredning)
- n ^[3] (Utredning , tilrettelegging av skolesituasjonen)
- n ^[4] (Fosterhjemsplassing og godkjent plassering hos slekt, gjennom Bv.-tjenesten)
- n ^[5] (Familierådgivning, samtale helsestasjonen og lignende)

Hjelp utenfor Rogaland A-senter til barn av foreldre til behandling for Alkoholmisbruk og til behandling for Narkotikamisbruk ved i 2012: (N = 282 reg.)

	Alkohol	Narkotika	Total
Unders. sak i Bv. tjenesten	37	26	63
Barnepsyk. utr.	3	7	10
PPT	5	4	9
Fosterhjems-plassering	2	14	16
Annet	8	4	12
Total	55	55	110

Narkotika vs alkohol

Illegale misbrukere blant våre pasienter er sterkt overrepresenterte på AA.

- n Kontakt med Barnvernet er den vanligste kontakten med hjelpeapparatet.
- n Fosterhjemsplassing er 7 ganger vanligere for barn i denne gruppe (14 plasseringer)
- n Situasjonen til flere barn av alkoholmisbrukende foreldre undersøkes av Bv., men dette leder bare til 2 plasseringer.
- n I litteraturen beskrives Alkoholfamilier som de som skaper "lavnivå" langtidsskader hos barn

Kontroll over følelser

- n Amfetamin
- n Forløpet kjennetegnes av:
- n Innledende eufori, overvurdering av egne evner og sentimentalitet
- n Etter hvert hyperaktivering, økende irritasjon tiltakende kognitiv desorganisering, evt. med paranoide ideer.
- n Til sist tilbaketrekking og langvarig søvn med etterfølgende utmattelse.

Kontroll over følelser

- n Ved høye nivåer av narkotikaavhengighet, spes injeksjonsmisbruk av amfetamin og opiater, vil den følelsemessige kontrollen være i fare på grunn av svingninger i psykisk fungering og selvfølelse. Atferden vis a vis barnet kan variere mellom pratsom og kjærlig, til irritert og opptatt av egen situasjon, til tilbaketrukket, på kort tid.

Kontroll over følelser

- n Alkohol er sterkt relatert til vold, (jevnfør statistikk over kriminalitet, vold og husbråk)
- n Forskning viser at barn som er vitne til vold - spesielt i forhold til tilknytningsobjekter - fremviser større skader, en de familier som har samme konsum, men som ikke fremviser konflikter.
- n Skadeeffekten øker hvis barnet blir innblandet i tildekkningsoperasjoner i forhold til utøvd vold.

Kontroll over følelser

- n Personlighetsforstyrrelser kan medføre minsket evne til kontroll over følelser.
- n Vansker i perioder hvor barna som et ledd i utviklingen gjennomgår vekstkriser og derved har behov for en øket forståelse for sine egne vanskeligheter.

Omfattende påvirkning

- n Konkusjon: Rus forstyrrelser de fleste områder i familien
- n Virkningen er ikke fremst doserelatert, men rusens innvirkning på familiens sosialiserende funksjon påvirker barna

Kronologi over endringer på dette område

- n 2003. Evaluering av effekten av kvalifisering av tilbudet til barn som pårørende av psyk. pasienter v. SuS. - Prosedyrer innført 92, 10 år etter hadde fortsatt stor variasjon i utførelse hos personalet.
- n 06-07 Utredning av barn som pårørende i samarbeidsforum for rus og psykiatri.
- n 08 – 09 pilotutdanning av barneansvarlige
- n 2010 barneansvarlige lovpålagt i spes. helsetjenesten, endringer i lov om sps.htj., helsepersonelloven

Konkretisering i RAS serviceerklæring i 07

- n RAS skal ha et utvidet perspektiv mot barn og familie/nettverk i sin behandling, på samme måte som tjenester for barn må ha et utvidet perspektiv mot voksne og familie/nettverk.
- n Barne- og pårørende perspektivet skal ha innflytelse på utformingen av planer organisering og tilrettelegging av virksomheten ved RAS. RAS skal aktivt involvere seg i metodeutvikling og samarbeid med andre instanser når det gjelder å høyne kunnskapsnivået på dette område.
- n RAS som en offentlig tjeneste som forholder seg til foreldre med rusavhengighet, skal etterspørre, og ved behov kunne vurdere barnas situasjon, med tanke på tilretteleggelse av informasjon om pasientens behandling, barn og pårørendes sikkerhet, forebygging av seinskader og kunne gi et kvalitetsmessig god hjelp når det gjelder hele familien.
- n Barneperspektivet og hensynet til barns behov, skal inkorporeres i alle pasienters behandlingsplan der pasienten har barn, særskilt i forhold til planlegging av langtidsbehandling og fjernbehandling.
- n Komparentopplysninger skal med respekt for pasientens rett til å reservere seg mot dette, søkes innsamlet i alle saker. Behandlingsformatet skal som første valg omfatte kontakt med, evt. involvering av de pårørende.

1 Å bedre aktuell livssituasjon og mestring for barn av foreldres psykiske – og /eller rusproblemer

- n RAS skal identifisere og kontakte alle pasienter med barn, for å innhente opplysninger om barns situasjon, på det nivå som er krevd i rundskriv IS-5 2006.
- n RAS skal utføre en sikkerhetsvurdering, evt utforme en sikkerhetsplan i samarbeide med foreldrene, på bakgrunn av opplysningene i pkt 1 som kan gi skjerming fra rus, vold og kaos, der det er risiko for at barnet eksponeres for dette.
- n RAS følger kravene i rundskriv IS-17 2006 m t p opplysningsplikten til barnevernet.
- n RAS skal gi en sensitiv og korrekt informasjon til alle aktuelle barn om foreldens behandling her.
- n RAS skal søke å bevare og utvikle barnets positive tilknytning til foreldre ved å bruke løsnings- og resiliens-baserte tilnærminger.
- n RAS skal legge de fysiske og behandlingsmessige forhold til rette for besøk av barn under pasienters opphold hos oss.

2 Å forebygge barns framtidige sykелighet og tilpasningsproblemer

- n RAS skal utføre en kvalitetssikret risikovurdering på akutt og på lengre sikt med tanke på barnets psykiske utvikling.
- n RAS skal kunne gi alle våre pasienter, barn og pårørende, tilgang til foreldrefokuserte tiltak, barnefokuserte tiltak, og familiefokuserte tiltak hvis det er indikasjoner for dette.
- n RAS skal henvise til familiefokuserte forebyggende programmer, for eks Webster-Stratton, eller PMT, der det er indikasjoner for at dette kan være nyttig.
- n RAS skal henvise til barnefokuserte hjelpetiltak utenfor RAS: Ved diagnostiserbare barnepsykiatriske lidelser, til primær eller spesialisthelsetjenesten der en kan stille en diagnose, og til universelle forebyggende tiltak som barnegrupper der hvor en ikke kan diagnostisere barnet.

3 Å hjelpe foreldre med psykiske og/eller rusproblemer til å sikre sine barn god omsorg og utvikling.

- n RAS skal informere og motivere pasienter med rusavhengighet til å skjerme barn og pårørende fra rus, kaos og traumatiske situasjoner.
- n RAS skal gi tilbud om systemisk familiearbeid med fokus på å bevare og forsterke foreldrenes positive bidrag i familien og fremme positiv tilknytning hos barna, fremme positivt familiespill og struktur samt med fokus på å redusere parentifisering og andre symptomer hos barna.
- n Ras skal fortsette med å gi individuelle tilbud til pårørende, og grupper for pårørende, med fokus på de pårørendes egne behov for hjelp.
- n RAS skal på lengre sikt implementere forebyggende evidensbaserte psykoedukative programmer for inneliggende pasienter som er foreldre.

Helsepersonelloven

§ 10a. Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende

- n Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av forelderens tilstand.
- n Helsepersonell som yter helsehjelp til pasient som nevnt i første ledd, skal søke å avklare om pasienten har mindreårige barn.

n

Helsepersonelloven § 10

- n Når det er nødvendig for å ivareta barnets behov, skal helsepersonellet blant annet
- n a) samtale med pasienten om barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Innenfor rammene av taushetsplikten skal helsepersonellet også tilby barnet og andre som har omsorg for barnet, å ta del i en slik samtale
- n b) innhente samtykke til å foreta oppfølging som helsepersonellet anser som hensiktsmessig
- n c) bidra til at barnet og personer som har omsorg for barnet, i overensstemmelse med reglene om taushetsplikt, gis informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og mulighet for samvær. Informasjonen skal gis i en form som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger.

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven).

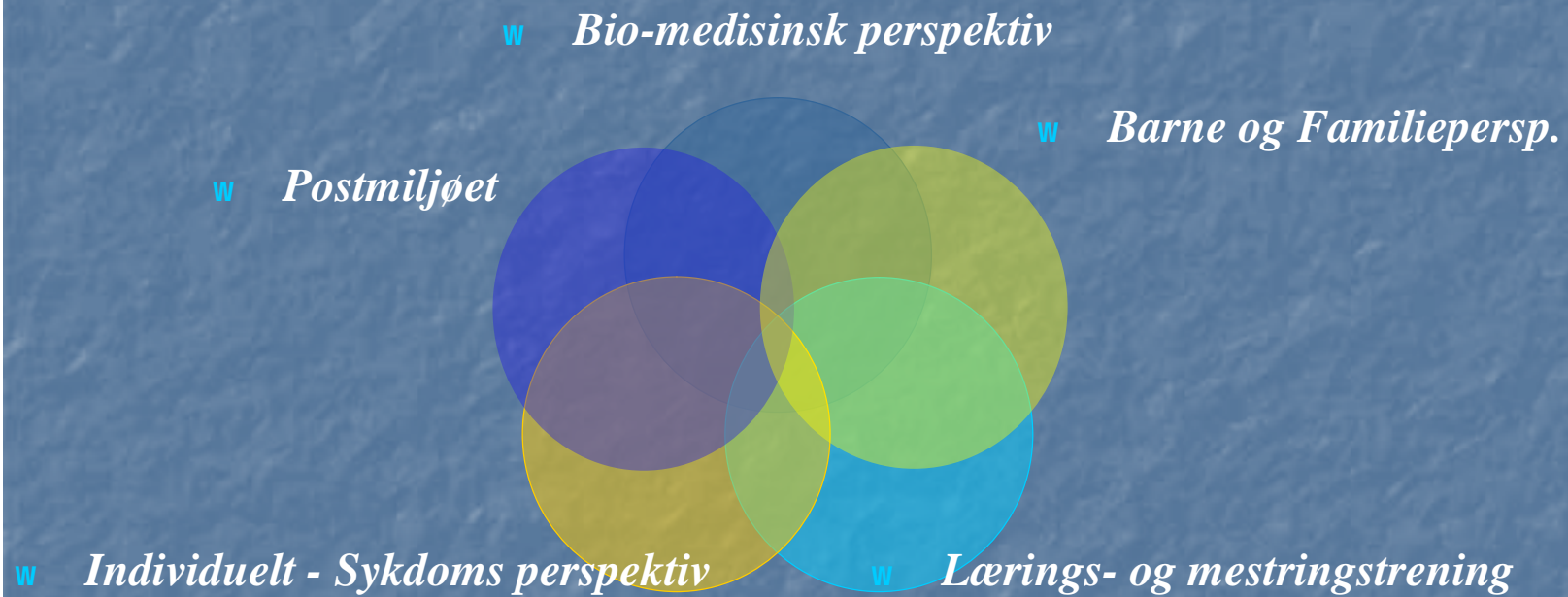
§ 3-7a. Om barneansvarlig personell mv.

- n Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter.
- n Det er altså ikke de barneansvarlige som skal velge en behandlingsform som ikke skader barna det skal den behandlingsansvarlige.

Barneansvarlige og avdelingsøkologi

- § Barneansvarlige vil være sentrale i formidlingen av barns behov inn i alle spesialisthelsetjenester.
- § Dette er en relativt ny og "elevert" gruppe ofte med tre-årige utdanninger som skal fremme et perspektiv som retter fokus mot en utvidet sykdomsforståelse og en skadereduserende praksis
- § Det er et stort behov av fagutvikling for denne gruppe og for engasjement fra ledelse og faglig ansvarlige.

Teori-økologi



Behov for opplæring av klinikere

- n Helsepersonell, ikke B.A. er ansvarlige for at kunnskapen om Familie - barneperspektivet følges i praksis
- n Hva er utdanningsbehovet for at dette skal kunne virkeliggjøres?
- n "Plan for Barn" oppsummerte behovet for opplæring av behandlere. Men den foreslåtte opplæringen ble utsatt p g a innføringen av barneansvarlige.

Monitorering

Det er behov for kontinuerlig å følge med på antall barn av pasienter, og hva RAS leverer til disse:

Reglemessig informasjon må formidles om:

- n frekvens oppdagede barn, og situasjonen ved inntak
- n forelderens problemer hos disse
- n frekvens bekymringsmeldinger på avd.
- n frekvens besøk av barn på avd
- n frekvens samtaler med barn av de barneansvarlige
- n henvisninger, internt og eksternt av barna / familien.
- n Tilbakemelding om resultatet av bestrebelsene med registreringen

Vedlikehold

- n De barneansvarlige må få opplæringen før de tiltrer, I tillegg må vi erstatte avgåtte barneansvarlige straks.
- n For å støtte barneansvarlige er det etablert et møte med BPK, FoU spissområdet og de barneansvarlige.

Områder for samtale:

- n Rapportering til avd ledere, pådrivererollen.
- n Undervisning om barneansvarliges rolle i avd. til avdelingspersonalet
- n Føring av statistikk over egen virksomhet.
- n Samhandling med interne og eksterne instanser.
- n Faglig oppdatering, info til nye.
- n Videreformidling av situasjonen til ledelsen.

n Rus, spesielle risikosituasjoner og faktorer

- n Sikkerhet: Rask endring i funksjonsnivå (f.eks bevisstløshet)
- n Prioriteringen av rusmidlet vil lede til brutte løfter, oppløsning av koordineringen av familien, og manglende evne til å forklare for barna hvorfor rusbruken prioriteres på bekostning av aktiviteter, penger eller tid, til barna.
- n Det er funnet data på at sammenbrudd i familieorganiseringen har større effekt på barnas tilpasning enn faktisk dose, for barn. Spesielt når det gjelder regler, rutiner, og ritualer.
- n I forhold til seinvirkninger i voksen alder er dette dokumentert også i forhold til norske barn av rusavhengige.

Risikofaktorer og –situasjoner II

n Ferdigheter som foreldre:

- n Apati og tretthet hos både psykisk sjuke og rusavhengige går ofte ut over forelderens egen og familiens organisering.
- n Rusing og effekter av sykdommen kan medføre uprediktabel, inkonsistent og ineffektiv foreldreatferd i kontakten med barna.
- n Pårørende blir ofte så utslitt og demoraliserte at de "lar det skure" og ikke søker den hjelp de vet de burde søke for å unngå skade på barn.
- n Hvis barn ikke kan forklare situasjonen ved kompensierende positive opplevelser oppstår over tid en negativ identitet og selvforståelse som reder tilsterkt forhøyet risiko for eget problematisk rusbruk i voksen alder.

Psykisk sjukdom, spesielle risikofaktorer

- n Personlighetsforstyrrelser er sterkt overrepresenterte bland rusavhengige, og er langvarige mønstre for relasjoner med en omfattende effekt på de som lever nær de som har dem.
- n Angst og depresjon er de vanligst forekommende komorbide tilstandene til rusavhengighet

Forsømmelse av fysiske og sikkerhetsmessige behov

- n Pårørende opplyser at de i perioder med vold, eller uttalt rusing, stort sett klarte å se til barnas fysiske behov, men at de periodevis bukket under for fortvilelse og midlertidig ga opp beskyttelse av barna, husstell, klesvask og å prøve å kontrollere interaksjonen i familien.
- n Høy grad av rusavhengighet, vold i familien, og psykisk sykdom, fører til at både barn og foredrenes egne behov nedprioriteres.
- n I klinisk praksis må en dessverre ofte erklære pårørende til voksne rusmisbrukere som "konkurs" for en periode, da de ikke lenger makter å være nyttige for barna eller rusmisbrukeren selv.

Sikkerhetsbasert praksis

- 1 Barnets behov og interesser er overordnet de voksne pasientenes behov. (Ligger allerede inne i ft taushetsplikt / opplysningsplikt i disse saker, dette er viktig i forhold til tabuisering av rusbruken)
- 2 Barn er urolige for om foreldre vil bli syke eller dø, om de vil bli plasserte hos fremmede. Planen for behandlingen av rusmisbruket informerer og reduserer uro.
- 3 Barn skal skjermes for negative effekter av rus. En sikkerhetsplan skal utarbeides.
- 4 Barnets tendens til å ta på seg skyld må adresseres særskilt ansvarsovertaking.

Unge omsorgsgivere



Synet på barn som gir omsorg

- n Skandinavia
- n Storbritannia
- n USA
- n Asia Afrika

RAMMEVERK UK-NORGE

- n UK: Familien er den naturlige tilhørigheten og har ansvar for omsorg og sosialisering.
- n Norden: Likt, men samfunnet har et interesse / krav til sosialiseringen.
- n UK: Barn har rett til vurdering av sin situasjon med tanke på støtte, når de gir omsorg
- n Norden: Barn skal ikke gi omsorg til voksne, barn skal ikke utsettes for å velge

Ulikt utgangspkt

- n UK: Tar primært utgangspkt i omsorgssituasjonen ved somatiske tilstander.
- n Norden; Tar primært utgangspkt i Traume / overgrepsteori, Psykiatri, rusproblemer hos foreldrene og sviktende omsorgssituasjon.

Grad av stigmatisering av gruppen unge omsorgsgivere

- n Barn skal ikke utsettes for altfor vanskelige situasjoner = barn skal ikke gi omsorg?
- n Barns som gir omsorg hører til i helse eller barnevern og det er ikke naturlig?
- n Har barnet selv rett til å velge formen for støtte som gis?

"Brukerundersøkelse" av Unge omsorgsgivere UK

1. Anerkjennelse for jobben vi gjør, vi er ikke objekt for tiltak eller behandling.
2. Tilrettelagt info fra helse og sosial.
3. Medinnflytelse i behandling av forelder
4. Rett til tilrettelagte skoleordninger
5. Rett til avlastning og hjelp i familien
6. Rett til ordninger for å komme inn i arbeidslivet

Mellom brukerperspektivet og risikoperspektivet

- n Vi lever mellom to aspekter: uønskede hendelser, og barn som skal kunne være stolte over at de gir hjelp:
- n Barnets alder og kompetanse
- n Arten av uønskede hendelser
- n Antall risikofaktorer samlet
- n Screening eller utvidet vurdering?

Behovet for klarlegging av barnets situasjon

- n Hvor mye støtte gir barnet?
- n Hvordan påvirkes barnet av sin rolle og familiesituasjon
- n Hvilke tiltak ønsker barnet selv?
- n Går det an å spørre barnet?