

BARNET OG RUSEN

- et temamagasin • 2011



**Alkohol mest
skadelig for fosteret**

**Tidlige vansker hos
det ruseksponerte
barnet**

**Råd og veiledning
til fosterforeldre**

**Samordning og
tiltak**

Kompetansesenter rus - region sør

Borgestadklinikken  ***Blå Kors sør***

Innholds- oversikt

- 4-5 Slik skader rusmidlene fosteret
- 6-7 Tidlige vansker hos det ruseksponerte barnet
- 8-9 Utfordrende skolehverdag med FASD
- 10-11 Tuvas bror har FASD: Se ressursene, ikke bare begrensningene!
- 12-13 Råd fra erfaren fostermor til barn med alkoholrelaterte skader
- 14-15 Veiledning til fosterforeldre
- 16-17 Behov for bedre hjelp til tidligere rusmisbrukende mødre
- 18-19 Nytt forskningsprosjekt om rusbarna i gang ved Haukeland
- 20-21 Fysioterapeut om utvikling hos det ruseksponerte barnet
- 22-23 Samordning og tiltak om FASD
- 24-27 Litteratur og informasjon
- 28 Line er mamma og tidligere rusmisbruker

Ansvarlig utgiver:

Kompetansesenter rus-region sør, Borgestadklinikken
Postboks 1 Sentrum
3701 Skien

Telefon: 35 90 47 00

E post: info@borgestadklinikken.no

Redaktør og innholdsansvar:

Informasjonsrådgiver Hilde Evensen Holm
E post: hilde.evensen.holm@borgestadklinikken.no

Illustrasjonsfoto: shutterstock.com

Opplag: 5000 eks • Sjetten årgang
Bladet distribueres gratis

www.borgestadklinikken.no

Kompetansesentervirksomheten utføres på oppdrag fra:

 **Helsedirektoratet**



Informasjon, tabuer og åpenhet

I denne sjette utgaven av Barnet og Rusen bladet har vi valgt å fokusere spesielt på de rusrelaterte fosterskadene. De siste årene har Kompetansesenter rus- region sør ved Borgestadklinikken vært opptatt av å spre kunnskap om rusrelaterte fosterskader og de utfordringer de som er rammet og hjelpeapparatet har. Det å være med å bryte ned tabuer og jobbe for mer åpenhet omkring problematikken er viktig for oss. Tusen takk til dere som stiller til intervju i dette bladet og deler historien og erfaringer dere har, og slik bidrar til mer åpenhet. God lesning!

Jan Herman Rørvig
Adm dir Borgestadklinikken Blå Kors Sør

Barn skadet av rus i fosterlivet

Årets hovedfokus, de rusmidleksponerte barna, viser oss på mange måter hvor vanskelig livene våre liv kan være. Rusmiddelbrukens konsekvenser for neste generasjons barn blir en vedvarende, tydelig og konkret påminnelse om de ikke ønskede konsekvensene av alkoholbruk, skriver fagsjef ved Borgestadklinikken, Frid Hansen.



Er det etisk riktig å legge vekt på betydningen av å sette en diagnose innenfor FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorders) på et barn eller en ungdom? Er det riktig å påføre foreldre smerte og skyld i forhold til at eget forbruk av alkohol i svangerskapet fikk så store følger? For et fosterbarn eller adoptivbarn som får diagnosen, hva gjør dette med forholdet til opprinnelsefamilie?

Siden alkohol er et legalt rusmiddel og noe de aller fleste nyter i ulike mengder, ser det ut som om vi fortsatt strever med tabuer. Kanskje aller tydeligst blir det når vi står overfor et barn som kan vise tegn på vansker relatert til alkoholeksponering. Hvor dyktige er vi da til å etterspørre alkoholforbruket hos den nybakte mamma?

Tenker vi "gjort er gjort og spist er spist", og undervurderer betydningen av at barnet får den riktige diagnosen?

For noen få år siden ringte en ressurssterk kvinne og spurte meg om hvor hun kunne få utredet barnet sitt. Hun hadde hatt et betydelig alkoholforbruk i de fire første månedene av graviditeten. Hun var overbevist om at barnet var alkoholskadet; men opplevde at ingen av hjelperne rundt henne ønsket å forholde seg til dette. Hun opplevde at de bagatelliserte hennes bekymring, og at hjelperne syntes dette var mer ubehagelig å snakke om, enn hun selv.

For biologiske foreldre dreier det seg om å forsones seg med de ikke vilde konsekvensene av sine egne handlinger. De kan trenge hjelp og støtte i en prosess hvor skam og fortvilelse skal bearbejdes.

Begge disse problemstillingene må vi lære oss å møte og forholde oss til på verdige måter.

Målet med diagnostisering er ikke å klandre mamma, men å hjelpe barnet til en god forståelse av sine vansker og finne frem til gode tiltak som kan være til utviklingsmessig støtte og hjelp. Foreldre trenger råd og hjelp. Barnet må bli møtt med realistiske forventninger til egen fungering og prestasjon. Vi vet at mange barn med FASD er krevende å oppdra og ha omsorg for; og det kan være en tålmodighetsprøve å gjenta og trene på de samme ferdigheter dag ut og dag inn.

Gjennom riktig diagnose er det lettere for oss å se barnets gode intensjoner; de ønsker å mestre, men har vanskeligheter med å klare det.

"Det var beintøft å høre fagpersonen sette FAS-diagnosen på mitt barn, men tiltaksplanen vi fikk med oss fra sykehuset ble en døråpner for å få hjelp og støttetiltak her vi bor", har en adoptivmor fortalt oss. Rett diagnose utløser tilpassede hjelpetiltak.

Når rusmidleksponering for et foster kan ha så avgjørende betydning for senere liv, blir det tydelig hvor viktig forebyggende innsats er. Med enda større tydelighet må vi fronte vårt viktige "føre-var prinsipp". Helsemyndighetenes alkohol-i-svangerskaps-kampanjer er viktige og må fortsette. Kanskje er det nødvendig med enda flere virkemidler. Som for eksempel merkelapper på flasker som inneholder alkohol med advarsel om farene ved alkoholbruk i svangerskap, og plakater på drikkesteder med samme budskap. Innvinger mot slike virkemidler har vært at slike påminnelser er for påtrengende i sin form. Jeg spør, for hvem?

Erfaringer vi har gjort ved kompetansesenteret er at det er huller i den samlede kompetanse omkring FASD-problematikken. Det kan se ut til at kunnskap og kompetanse avhenger av hvor i landet du bor. Vi har fått tilbakemeldinger fra adoptiv- og fosterforeldre som opplever at de selv har større kunnskap og kompetanse enn fagfolk som skal hjelpe dem. Det er mangler når det gjelder tydelighet og synlighet i forhold til hvilken etat som skal ha utredningsansvar, og hvem og hvordan den lokalt forankrede oppfølgingen av barnet og foreldrene kan foregå.

Selv sitter jeg med den ubehagelige vissheten om at jeg har vært behandler for mange voksne pasienter med rusmiddelproblemer, hvor jeg gjennom de siste årene har forstått at de nok også har vært skadet av alkohol i sin tilblivelse. Jeg kunne ønske jeg den gang hadde kunnskap og kompetanse som var viktig for å tilrettelegge for en bedre forandring- og utviklingsprosess. Jeg kunne ha hjulpet dem med en større forståelse av hvorfor læring var så vanskelig, hvorfor mange beskjeder på en gang innebar at ingen ble fulgt. Det hadde vært mulig å lete etter kompensatoriske hjelpemidler som i større grad hadde vært til hjelp. Denne type kompetanse må økes i vår spesialisthelsetjeneste, og ikke minst bør det avklares hvem som har ansvar for å utrede og diagnostisere voksne med alkoholskader. Når voksne ringer meg og ber om råd for hvor de skal henvende seg, så vet jeg det rett og slett ikke.

Alkohol mest skadelig



Av: Hilde Evensen Holm

Nordlie er ikke overrasket over undersøkelser som viser at en del norske kvinner- særlig i de store byene- sier de drikker moderat i svangerskapet. Det tar tid å endre vaner i en befolkning, så det er viktig å fortsette å gi informasjon om skadevirkningene av alkoholbruk i svangerskapet, sier han.

Nordlie var del av et norsk ekspertutvalg som i 2005 anbefalte at helsemyndighetene gikk inn for å anbefale totalavhold fra alkohol i svangerskap og når det planlegges graviditet. Rådet ble fulgt og Norge er nå et av mange europeiske land som går inn for dette.

- Det er enkelte studier som konkluderer med at små mengder alkohol ikke skader. Men på grunnlag av en stor mengde internasjonal forskning og litteraturgjennomgang, er vår konklusjonen klar på at det ikke finnes en sikker nedre grense for mulige skadevirkninger. Kvinner må ikke bruke noe alkohol i svangerskapet. Alkohol er et svært giftig stoff for fosteret, sier Nordlie. Han påpeker at når en gravid kvinne drikker alkohol suges alkoholen raskt opp i blodet og føres videre til fosteret gjennom morkaken. Alle celler og organer hos fosteret påvirkes og hjernen er særlig sårbar fordi den utvikler seg gjennom hele svangerskapet.

- Vi vet at alkoholen skader hjernens utvikling. Blant annet svekker alkoholen

Det aller viktigste budskapet til norske kvinner om bruk av rusmidler i graviditet er at de ikke må drikke alkohol. Dette er det klart mest skadelige rusmiddelet i forhold til fosterskader, sier overlege Egil Nordlie ved Borgestadklinikken.

cellenes egenskap til selvdestruksjon. Det vil si at "feilceller" ikke ødelegges slik de normalt sett skal gjøre. Alkoholen virker også inn på dannelsen av organer, og det kan derfor oppstå spesielle ansiktstrekk

og misdannelser i indre organer. Hjerte og øyne er blant de organ som er utsatt for skader på grunn av alkoholpåvirkningen, sier Nordlie.

Fakta

Føtale alkoholskader – Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD)

FASD er en internasjonal samlebetegnelse for et vidt spekter av skader på grunn av alkoholbruk i svangerskapet

Føtalt Alkohol Syndrom (FAS)

FAS er en diagnose som innebærer

1. Veksthemming
2. Skader i sentralnervesystemet, som kan arte seg som:
 - vansker med planlegging og gjennomføring av sammensatte oppgaver
 - vansker med hukommelse og læring
 - vansker med begreper i forhold tid og tall
 - impulsivitet og har manglende evne til å forutse problemer
 - sensitivitet for stimuli i form av lyder, berøring og lys
3. Karakteristiske ansiktstrekk som smal overleppe, glatt leppefure, korte øyespalter.

Føtale Alkohol Effekter (FAE)

FAE er ikke en diagnose, men en betegnelse som brukes når det er alkoholrelaterte skader i sentralnervesystemet, uten at det er et fullt utviklet syndrom. Andre begreper som brukes er ARND (Alcohol Related Neurodevelopment Disorder) og ARBD (Alcohol Related Birth Defects).

Slik skader rusmidlene fosteret

Vår erfaring på Borgestadklinikken er at gravide med rusproblemer ofte har et blandingsmisbruk. Det kan derfor være vanskelig å kartlegge skadevirkninger på fosteret på grunn av samtidig bruk av flere rusmidler/legemidler eller andre risikofaktorer som ofte er tilstede. Her er imidlertid en oversikt over kjente skadevirkninger av de ulike rusmidlene.

(kilde: Folkehelseinstituttet/ Egil Nordlie)

Alkohol

Alkohol er det mest skadelige rusmiddelet i forhold til fosterets utvikling. Selv små mengder alkohol kan skade fosteret. Norske helsemyndigheter har i likhet med flere andre land gått inn for å anbefale gravide kvinner å være totalavholdene fra alkohol i svangerskapet. Alkohol kan føre til misdannelser hos barnet, særlig i ansiktet og i indre organer, det kan føre til veksthemming, skader i sentralnervesystemet og i verste fall til mental retardasjon.

Amfetamin

Bruk av amfetamin i svangerskapet kan gi økt risiko for morkakeløsning, andre fødselskomplikasjoner, fosterdød, misdannelser og for tidlig fødsel. Inntak av større mengder amfetamin under svangerskapet kan føre til abstinenssymptomer hos det nyfødte barnet. Det er videre risiko for hjerneblødning og hjertemisdannelser hos barnet. Noen studier har vist at barn av mødre som misbrukte amfetaminer i svangerskapet, senere kan utvikle adferdsvansker og svekket intelligens.

Cannabis

Cannabis er det mest brukte illegale narkotiske stoffet i Norge. Avhengigheten kan av mange oppleves som sterk. Langvarig bruk av cannabis kan redusere barnets fødselsvekt og gi abstinenssymptomer hos den nyfødte. Det er foreløpig usikkert om det fører til misdannelser. Det finnes holdepunkter for at barn som fødes av mødre som har brukt cannabis under svangerskapet har økt risiko for å utvikle adferdsforstyrrelser i forhold til oppmerksomhet, impulsivitet og evne til problemløsning.

Khat

I en studie ble det vist at barn født av kvinner som brukte khat under svangerskapet, hadde signifikant lavere fødselsvekt enn barn født av kvinner som ikke bruker khat. Dyrestudier har vist at blodstrømmen til morkaken blir redusert ved khatbruk, noe som kan påvirke barnets vekst. Gravide som bruker khat, har i følge studier økt sykkelighet. Det er studier tyder på at virkestoffet i khat går over i morsmelk, og omdannelsesprodukter av khat kan påvises i urin hos barn som ammes.

Ecstasy

Noen studier har vist at bruk av ecstasy i svangerskapet gir økt risiko for redusert fostervekst. Ecstasy er et sentralstimulerende middel som har mange av de samme virkningene på den gravide og fosteret som ved bruk av amfetamin.

Opioider

Blant kvinner som misbruker opioider under svangerskapet, er det høyere forekomst av komplikasjoner. Dette inkluderer spontanaborter, svangerskapsforgiftning, for tidlig fødsel, og lav fødselsvekt. Det er økt risiko for krybbedød. De nyfødte barna kan få abstinenssymptomer etter fødselen. Det er risiko for langvarige funksjonsforstyrrelser de første månedene og mulige lære/atferdsvansker i barneårene. Vanlige opioider er heroin, morfin, kodein, metadon, buprenorfin og oksykodon. I medisinsk behandling benyttes også en rekke andre opioider (fentanyl, petidin m.fl.).

Kokain

Kokain er et kraftig sentralstimulerende stoff i likhet med for eksempel amfetamin. Røyking, injisering og sniffing av sterke kokainforbindelser gir hurtig innsettende og kraftig rus, med stor fare for avhengighetsutvikling. Det er risiko for misdannelser hos fosteret blant annet i blodårer, urinveier og nyrer. Det er også fare for hjerneskade på grunn av surstoffmangel. Videre er det risiko for lite fostervekst, morkakesvikt og tidlig fødsel. Barnet kan få en forsinket motorisk utvikling, manglende affektkontroll og oppmerksomhet/atferdsvansker.

Benzodiazepiner

Noen studier har rapportert at bruk av benzodiazepiner under graviditet er assosiert med enkelte misdannelser, blant annet leppe- og ganespalte, mens andre studier har ikke funnet slik sammenheng. Generelt er risikoen for misdannelser lav ved lave terapeutiske doser. Høye doser og bruk over lengre perioder kan trolig medføre økt risiko for misdannelser. Når benzodiazepiner brukes i siste del av svangerskapet, kan de også være årsak til "Floppy infant syndrome", en tilstand hvor nyfødte er slappe, med lavt blodtrykk, dårlig temperaturregulering og dårlig sugeevne. Slappheten hos barnet påvirker også det viktige tidlige samspillet med omsorgspersoner. De nyfødte barna kan få abstinenssymptomer. Ikke-medikamentelle behandlingsmetoder foretrekkes i behandling av psykiske lidelser under svangerskapet. Dersom medikamentell behandling i en eller annen form er nødvendig, må den følges opp av lege.

Tidlige vansker hos det ruseksponerte barnet

Reguleringsvanskeligheter kan følge det ruseksponerte barnet gjennom hele oppveksten. Struktur og forutsigbarhet vil hjelpe barnet i sin utvikling, sier sjefpsykolog Mette Sund Sjøvold ved Aline Spedbarnsenter i Oslo.

Av: Hilde Evensen Holm

Barn som har vært eksponert for rusmidler eller medikamenter i fosterlivet kan få en tøff start på livet. De tidlige vanskene hos barnet kan arte seg som abstinenser og reguleringsvansker. Det abstinente barnet vil streve med uro, høyfrekvent gråt, dårlig søvn, det har vanskeligheter med å ta til seg næring og kan være ekstra sensitivt for berøring, lyder og lys. Når barnet strever med regulering handler det blant annet om at det er svært følsomt for sanseinntrykk og blir fort overveldet. Det kan bli urolig og ukonsentrert. Det er ofte en krevende oppgave for foreldre og andre omsorgspersoner å tolke barnets signaler og gi barnet den utviklingsstøtten det trenger både i spedbarnstiden og når barnet vokser til. Aline Spedbarnsenter i Oslo har spesialkompetanse på de tidlige vanskene hos rusutsatte barn i alderen 0-5 år. Til poliklinikken kommer barn og voksne fram til barnet er ca 5 år. I familieavdelingen er det plass til 8 familier for et 8 ukers utredningsopphold. En avdeling følger opp 14 beredskapshjem som tar i mot barn som må plasseres på grunn av rus og/eller psykiske problemer hos foreldre.

Sårbare barn

- Barnets reguleringsvansker kan vedvare utover de første ukene og månedene i livet. Ikke så sjeldent opplever vi at selv om et barn har fått hjelp gjennom

abstinensperioden, så vokser det på et vis inn i nye vanskeligheter når barnet blir litt større og for eksempel begynner i barnehage, sier sjefpsykolog ved Aline, Mette Sund Sjøvold.

Hun forklarer at et barn som har vært utsatt for rus i svangerskapet kan være skadet i sentralnervesystemet, slik at det blir svært sårbart.

- Det ruseksponerte barnet trenger større grad av rutiner og forutsigbarhet og har behov for tydeligere rammer enn andre barn. Et kjedelig liv vil være det optimale, smiler hun og utdyper: Barnet blir fort overveldet av inntrykk, det kan oppleve å bli bombardert av lyder og lys. Det kan være vanskelig å sitte stille, konsentrere seg, og være i samhandling med andre på en god måte. Det ligner mye på adhd-problematikk, med uro og vanskeligheter med å regulere atferd og impulser. Et av våre klare råd er derfor å være nøye med å legge inn hvilepauser for barnet - både når det er spedbarn og når barnet vokser til og er i barnehage eller skole. Slik kan en forebygge at omkostningene av aktivitet og stimuli blir for store. Blir barnet for slitent kan det få for eksempel sinneutbrudd, som er vanskelig både for barn og omgivelser, sier Sund Sjøvold.

Faste rammer

Babyene som kommer til Aline kan være abstinente på grunn av mors inntak

av rusmidler i graviditeten. De fleste er behandlet på nyfødtintensiv-avdeling, for eksempel ved Ullevål Universitetssykehus, og blir overført til Aline sammen med mor eller begge foreldre for videre oppfølging og utredning.

- Vi kan fortsette behandlingen med morfin for å hjelpe barnet i abstinensfasen, og vi som jobber her veileder foreldrene i hvordan de best kan ivareta barnet i en krevende situasjon, sier miljøterapeut og barnevernspedagog Birgitte Vigestad. Hun forteller om babyer som strever de første ukene med mye gråt og uro, dårlig søvn og som virker generelt lite fornøyd. - Vi reiver ofte ungene. Det vil si at vi pakker barna stramt inn i et teppe. Det hjelper dem til å falle til ro og ikke så lett forstyrre seg selv ved å slå ut med armer og ben. De er svært sensitive og de responderer positivt til de faste rammene rundt kroppen gjennom reivingen. For foreldrene kan det være tøft å gjøre dette. De kan tenke at det er ubehagelig for barnet. Men når de ser effekten av reivingen så går det som regel greit, sier hun. Videre forteller hun om hvordan barn som ofte virker helt utrøstelige og har mye kroppslig uro, kan ha nytte av en såkalt hjertepute som ligger over armer og bryst under stell eller når de skal sove. Erfaringen er også at barnet gjerne må holdes ganske bestemt inn til den voksne kropp for å roe seg.



Mette Sund Sjøvold t.v. og Birgitte Vigestad

- Det blir viktig å tåle å stå i skrikingen fra barnet en stund, før det roer seg - ikke stadig finne nye bærestillinger, løfte opp og ned av vogn eller vugge, forklarer Vigestad. Det å ha dempet belysning og ikke ha forstyrrende lyder er også et godt tiltak for de sensitive små barna. Et ruseksponert barn kan også være hyposensitivt. Det innebærer at det ikke reagerer med uro og mye gråt, men tvert i mot er svært døsig og vanskelig å få våken og mottakelig for kontakt. Fagfolkene på Aline Spedbarnsenter presiserer betydningen av å se hvert enkelt barn individuelt og bli kjent med barnet sammen med foreldrene. Hva er det akkurat dette barnet trenger, hvilke signaler gir barnet og hvordan gir barnet respons til omgivelsene?

Fininnstilt samspill

Det er barnevernet som henviser familiene til Aline. Ved familieavdelingen får de tilbud om et inntil 8-ukers utredningsopphold hvor det legges vekt på å gjøre en vurdering av foreldrenes omsorgsevne, om det er et potensial for endring og om foreldrene tar imot veiledning. Det kan være en tøff oppgave å være foreldre til et ruseksponert barn. Relasjonen og samspillet kan bli forstyrret når både foreldre og barn er sårbare. De voksne har sine egne vansker å forholde seg til og et ruseksponert barn kan kreve mye fra omsorgspersonene. - En må på mange måter være litt ekstra fininnstilt i samspillet med disse barna

og vi forsøker å hjelpe foreldrene til å se og tolke signalene barnet gir. Vi vet hvor viktig dette tidlige samspillet er for barnets utvikling og for tilknytningen mellom foreldre og barn, sier Mette Sund Sjøvold. - Mange foreldre sliter med mye dårlig samvittighet for barnets vansker. Det oppleves tøft å se at barnet har det vondt, når mors rusinntak er årsaken. Vi ser foreldre som makter å stå i dette og som jobber seg igjennom den første tøffe tiden, og vi ser foreldre som ikke har mulighet til å se hva barnet trenger og gi den omsorg det må ha. Noen ganger er det for mye som står i veien, sier Birgitte Vigestad.

Regulering

- Jeg vil si at reguleringsvanskene er et hovedtrekk ved de konsekvenser vi ser ruseksponeringen har for barnet også utover spedbarnsperioden, sier Sund

Sjøvold. Hun sier det kan være vanskelig å vite hva som skyldes selve ruseksponeringen og hva som er resultat av relasjonsvansker og tilknytningsvansker. Den beste behandlingen er ekstra sensitivitet i omsorgsutøvelsen og i samspillet med barnet.

- Vi er opptatt av å formidle til fagpersoner som skal følge barnet og deres omsorgspersoner etter at de reiser fra oss, at det er viktig med støtte over lang tid og ikke slippe taket for tidlig. Særlig er det viktig å forberede alle overganger i barnets liv. For eksempel når de begynner i barnehage eller i skole kan det være nødvendig å sette inn tiltak. Struktur på dagene, skjerming fra stimuli og regelmessige pauser er nyttig for det ruseksponerte for barnet, oppsummerer sjefpsykolog Mette Sund Sjøvold.

Fakta

Aline Spedbarnsenter består av poliklinikk, beredskapshjemavdeling og familieavdeling

- Målgruppe er gravide med rus/psykiske problemer, sped- og småbarn og deres familier der det er bekymring for barnets omsorgssituasjon og utvikling.
- Utreder, gir hjelpetilbud og følger opp barn og familier
- Har helsestasjon med lege og helsesøster ½ dag i uka.
- Underviser og veileder lokal barneverntjeneste, helsestasjoner og andre samarbeidspartnere

Viktig med forståelse for barnets vanskeligheter i skolehverdagen

Barn og unge med FASD har ofte store og sammensatte lærevansker. Skolehverdagen kan være svært krevende både for barnet, lærerne og foreldrene. Vi ønsker å bidra med kunnskap så barnet blir møtt med forståelse og klokhet, sier fagfolk fra Statped.

Av: Hilde Evensen Holm

Sørlandet Kompetansesenter er en del av Statped - Statlig Spesialpedagogisk Støttesystem. Nevropsykolog Terje Bjelland og spesialpedagog Kirsten Ruud er blant fagfolkene som er knyttet til senteret. Begge har det siste året vært involvert i arbeidet Kompetansesenter rus-region sør gjør for å informere og bygge kunnskap om barn med rusrelaterede vansker. I særlig grad er det fokus på barn som har skader knyttet til mors alkoholbruk i svangerskapet (FASD).

- Vi vet at barn med FASD kan ha store og sammensatte lærevansker. De har derfor mye til felles med mennesker som har andre type skader og problematikk som vi bistår her på Statped, sier Terje Bjelland. Han peker på barn med utviklingshemming for eksempel Downs Syndrom- som har lærevansker som kan ligne på det FASD barn med IQ under 70 har. Videre har senteret mye erfaring fra arbeid med barn som har ADHD, noe som også er svært gjenkjennelig i FASD- problematikk. Matematikkvansker er også vanlige hos mennesker med FASD

- Matematikk er et fag som krever evne til å konsentrere seg og holde begreper i minne. Det kan være vanskelig for FASD barn som har store oppmerksomhetsproblemer og som svært fort blir avledet, sier Bjelland videre.

Sammensatte problemer

- Barn med FASD har stor komorbiditet når det gjelder sine skader og begrensninger. Her er både oppmerksomhetsvansker, problemer med læring og sosiale relasjoner. Samtidig som det ikke sjeldent er evnemessige begrensninger og psykiske tilleggsdiagnoser som angst og depresjon, sier Bjelland. Vi er opptatt av å se det enkelte barn, samtidig som vi må ha med oss hva som er kjernesymptomer og hva som er fellesnevner, sier han videre.

Spesialpedagog Kirsten Ruud påpeker at i møte med skolehverdagen er det avgjørende for læring og trivsel at det er skapt forståelse for de vanskeligheter barn med spesielle behov har.

- Jeg har lest beskrivelser fra skolehverdagen hvor barnet blir karakterisert som manipulerende og vanskelig, men det er viktig å få fram at oppførsel og reaksjoner handler om deres sykdom og begrensninger, ikke vond vilje. Kunnskap om barnet fører til at det i større grad blir møtt med klokhet og forståelse, sier Ruud.

Tabuer og åpenhet

Hun er også opptatt av tabuene som omgir denne problematikken.

- Det er permanente skader. Det er ikke hyggelig å snakke om, men det vet vi er nødvendig. Tabuene som omgir denne diagnosen gjør åpenheten utfordrende, og det er tydelig et følsomt tema som kan vekke skyldfølelse. Men kan vi bryte tabuene og løfte fram problematikken tidlig i barnets liv så har vi mulighet til å kompensere noe for skadene som er oppstått. De første leveårene er hjernen mer formbar, så jo tidligere vi kommer inn med tiltak, jo bedre er det, påpeker Ruud.

- Åpenhet er viktig, sier Bjelland. Han gir råd at er det av ulike grunner ikke mulig å være tydelig på diagnosen, så legg vekt på å beskrive barnets vanskeligheter og behov.

- Vårt hovedinntrykk er at det så absolutt lønner seg å være åpne og gi så mye informasjon som mulig til skole og andre samarbeidspartnere. Særlig er dette viktig ved overganger i barnets liv, for eksempel fra barneskole til ungdomskole. Det er en myte at det er en fordel for barnet å starte med blanke ark, men gi videre informasjon om barnet med respekt, sier Bjelland.



Holdninger og kunnskap

Ruud og Bjelland legger vekt på at samarbeid mellom ulike instanser er sentralt. Når det er en felles forståelse av hva som er mål for eleven kommer det vedkommende til gode. De snakker også varmt for relasjonen mellom elev og lærer og den store betydning det har. Det krever mye å opprettholde en positiv relasjon når det for eksempel er alvorlig atferdsproblematikk inne i bildet. Lærers holdninger og kunnskap kan være avgjørende for å lykkes i forholdet til denne eleven.

- Vi har sett eksempler på at skolen er godt informert på forhånd om at det kommer en elev med spesielle behov, og hvor en velger ut en lærer som kanskje har ekstra motivasjon og ekstra kunnskap for å møte en slik utfordring. Vi ser jo hvor vanskelig dette er i praksis fordi skolene legger sine lærerkabaler seint, men sett med våre øyne, burde dette vært gjort så tidlig som mulig. Slik kan læreren forberede seg og få mer kunnskap om problematikken før eleven kommer.

Gode råd

Sentrale råd fra Statped er åpenhet og informasjon om elevens behov og vansker.

- God planlegging og informasjonsutveksling i overganger fra en klasse til en annen eller fra skole til skole. Arbeide aktivt med gode relasjoner og sette inn aktuelle spesialpedagogiske tiltak som gir forutsigbarhet og struktur. Skjerming og organisering av skoledagen, visuelle hjelpemidler og gi rom for et tilstrekkelig antall repetisjoner. Ukeplaner kan være for kompliserte, gi heller planer fra dag til dag. Husk at eleven kan ha vanskeligheter med å forholde seg til tid og har begrensninger i forhold til tidsopptakning, oppsummerer Terje Bjelland.

De sosiale utfordringene kan være store for et barn med FASD.

Det er vanskelig å forstå regler for lek, og samspillet med andre blir lett forstyrret.

- Legg også vekt på å trene opp elevens sosiale kompetanse. Venner oppleves ofte som det viktigste i livet for et barn! Mitt råd er å begynne tidlig med å øve og trene opp barnets sosiale kompetanse. Hjelp barnet allerede i barnehagen til å ta kontakt med andre barn og invitere seg selv inn i lek osv. Det går an å starte tidlig, bruk gjerne rollespill. Barnet kan ha stor nytte av å trene på hvordan være sammen med andre barn, er Kirsten Ruuds råd.

Fakta

OM SØRLANDET KOMPETANSESENTER

- Bistår kommuner i Agderfylkene og Telemark med supplerende utredning, utforming av tiltak, veileder og bygger kompetanse i forhold til barn, unge og voksne med store og sammensatte lærevansker og sosiale/emosjonelle vansker
- Samarbeider blant annet med PPT i kommune og fylkeskommune, barnehager, skoler og andre hjelpeinstanser
- Driver også med læremiddelutvikling, kurs og informasjonsvirksomhet
- Holder til på Gimlemoen ved Kristiansand
- Les mer på www.statped.no/sorlandet

Tuvas bror har FASD:

- Se ressursene, ikke bare begrensningene!



Det har vært vondt å se hvordan broren min ikke blir møtt med forventninger som er tilpasset det funksjonsnivået han har. Det er krevende når funksjonshemmingen er skjult, sier Tuva Grimsrud (24) fra Lier i Buskerud. Brorens problemer i skolen inspirerte henne til å ta utdanning i spesialpedagogikk.

Av: Hilde Evensen Holm

Broren til Tuva er 20 år og har en alkoholrelatert fosterskade. Den biologiske moren hans var rusmisbruker og brukte trolig flere type rusmidler i svangerskapet. Han kom til Grimsrudfamilien da han var 1 år.

- Han var et veldig ønsket barn, og jeg husker godt at jeg ble storesøster. Foreldrene mine var klar over at adoptivsonnen hadde vært utsatt for rusmidler i fosterlivet. Han var en aktiv gutt, karakteristisk liten av vekst og veldig blid og sjarmende, smiler Tuva.

Utfordringer i skolen

De rusrelaterte skadene gjorde gutten hyperaktiv, med store konsentrasjonsvansker. En skade i synssenteret gjorde det vanskelig for han å ta del i aktiviteter som for eksempel ballspill. Foreldrene valgte Steinerskolen til Tuva og broren, og hun sier de hadde noen gode år der. Skolen klarte å "romme" et annerledes barn og det var mye vekt på kreativitet og individualitet. Det passet bra for broren min, sier hun. Han trivdes også godt sosialt og var hele klassens sjarmør, selv om atferdsproblematikken var tydelig ganske tidlig. Men da han nærmet seg ungdomskolealder klarte ikke Steinerskolen å tilby det han trengte av tiltak og tilrettelegging, verken i forhold til de sosiale utfordringene eller det læremessige. Han begynte derfor i offentlig skole på hjemstedet.

Det ble en katastrofe for han, forteller Tuva. Skolen samlet de elevene som ikke kunne følge ordinær undervisning i en felles spesialgruppe. Det betydde at han var sammen med barn i gruppen som var til dels meget dårlig fungerende, og noen var moderat til sterkt psykisk utviklingshemmet. Det ble riktignok åpnet for at han kunne følge ordinær undervisning, og gå litt til og fra normalklassen, men dette fungerte ikke for han.

- Broren min ble stigmatisert og falt utenfor sosialt ganske raskt, sier Tuva.

Å falle mellom to stoler

- Mange barn med FASD har ulike grader av psykisk utviklingshemming, men min

bror har normale IQ-verdier. Han faller tydelig mellom to stoler på grunn av dette. Han passer ikke inn hverken i en spesialgruppe eller i en vanlig klassesituasjon og mistet slik en "normal" tilhørighet til jevnaldrende klassekamerater. Jeg blir skikkelig sint når jeg tenker på dette, sier Tuva, som fortsatt syntes det er vanskelig å tenke på årene han hadde på ungdomsskolen i hjemkommunen. Seinere ble han søkt inn på yrkesfaglig opplæring i videregående skole på særskilt grunnlag, og trivdes bedre med dette. Han fullførte skolen til normert tid og stod i alle fag, og ble også valgt til klassens tillitsmann. Nå ble imidlertid utfordringen å få en lærlingeplass for han. Det klarte ikke skolen, men med en far med tilhørighet i bransjen ble det mulig selv om løsningen dessverre ikke ble optimal og for vanskelig å gjennomføre. Han har siden ikke hatt skole- eller sysselsettingstilbud. Han er nå 20 år og har sosialstønad fra NAV.

Fokus på ressurser

- Jeg mener broren min, til tross for funksjonshemmingen, har et stort potensial som ikke blir tatt vare på. Vi opplever igjen og igjen hvor lite kunnskap det er om rusrelaterte skader, hvordan hjernen er skadet og hvordan dette påvirker sosial fungering, tanker og atferd. Jeg syntes forventningene til han blir for store, og det blir for ofte nederlagserfaringer. Jeg vil så gjerne at det blir fokus på ressursene hans og ikke bare begrensninger, og at han må få oppleve å bli anerkjent som den han er! Ikke bli møtt med at "han ikke gidder" når han ikke får ting til. Det er sårt å se han som ung voksen nå og hvordan han strever med å finne sin rettmessige plass i samfunnet. Det blir mye tanker for han om "hvem er jeg" og "hvorfor er jeg slik jeg er".

Betydning av sosial kompetanse

Tuva er nyutdannet med bachelor i spesialpedagogikk fra Universitetet i Oslo. Hun jobber nå som støttepedagog ut mot barnehager i Drammen. Bacheloroppgaven handler nettopp om FASD barn og betydning av elevsamtaler i forhold til barnets sosiale fungering. Hun

fokuserer i sin oppgave på elever med normale resultater på IQ-testing, men med manglende sosiale ferdigheter. Forskning viser at sosial kompetanse blir en slags "vaksinasjonsfaktor" mot utvikling av atferdsvansker, skriver hun i oppgaven. Hvis skolen kan lykkes i å styrke barnets sosiale ferdigheter står det mye bedre rustet i livet også etter endt skolegang.

Elevsamtaler kan være et verktøy skolen kan bruke i denne sammenheng. Gjennom gode elevsamtaler kan det bygges relasjoner mellom lærer og elev som har stor betydning for elevens opplevelse av skolehverdagen. De kan være informative og lærende for begge parter. Samtalene blir viktige i skole / hjem samarbeidet.

Det å utforme realistiske mål basert på kunnskap om barnet kan gjøre hverdagen mer forutsigbar for en elev med FASD. En slik metode vil dessuten fremme individet som noe positivt, gi barnet en mulighet til å snakke og påvirke sin egen hverdag og gjennom dette få anerkjennelse for hvem man er, skriver Tuva Grimsrud i bacheloroppgaven.

Ressurser og begrensninger

- Det er klart at erfaringene som storesøster til en gutt med FASD har inspirert meg til utdanningsvalg og til tematikk i bacheloroppgaven. Jeg har sett på nært hold hvordan foreldrene mine måtte kjempe seg til alle typer bistand og tilrettelegging. Kommunen har aldri klart å skaffe det han har hatt krav på gjennom vedtak. Alle støttekontakter og avlastningshjem har jeg og mine foreldre måtte skaffe privat. Det var utrolig slitsomt. Mine drømmer for broren min er at han skal bli møtt med fokus på de ressurser han har og ikke med begrensninger. Han har energi, kreativitet og fantasi- tenk om det hadde blitt tatt vare på og utviklet i skolen, så mye bedre han kunne hatt det, sier Tuva Grimsrud fra Buskerud.

Erfaren fostermor til barn med alkoholrelaterte skader:

- Pauser og struktur nyttig for barna

Sølvi Bjørndal fra Bergen er fostermor til tre barn som alle har en alkoholrelatert fosterskade. Det aller viktigste rådet jeg kan gi andre foreldre er å tilrettelegge for regelmessige pauser i løpet av dagen, så blir ikke barna så fort overstimulerte og slitne, sier Bjørndal.

Av: Hilde Evensen Holm

Hjemmet til familien på Nesttun utenfor Bergen har vært den trygge basen for tre barn som alle er født med ulik grad av FASD. De kom til fosterhjemmet som små, henholdsvis 4 uker, 8 måneder og 1 år. I dag er de 19, 14 og 13 år gamle.

Godt med pauser

Vi tenker at de tre har mye glede av hverandre, det heter seg jo "felles glede, felles trøst", smiler Sølvi Bjørndal, som ikke syntes det er så spesielt at de har hele tre barn med russkade hos seg. Hun er fostermor på full tid, og mannen har også tidvis vært frikjøpt for oppgaven. Det har vært noen kamper underveis, medgir hun, særlig for å få skole og fritid til å fungere for de tre. På spørsmål om den aller viktigste erfaringen de har gjort, er hun snar til å fortelle om pausene.

- Våre tre barn har aldri mer enn to timer av gangen med skole eller aktivitet før det er pause. Da får de være for seg selv 15-30 minutter, se i en bok eller et blad, eller leke rolig med en leke de er glad i.

Hos oss er det like naturlig å si "god pause" som "god morgen og god natt"! Dette er ungene vant til fra de er små, det er sjeldent eller aldri noen protester på dette. Vi har imidlertid måtte kjempe med skole og barnehage for å få aksept for at dette er nødvendig, og har blitt møtt med argumenter som at det tar barna vekk fra det sosiale fellesskapet med de andre barna, eller at de går glipp av læring og aktivitet. Men når de ser effekten pausene har på barna, så går det gjerne greit, sier Sølvi Bjørndal.

- Hva skjer uten pauser?

- Ungene blir stresset og hektiske, øser seg opp og blir veldig intense. De kan være sutrete eller kranglete med store følelsesutbrudd.

Barna har et helt naturlig forhold til dette med pauser, sier hun

videre og forteller at de to yngste for eksempel har tre slike lange pauser i løpet av skoledagen sin. Det er faktisk det siste som står på programmet på SFO før skoledagen er over, og foreldrene opplever derfor at de ikke er så slitne når de kommer hjem. Etter middag er det ny pausetid igjen, og ungene går da rett til rommene sine for å slappe av.

- Det er nok mange rundt oss som har undret seg over dette "pauseregimet" hjemme her. Er det unger på besøk, eller om vi er ute på aktivitet, så skal det gjennomføres pause etter ca to timer. Men vi har sett at pausene har effekt og at det er så utrolig viktig for at ungene og vi skal fungere godt, så derfor må vi gjøre det slik. Dette er vår erfaring, men jeg har jo også fått bekreftet fra fagfolk at et alkoholskadede barn blir fortere slitne av alle stimuli og inntrykk, slik at pauser derfor er et anbefalt tiltak.

Visste lite om russkader

De tre barna er ikke biologisk søsken, men har vokst opp sammen hos familien Bjørndal på Nesttun i Bergen. Den eldste var bare fire uker gammel da hun kom.

- Vi visste ingenting om russkader og fikk heller ikke vite at hun kunne ha en slik skade. Hun var bitteliten, for tidlig født, var hypersensitiv og gråt mye. Det var en tøff start, medgir Sølvi. De så et program på TV om danske Cecilie som hadde FAS, og slik falt bitene på plass. Vår jente var akkurat som henne. Jeg husker hvordan hun våknet av søvn og illskrek utrustelig bare vi skulle vaske opp når hun lå i samme rom, sier Sølvi. Diagnosen FAE fikk hun da hun var 6 år. Da skulle nemlig neste fosterbarn, ei lita jente på rundt ett år, til utredning på barnekliviken på Haukeland. Dette barnet visste barnevernet var alkoholskadd, og ekteparet var godt forberedt.

- Vi tenkte det var bra at vi hadde gjort så mange erfaringer med eldstejenta som vi kunne bruke i arbeidet med et nytt fosterbarn. Ikke så lenge etterpå kom spørsmålet om enda et alko-



holskadede barn, denne gang en gutt. Begge fosterforeldrene ble da frikjøpt til den krevende omsorgsoppgaven. De hadde da tre barn under 7 år med alkoholrelaterte skader.

Ulike skoleerfaringer

Skolehverdagen er viktig for alle barn, det er denne arenaen de skal være i og fungere i forhold til, gjennom hele oppveksten. Det er gjort ulike erfaringer hos familien Bjørndal.

De to yngste barna, som nå er 13 og 14 år gamle, har begge FAS diagnose. De går i spesialskole i dag etter å ha vært i vanlig skole de første 3-4 årene.

Det var en veldig tøff avgjørelse å ta, forteller Sølvi.

- Det føltes som om vi skulle avgjøre hele deres framtid! Men situasjonen var så vanskelig for de begge to på det tidspunktet, med mye frustrasjon og fortvilelse over å falle utenfor både når det gjaldt det sosiale og i lærings situasjonen. Lettelsen var derfor stor da ungene ganske umiddelbart falt til ro på spesialskolen. Jeg husker jenta som nå er 14 kom hjem fra skolen etter en av de første dagene der og bare strålte. "Mamma, på denne skolen er de andre barna slik som jeg. De er som alle andre, men på en måte er de ikke som alle andre likevel!" Barna våre erfarer at de blir velfungerende i spesialskolen, og de er også med på tilrettelagte fritidsaktiviteter som fotball og kor der, forteller fostermoren.

For eldstejenta, som har FAE, er det gjort andre erfaringer på godt og vondt knyttet til skolen, forteller Sølvi.

- Hun gikk på en stor nærmiljøskole fra 1.- 4.klasse. Vi erfarte imidlertid at dette skolemiljøet ble for krevende for henne, det var mye støy og mange impulser og vi ønsket derfor å flytte henne over på en liten skole. Vi måtte kjempe hardt med skolemyndighetene lokalt for å få lov til det, men det ble en positiv og god opplevelse. På den lille skolen "falt hun helt på plass", og fungerte godt. Lærerne der hadde vi et godt samarbeid med, de tok i mot våre råd og tips og var veldig våkne for hennes behov. Hun fikk bli på denne skolen også de to første årene av

ungdomskolen, før skolekontoret satte foten ned og ville ha henne over i normal ungdomskole, men i en spesialgruppe. Det skar seg helt. Etter to-tre måneder klarte hun ikke å fungere der, og ble hjemme resten av skoleåret. Vi fikk til en utplassering i barnehage som hun trivdes godt med, noen timer i uken.

En verden som er for stor

Det er på mange måter eldstejenta, som har en mildere alkoholrelatert skade enn de to yngste, som har slitt mest, forteller Sølvi. Hun har et usynlig handikap, og gir uttrykk for at det er vanskelig. Det blir ofte en opplevelse av at det stilles for store krav som utløser mye fortvilelse og frustrasjon.

Det har også vært vanskelig for henne at hun som fosterbarn ble gitt valget om å flytte ut av hjemmet sitt, da hun fylte 18 år. Det å bli stilt overfor et slikt valg ble veldig opprivende for henne, sier Sølvi Bjørndal. "Hvorfor forstår de ikke at jeg ikke er voksen inne i hodet mitt, sa hun", forteller fostermor. Etter en turbulent tid valgte hun å flytte for seg selv og bor nå på hybel hos en ertsfamilie. Kontakten med fosterhjemmet er fortsatt nær.

- Det virker som om verden er for stor for henne på mange måter, det er tøft å møte voksenlivet nå. Vi vil forsøke å fortsette å støtte opp det vi kan, sier Sølvi Bjørndal.

Hun sier hun gleder seg over at de tre barna er nært knyttet til hverandre også nå når de vokser til. De "leser hverandre" godt og ser når den ene er slitne og trenger ro, og er gode på å akseptere at de har en dagsform som svinger.

- Vi har alltid vært åpne overfor barna om at de har en rusrelatert skade, og at dette ikke på noen måte er deres feil. Vi er også opptatt av rammer og struktur i hverdagen og har kanskje levd litt "firkantet" sett med andres øyne. Men slik må vi ha det hos oss for å fungere, sier fostermoren Sølvi Bjørndal fra Bergen.

Fosterforeldre som har ruseksponerte barn

Det er behov for evidensbasert veiledning som omhandler tilknytning og utvikling når familien er fosterhjem til et barn som har vært utsatt for rus i fosterlivet.



Av: Marit Bergum Hansen
avdelingsjef ved Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse/ RBUP Øst og Sør

I 2011 vil ca 8000 barn og unge ha sitt hjem og daglige omsorg i en fosterfamilie. Det er ventet at antallet vil stige som resultat av regjeringens politiske føringer om å prioritere fosterhjem framfor institusjon. Det er enkelt å si seg enig i valget av familien som base for utvikling og læring, også når den biologiske familien ikke strekker til. Medlemskap i en familie gir en psykososial trygg base for eksplorering og utvikling, og gir for de fleste av oss en garanti for livslang emosjonell og praktisk støtte. En godt fungerende familie er en base for utvikling av trygg identitet, samhörighet og nære relasjoner, kapasiteter som vi trenger å ha med oss gjennom livet. Samtidig vet vi at fosterfamilier møter mange utfordringer i hverdagen. Samarbeidsrelasjonen til barnevernet, manglende oppfølging og veiledning og ikke minst livsbelastninger

som barnet bærer med seg, er noen av de viktigste. Fra en norsk longitudinell registerstudie vet vi at hele 32% av barna som kom i fosterhjem mens de var små (0 - 5 år), mottok sosialhjelp når de ble 20 år. Blant de som flyttet i fosterhjem senere (13 - 23 år) er tallet steget til 75%. Også på andre livsbelastninger scorer fosterbarn høyt (Clausen & Kristoffersen, 2008).

Sårbare barn

Barnets tidligere relasjonserfaringer preger barnets møte med fosterfamilien. Automatiserte tanke- atferds- og følelsesmønstre er mye mer knyttet til erfaringer fra måneder og kanskje år med omsorgssvikt, enn til faktiske hendelser i fosterfamilien. Barn som ikke er vant med å få trøst, søker ikke trøst. Barn som er vant med å bli avvist i vanskelige emosjonelle øyeblikk, vil la være å søke omsorg selv om de trenger det. Barn som er vant med sinne og ambivalens, kan opptre klamrete eller avvissende. Barn som ikke er møtt med glede, kan lett unngå alle positive emosjonelle øyeblikk. For fosterforeldre kan det være vanskelig å forstå barnets atferd og svare adekvat. For mange blir det en opplevelse av manglende mestring eller en opplevelse av at barnet gjør seg vanskelig. Helt ubevisst sender barn som har erfart omsorgssvikt ut en rekke villedende signaler der «noe» i en hverdagsituasjon har aktivert et automatisk responsmønster. Dette kan forklares med at det settes i gang en nevrologisk minikrets eller aktivering av traumeatferd (Whelan & Marvin 2010) uavhengig av den faktiske hendelsen.

Helende prosesser

For å få til et sensitivt samspill med barna er de fleste fosterforeldre avhengig av oppfølging og veiledning. Dette trenger de for å kunne lese barnets atferd og deres emosjonelle signaler slik at helende prosesser kan bygges inn i hverdagslivet. Helende prosesser forutsetter både fosterforeldrenes egen evne til mental fleksibilitet og selvrefleksjon, og et utviklingsmessig og relasjonelt syn på hva som trengs her og nå. Dette innebærer for det første at fosterforeldre bør ha oppfølging som handler om å reflektere over hva de tenker og føler for barnet, se barnets atferd ut fra barnets opplevelse, se seg selv utenfra og endre sin omsorgsattferd ut fra de vekslende behovene. Det er nå utviklet flere evidensbaserte oppfølgingsmodeller som kan redusere de emosjonelle og relasjonelle effektene av omsorgssvikt hos barn gjennom bruk av tilknytningsforskning og mentalisering (Jacobsen 2010, Whelan & Marvin 2010). I Norge har vi nå begynt å høste erfaringer med Circle of Security for fosterforeldre, og mottakelsen er svært god. Oppfølgingen gjøres av sertifiserte gruppeterapeuter, og består av et strukturert og manualisert veiledningskurs for fosterforeldre. Gjennom felles observasjoner av ulike foreldre-barn dyader, lærer fosterforeldre å identifisere emosjonelle signaler og villedende signaler, reflektere over barnas følelser og tanker og identifisere barnas primære behov i situasjonen. Sentralt er en nyttig trykghets sirkel som gir felles begreper og referanseramme for å forstå barnets behov helt konkret. Kurset varer i 10 uker og etterfølges av to forsterkningsøkter (Whelan & Marvin 2010) Fra Virginia i

USA rapporterer 82% av fosterforeldrene som har deltatt en betydelig reduksjon av stress i foreldrerollen og en betydelig bedring i barnets atferd i løpet av et 10-ukers oppfølgingsprogram. (Whelan & Marvin 2010).

Sensitiv omsorg for rusbarna

For fosterforeldre som har barn som har vært ruseksponert i fosterlivet er dette en viktig tilnærming. Svangerskapet er en periode der hjerneutviklingen er spesielt sårbar og nye studier viser hjerneorganiske endringer hos barn som har vært eksponert prenatalt (Walhovd & Fjell 2010). Samtidig vet vi nå mer om sammenhengen mellom dose, respons og effekt på barnet, noen spedbarn er mer sårbare enn andre bl.a. knyttet til genetiske forhold (Moe m.fl. 2010). Både barn som har vært eksponert for alkohol og opioider (f.eks. heroin, metadon, subutex) har lavere fødselsvekt og redusert hodeomkrets enn barn som ikke er eksponert for rusmidler. Ny teknologi som Diffusion tensor imaging (DTI) vil gjøre det mulig å finne ut hvilke funksjoner i hjernen som er rammet. De direkte toksiske effektene av rusmidler vil likevel være et vanskelig prosjekt både fordi blandingsmisbruk, mors helsetilstand og kvaliteter ved det postnatale omsorgsmiljøet vil være viktige variabler (Moe m.fl. 2010). Den viktigste enkeltfaktoren er sannsynligvis at ruseksponerte spedbarn kan bære med seg ulike skader på sentralnervesystemet som krever et svært sensitivt omsorgsmiljø (Moe m.fl.

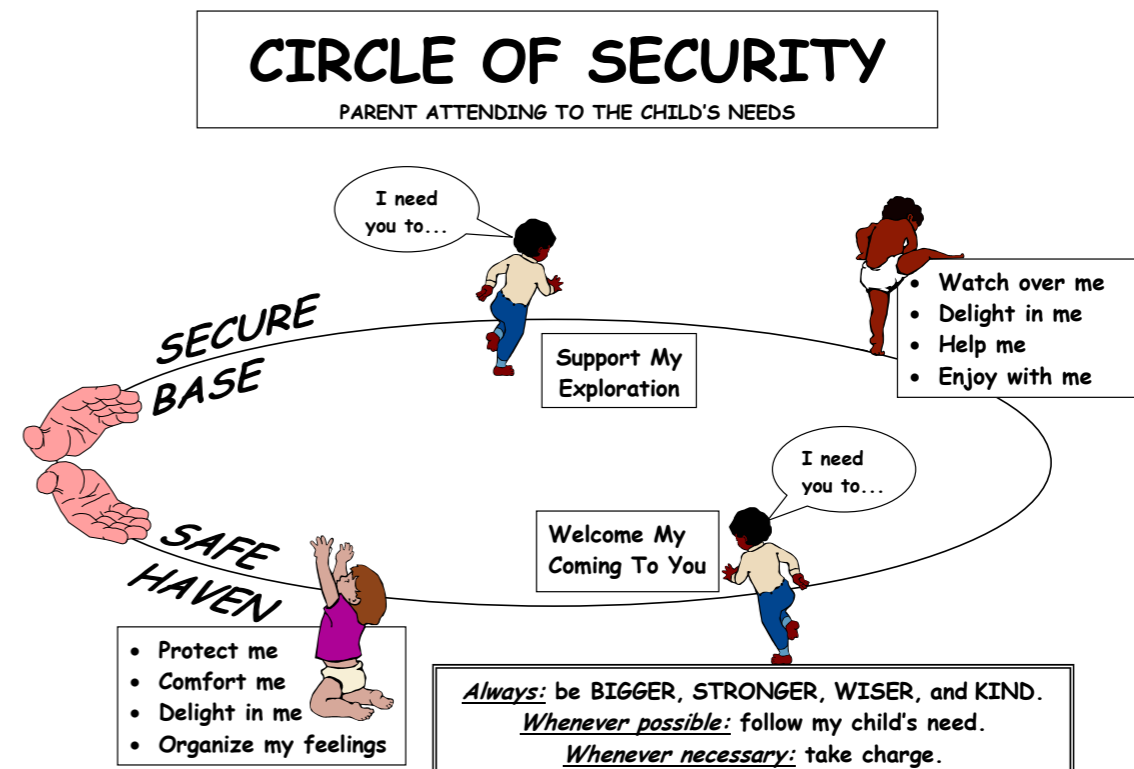
2010, Thormann 2006). Alle barn med en nevrobiologisk komponent vil stille særlige krav til foreldres sensitivitet, reflekterende funksjon og evne til mentalisering. Dette innebærer å kunne lese barnets signaler og deres underliggende behov, håndtere barnas reguleringsvansker og negative affekter gjennom et emosjonelt støttende omsorgsmiljø som er lydhørt, fleksibelt og i stand til å møte behovene til barnet. For å klare dette, kreves god utredning av barnets skader, oppfølging av fosterforeldre der tilknytning og mentalisering er sentralt og detaljert utviklingspsykologisk kunnskap om hvordan enkeltbarn som har vært eksponert for rusmidler i svangerskapet kan styrke bl.a. oppmerksomhet og hukommelse.

Utfordringer

Dette innebærer en dobbel utfordring for oss som arbeider med fosterfamilier til ruseksponert barn. Vi må både ha et utviklingsmessig og et relasjonelt syn på hva som trengs i den enkelte familie. Vi må sørge for at fosterfamilier får oppfølging av fagfolk som både er trent i evidensbaserte metoder og utviklingspsykologisk kunnskap om skader i sentralnervesystemet slik at begge aspekter ivaretaes, både relasjoner og utvikling.

Referanser:

- Clausen, S-E, og Kristoffersen, L.B. (2008) Barnevernklienter i Norge 1990 - 2005. En longitudinell studie. *NOVA Rapport 3/ 2008*
- Jacobsen, H. (2010): Hvordan hjelpe fosterforeldre til å være en trygg base for fosterbarnet?
- I: Moe, V., Slinning, K., Bergum Hansen, M. (red.) 2010: *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Moe, V., Siqueland, T., Slinning, K. (2010): Barn av foreldre med rusproblemer og psykiske vansker. I Moe, V., Slinning, K., Bergum Hansen, M. (red.) 2010: *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Thormann, I. (2006): *Medfødte alkohol-skader. Omsorg og behandling*. København: Hans Reitzels Forlag
- Walhovd, K.B og Fjell, A. (2010) Tidlig sentralnervøs utvikling og betydningen av ytre forhold, stimulering og omsorgsmiljø. I: Moe, V., Slinning, K., Bergum Hansen, M. (red.) 2010: *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Whelan, W.F. og Marvin, R.S. (2010) *The Circle of Security: Metoder til bruk i fosterhjemomsorgen*. I: Moe, V., Slinning, K., Bergum Hansen, M. (red.) 2010: *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal akademisk



Vil gi bedre hjelp til tidligere rusmisbrukende mødre



Av: Hilde Evensen Holm

Björg Hjerkin er lege og er sentral i drift og utvikling av Forsterket Helsestasjon i Kristiansand. Dette lavterskeltilbudet som blant andre følger opp gravide og småbarnsmødre med rusproblematikk, har vært i drift siden 1994. Rundt 25 gravide kommer til Forsterket Helsestasjon i året, og det blir normalt født 20-25 barn årlig som følges opp her. Tilbudet har jordmor i 40 % stilling, helsesøster i 50 % stilling og lege i 10 % stilling. Hjerkin har som ledd i sitt doktorgradsarbeid fulgt en gruppe barn i alderen 4-11 år som alle har vært knyttet til helsestasjonen. Hun har særlig ønsket å vite mer om barnas utvikling og fungering, og i samarbeid med andre fagfolk har barna derfor gjennomgått ulike nevropsykologiske tester.

To hovedgrupper

- Erfaringene våre i helsestasjonen har vist at mødre grovt sett kan deles i to grupper. Vi har en gruppe som klarer å stoppe med rus når graviditeten oppdages, som oftest i løpet

En gruppe barn knyttet til Forsterket Helsestasjon i Kristiansand er fulgt gjennom doktorgradsarbeidet til lege Björg Hjerkin. Et sentralt funn i forskningen er oppvekstmiljøets betydning for utviklingen hos det ruseksponerte barnet.

Vi må sette inn mer ressurser på å hjelpe den tidligere rusmisbrukende kvinnen med foreldreskapet, sier Hjerkin.

av svangerskapets første trimester. Og vi har en gruppe mødre som i hovedsak er rusfrie gjennom svangerskapet, men som har "sprekker" en eller flere ganger underveis, sier Björg Hjerkin. Når hun følger barna og mødre ser hun tydelig en tendens til at de mødre som ikke klarer å kutte rusen helt ut i svangerskapet, også får problemer med rus etter fødselen. Et klart flertall av barna i denne gruppen er fosterhjemsplassert når de er mellom to og tre år gamle. Det er i hovedsak mors tilbakefall til rus som er årsak til omsorgsovertakelsene. Den andre gruppen mødre er rusfrie gjennom svangerskapet og fortsetter med dette også etter at barnet er født. I denne gruppen er det få omsorgsovertakelser, slik at de fleste barna i denne gruppen bor hos sin biologiske mor når de testes.

Nevropsykologisk testing

Alle barna i undersøkelsen har vært med på nevropsykologiske tester og blitt sammenlignet med en kontrollgruppe av barn rekruttert fra skoler og barnehager i Kristiansand-distriktet. Testene er utført i samarbeid med en nevropsykolog. De er valgt



Illustrasjonsbilde

ut fra anerkjente testbatteri som WISC-R, Nepsy, Hallstead-Reiten og Raven. I og med at det er stort aldersspenn på barna, har det vært viktig at testene gir rom for dette. Barna testes på følgende fem hovedområder:

1. Læring og hukommelse
2. Visuell oversikt, planlegging og oppmerksomhet
3. Utøvende funksjoner
4. Finmotorikk og fingerferdighet
5. Generell intellektuell kapasitet

- Resultater fra testingen viser at det stort sett går bra med barna, men det er forskjeller på de ruseksponerte barna og kontrollgruppe-barna. Det er et fellestrekk for de ruseksponerte barna at de ligger i nedre del av normalområdet, og at ingen har alvorlige avvik. Det som imidlertid er særlig interessant er at det er barna som vokser opp hos mor som tidligere var rusmisbruker, som jevnt over scorer dårligst på testene og som derfor i større grad enn de andre barna får behov for støttetiltak. De barna som ble eksponert for rus i svangerskapet og som ble plassert i fosterhjem, scorer generelt bedre, selv om flere barn også i denne gruppen har atferdsproblematikk, sier Hjerkin.

- Dette forteller oss at livsforholdene etter fødsel er svært viktige for det rusutsatte barnets utvikling, sier Björg Hjerkin.

Tilknytning

- *Overrasket disse funnene deg?*

- Vi har fulgt mødre og barna ganske tett hos oss på Forsterket Helsestasjon, men har nok ikke vært klar over hvor store vansker mange av kvinnene har med å være mamma. Det er vanskelig å vite når kvinnen kommer til oss om hun er blant dem som klarer å kutte rusingen helt ut eller ikke, og hvordan hennes utvikling og ressurser vil være. Jeg mener at forskningsfunnene viser at vi må fokusere mer på veiledning og oppfølging av kvinnene i småbarnstiden og jeg ønsker å rette fokuset på betydning

av å fremme tilknytningen mellom mor og barn. Slik kan vi arbeide for et godt og mer gledesfylt foreldreskap. Det er mye kraft i god tilknytning! Björg Hjerkin peker på betydningen av tilknytning som beskyttelsesfaktor mot psykisk sykdom seinere i livet.

- Vi vet at mange av mødre har store livsutfordringer. De har som oftest lite og dårlig nettverk. Økonomien er stram, de har sjeldent utdanning utover grunnskolen, de flytter mye og har hyppige skifter i kjæresten. Det blir ofte et urolig liv, som nok belaster barnet. Vår erfaring er at mødre kan trenge veiledning og råd om mange sider av foreldreskapet, fra det å gjøre positive aktiviteter sammen med barna, til matlaging og grensesetting. Vi innser at mødre trenger mer støtte og veiledning, enn det vi har gitt så langt. Et tiltak vi har igangsatt er tilbud om bruk av Marte Meo metoden. Gjennom et samarbeid med Sørlandet Sykehus og en spesialutdannet psykolog der, har dette vært mulig å få gjennomført for de som ønsker det, sier Hjerkin. Hun forteller at det er ønske om å intensivere foreldreveiledningen gjennom et prosjekt det nå søkes om midler til.

Tidlig intervensjon

- Det er viktig å være bevisst på utfordringene disse kvinnene har når de skal bli mødre. Det er nødvendig å bruke ressurser på i større grad å undersøke hvem som er sårbare for tilbakefall til

rus, hvem som strever med angst og depresjon som mange av kvinnene gjør, og hvem som strever med tilknytningen til barnet sitt. Jeg tror noen vil ha nytte av å komme inn i LAR systemet etter fødsel og slik få mer stabilitet i forhold til rusproblemet. Andre skal ha annen type hjelp. Men det er en utfordring å få til et godt samarbeidsklima slik at kvinnene vil ta imot hjelp, medgir Hjerkin. Hun sier at erfaringen er at kvinnene kan være svært skeptiske til hjelpeapparatet og har ønske om å klare seg selv, når de ikke lenger ruser seg.

- Vi må så tidlig som mulig finne ut hvem som trenger mer intensiv hjelp med det å være mamma. Slik kan vi kanskje forebygge flyttinger til fosterhjem. Samtidig er det en fordel å så tidlig som mulig finne ut hvem som ikke er skikket til å ha omsorgen for barnet. Hovedmålet vårt er at flere barn skal vokse opp og ha det bra! - sier lege og forsker Björg Hjerkin i Kristiansand.

Fakta

Forsterket Helsestasjon Kristiansand:

- har lav terskel for hjelp og veiledning til vanskeligstilte mødre og gravide
- er bemannet med helsesøster, jordmor og lege (til sammen 100% stilling)
- tar imot 20-25 gravide pr år, og 20-20 nye barn hvert år
- samarbeider nært med sykehus, barnevern og sosialtjeneste

Nytt forskningsprosjekt om rusbarna i gang ved Haukeland

Hvordan går det med barn eksponert for rusmidler i svangerskapet? Fagmiljøet ved Barneklubben på Haukeland Universitets-sjukehus har vært sterkt engasjert i klinisk arbeid og forskning om barn med rusrelaterte fosterskader. Nå er et nytt forskningsprosjekt i gang hvor vekst, helse og utvikling står i fokus.

Av: Hilde Evensen Holm

Barneklubben ved Haukeland Universitets-sjukehus har de siste årene vært i kontakt med rundt 170 barn som har vært henvist dit, fordi de har vært eksponert for rus i svangerskapet. Barna er utredet og har eventuelt fått behandling på sykehuset. Nå ønsker fagmiljøet der å få mer kunnskap om hvordan utviklingen har vært for barna. De vil kartlegge barnas somatiske og psykiske helse, intellektuelle ressurser og atferd, samt hvilke behov de ruseksponerte barna har for tiltak i hjemmet og på skolen.

- Det er Helse Vest og KORFOR som støtter forskningen økonomisk, forteller overlege Irene Elgen. Sammen med nevropsykolog Sidsel Bruarøy og cand.med Lisbeth Sandtorv står hun bak forskningsprosjektet "Vekst, helse og utvikling hos barn eksponert for rusmidler i svangerskapet".

Håp om god oppslutning

Henvendelse om deltakelse har gått ut til foresatte og barnevern. Barna som skal følges gjennom forskningen vil i hovedsak være i alderen 6-12 år. Helsestatusen deres kartlegges gjennom spørreskjema til de som har daglig omsorg, ved journalgjennomgang, ny nevropsykologisk utredning for en del av barna og noen barn vil også innkalles til MR (f-MRI) undersøkelse av hjernen. Hensikten med

MR-undersøkelsene er å få kunnskap om eventuelle endringer i hjernestrukturen, og om det kan være en sammenheng mellom biokjemisk miljø i fosterlivet og en eventuell hjerneorganisk dysfunksjon. Den nevropsykologiske testingen omfatter blant annet evne til impuls kontroll og regulering, testing av hukommelsesfunksjon, psykomotorisk tempo, språklig utvikling og evne til å orientere seg i rom og tid. - Barna som har vært henvist hit kan grovt sett deles i tre grupper. Det er barn som har vært eksponert for alkohol, barn som har vært eksponert for narkotiske stoffer og barn som er født av mødre i LAR. Mange av de som er invitert til å delta i studien har takket ja, og vi håper på en god oppslutning fra alle tre grupper. Etter planen skal vi publisere de første resultatene i 2012, sier Elgen.

Omsorgsmiljøets betydning

Forskningsmedarbeider Lisbeth Sandtorv peker på betydningen omsorgsmiljøet har for barnas utvikling og sier et sentralt fokus i forskningen vil være å kartlegge sammenheng mellom barnets psykiske helse og den omsorgssituasjon de har hatt. - Vi har erfart at en del av barna har flyttet mye, noen fra fosterhjem til fosterhjem. Jeg vil gjerne se nærmere på omsorgsbasen til barna og hvordan den virker inn på det potensialet det ruskadede barnet har til å ta igjen og reparere det som eventuelt er skadet. Gjennom det nye forskningsprosjektet håper vi å få

kunnskap om disse faktorene i forhold til barnets utvikling og fungering, forteller Sandtorv. Hun er selv utdannet sosionom og har jobbet noen år i barnevernet før hun startet på medisinstudiet. Nå er målet at det nye forskningen kan bli hennes doktorgradsprosjekt.

Forskning om LAR

Fagmiljøet ved Barneklubben har også tidligere forsket på barn og rusrelaterte skader. Sandtorv er førsteforfatter på en artikkel gjengitt i Tidsskrift for den norske legeforening "Har legemiddelassistert rehabilitering i svangerskapet konsekvenser for barna?"

Bakgrunnen for artikkelen er en studie av 15 barn født av 10 mødre i LAR. Alle barna ble fulgt opp ved Barneklubben på Haukeland. 13 av de 15 barna utviklet neonatal abstinens syndrom (NAS), 10 av dem måtte ha behandling for dette. 8 av barna hadde vært eksponert for andre rusmidler i tillegg til LAR medikamentet (opiatsubstitutt). Gjennomsnittsvekten var forholdsvis lav. 2 av de 15 barna ble rammet av krybbedød. Ved oppfølging hadde 5 barn forsinket psykomotorisk utvikling og 2 hadde symptomer på hyperkinetisk atferdsforstyrrelse. 5 av barna ble plassert i fosterhjem. I fortolkningen av studien går det blant annet fram at det syntes å være stor risiko for utviklingsforstyrrelser og atferdsforstyrrelser blant barn av kvinner i legemid-

delassistert rehabilitering. Resultatene fra denne undersøkelsen er omdiskutert fordi det er såpass få mødre og barn med. Fagmiljøet ved Haukeland håper å få et større utvalg i sin nye studie.

Forskning om alkohol

Blant tidligere publiserte artikler fra fagmiljøet ved Haukeland finner vi også

en artikkel om fosterskade ved alkoholbruk i svangerskap. 64 barn med sikre alkoholrelaterte skader hadde vært behandlet ved klinikken i løpet av en fem-års periode. I artikkelen går det fram at fagmiljøet ved Haukeland erfarer at noen kvinner med høyt alkoholforbruk i svangerskapet kan fortsette med det uten at helsepersonell er klar over det og

intervenerer. Deres kliniske erfaring er at både hjernestrukturer og hjernefunksjon kan skades i alvorlig grad ved prenatal alkoholeksponering.

Barn i den aktuelle aldersgruppen fra begge disse studiene blir invitert til å delta i den nye undersøkelsen, slik at det blir mulig å følge barnas utvikling videre.

Overlege på nyfødt intensiv:

- Vær ærlige om risiko for skader

Helsevesenet må være ærlige om risiko for skade hos barnet, i sine råd til en kvinne som er gravid og som bruker rusmidler eller medisiner. Sammen med kvinnen må hjelperne gjøre det vi kan for å redusere risikoen, sier Hallvard Reigstad- engasjert overlege ved nyfødt intensiv ved Haukeland Universitetssjukehus.



Lisbeth Sandtorv, Hallvard Reigstad og Irene Elgen

Blant kuvøser og avansert medisinsk utstyr finner vi overlege Hallvard Reigstad. Han jobber med sårbare babyer, de er bitte små, for tidlig født, eller de har av andre grunner behov for intensiv medisinsk behandling over kortere eller lengre tid ved starten til livet.

- De fleste forventer å få et frisk barn, og for mange oppleves det som en katastrofe når så ikke er tilfelle, sier Reigstad. Han sier det ikke er annerledes for en mor eller et foreldrepar med rus/avhengighetsproblematikk som opplever at det nyfødte barnet sliter med abstinenser. De abstinente barna som må overvåkes på nyfødtintensiv og behandles med morfindråper, får en tøff start på livet.

- Jeg stiller spørsmål ved om det blir gjort nok før og under svangerskapet for å redusere risikoen for denne dårlige starten for barna. Hvilke råd får kvinnene og hvilken hjelp får de i forhold til det rusmiddelet de tar? Den nyfødte barnet står ved starten til livet. Det er om å gjøre å legge til rette så barnet får forløst sitt

potensial og får den best mulige start. Skadene som oppstår hos et ruskadede barn kan gi livsvarige konsekvenser. Er vi ærlige om dette i møte med den gravide kvinnen, sier Reigstad som ikke legger skjul på at han opplever det som problematisk og fullt av dilemmaer når den gravide kvinnen for eksempel bruker metadon eller er medisinert med SSRI preparat. (medisiner i forhold til psykiske vansker) I begge tilfeller mener han at det bør settes inn mer innsats for å redusere forbruk av medisiner, aller helst ha et svangerskap uten medisiner, og at helsevesenet må bruke mer ressurser på alternativ hjelp og bistand.

- Når vi gir helse råd til kvinnen i forbindelse med et svangerskap inngår vi på mange måter en kontrakt med henne. Hun skal vite at sier vi at noe er trygt, så er det trygt. Jeg mener at helse rådene som blir gitt til gravide med rusproblematikk ikke alltid er klare nok på risiko. Vi vet ikke nok om skader på kortere og lengre sikt. Da må vi ta høyde for det og være mer forsiktede i rådene som gis, mener overlege Hallvard Reigstad.

-Bevegelses- utvikling i risiko

Barn av rusmiddelmissbrukende mødre er i høyrisiko for skjevutvikling innenfor flere funksjonsområder, også bevegelsesutvikling. Fysioterapeut Anita Galterudhøgda har jobbet med mer enn 60 barn innlagt på familieenheten på Borgestadklinikken sammen med sine mødre.

Av: Hilde Evensen Holm

Sensitiviteten i samspillet mellom mor og barn påvirker barnets utvikling mentalt og kroppslig. Fysioterapeut Anita Galterudhøgda har derfor et spesielt fokus på det viktige mor/barn samspillet i sine konsultasjoner ved klinikken. Målet er å hjelpe mor til å bli mer bevisst på betydningen av å bli kjent med barnet sitt, å oppdage sider ved barnets personlighet, og se barnets kapasitet og evne til kontakt og bevegelse. Galterudhøgda er spesialist i barne- og ungdomsfysioterapi (MNFF) og arbeider i barneteamet i Skien kommune, samt i egen klinikk. Siden 2000 har hun også vært knyttet til familieenheten ved Borgestadklinikken.

- Vi vet at ruseksponering i svangerskapet medfører risiko for barnet. Det er også risiko i omsorgsmiljøet når mor og eller far sliter med rusproblemer som gir utfordringer i forhold til samspillet med barnet og evne til å tolke barnets signaler. Jeg legger derfor vekt på å være barnets stemme når vi har konsultasjoner, forklarer Galterudhøgda. Tidlig intervensjon fra fysioterapeuten innebærer en helhetlig tilnærming og hun er opptatt av å fremme og påvirke bevegelsesutviklingen hos barnet så tidlig som mulig, og gjør dette både gjennom å stimulere barnet og veilede mor.

De første ukene i barnets liv vurderer fysioterapeuten bevegelsene og reaksjoner hos barnet. Hvilken kvalitet er det på bevegelsene, hvordan takler barnet stimuli som lyder, lys og berøring. Amming, sugereflekser og fordøyelse er i fokus. Den standardiserte testen for motorisk utvikling, Alberta Infant Motor Scale (AIMS) blir benyttet.

Ved seinere konsultasjoner er andre sider av bevegelsesutviklingen sentralt. Som foreldre flest er også foreldrene på familie-

enheten opptatt av når barnet bør kunne rulle rundt, holde hodet, sitte eller krabbe, forteller Galterudhøgda som selv er mer opptatt av hva barnets kroppslige prosjekt er i øyeblikket. Hvor er barnet i sin utvikling og hvordan kan mor veilede og fremme barnets utvikling. Gode råd fra fysioterapeuten kan være å ikke overstimulere barnet med masse leker og å unngå leker med mye lyd. Det er også viktig å ha på komfortable klær så barnet kan bevege seg fritt.

- Jeg erfarer at de ruseksponerte barna i stor grad er sårbare for stimuli og at de ofte trenger mer ro enn andre barn. De kan ha stressreaksjoner og bli oppfattet som urolige. Det kan derfor lett bli en negativ samspillspirale mellom barnet og omsorgspersonene, hvor barnets gråt og uro også utløser stress hos dem, sier Galterudhøgda.

Hun legger derfor vekt på å veilede mor til å ha tålmodighet, og ha forståelse for at dette barnet kan ha en lav terskel for å bli overstimulert og urolig. Det å sitte og vente til barnet er klar for kontakt er sentralt.

- Det er viktig å trykke kvinnene ved enheten på sin rolle som mor, og slik bidra til økt sensitivitet. Mange er usikre på seg selv og trenger veiledning. Det er fint å se og erfare at mødrene jeg treffer får flere ord som beskriver barnet, etter hvert som hun blir mer kjent med barnet sitt, ser utviklingen som skjer hos barnet og finner glede i det, sier fysioterapeuten. Hun anslår at omkring to tredjedeler av de barna hun har jobbet med på Borgestadklinikken er på utsiden av det som kalles normal grovmotorisk utvikling. Hennes erfaring er også at mange av mødrene strever i ulik grad med å delta i utviklingsfremmende og sensitivt samspill med barnet.



En 6 måneder gammel gutt undersøkes av Anita Galterudhøgda.



Barn skadet av rus i svangerskapet:

-Viktig med samordning og videreutvikling av tiltak

Borgestadklinikken er både gjennom Kompetansesenterets og klinikkens arbeid engasjert i videreutvikling av tiltak for barn skadet av rus i svangerskapet. Vi mener barn med rusrelaterede skader er en underdiagnostisert gruppe, og at kompetansen om disse barnas spesielle behov varierer stort fra fylke til fylke her i landet. Liten kompetanse blant fagfolk kan gjøre det vanskelig for berørte familier å få den hjelp og oppfølging de trenger. Det er behov for at det plasseres ansvar for videreutvikling av tiltak. Dette gjelder både forebygging av skader, utvikling av diagnostiseringstilbud og utvikling av tverrfaglige tiltak til den enkelte familie.

Av: Liv Drangsholt, spesialkonsulent KoRus-Sør/ behandler v/Skjermet enhet for gravide

Barn født med rusrelatert skade er en underdiagnostisert gruppe i de fleste land, og det er grunn til å anta at dette er situasjonen også i Norge. Vi har erfart at kompetansen om disse barnas spesielle behov, diagnostiseringsarbeidet, og kunnskap om aktuelle tiltak i hjem og barnehage/skole er tilfeldig spredt i fagmiljø i landet. Videre er det, etter det vi kjenner til, utviklet lite veiledningsmaterieell.

Kompetansesenter rus- region sør, Borgestadklinikken (KoRus-Sør) har "gravide rusmiddelmissbrukere og familier med små barn" som nasjonalt spissområde, og derfor er det naturlig at vi over tid har engasjert oss i situasjonen for barna som er skadet av rus i svangerskapet. Vi har prosjekter innenfor dette fagområdet, og vi arrangerer seminarer.

Fra 2006 har vi samarbeidet med Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse (RBUP, Helseregion øst og sør) om fagutvikling på dette området. Nylig har også Sørlandet Kompetansesenter (STATPED) og Barne-, ungdoms- og familie-etaten (Bufetat) ved regionkontoret i Region sør, inngått i dette samarbeidet.

Alkohol i svangerskapet

Alle rusmidler mor inntar under graviditeten kan skade fosteret. Alkohol er det rusmiddelet som kan gi mest omfattende skader,

og en har ved forskning ikke funnet en sikker nedre grense for hva fosteret tåler (rapport fra Sosial- og helsedirektoratet 2005, Swedish National Institute of Public Health 2009). Retningslinjene i Norge sier derfor at vi skal anbefale totalavhold under hele graviditeten.

Alkoholforbruket i Norge har økt radikalt de siste tiår. Det gjelder også for unge i fruktbar alder (SIRUS Rapport 4 og 5 – 2009). Gjennomsnittlig alder for førstegangsfødende er i 2011 nesten 29 år. I den alderen har mange et etablert drikkemønster som medfører at de drikker alkohol flere ganger i løpet av en måned. Dagens kvinner legger vanligvis ikke om alkoholvanene før de får bekreftet graviditet (Alvik, 2007). Det er derfor en risiko for at mange barn blir eksponert for alkohol de første ukene av svangerskapet, selv om den vordende mor har det vi vurderer som et uproblematisk forhold til alkohol.

Russkader kan forebygges, men mange jordmødre og leger sier de synes det er vanskelig å spørre de gravide utfyllende om deres rusvaner. I følge de vanlige svangerskapsrutinene er det bare et enkelt "ja/nei"-spørsmål som tar for seg mors alkoholvaner under svangerskapet. Et mål bør være en mer utfyllende samtale der alle kvinner får informasjon, slik at de får korrekt kunnskap om hvordan de kan unngå å skade barnet. Et annet viktig mål er at de som har et problematisk forhold til alkohol raskt skal få tilbud om riktig tilpasset hjelp. Mye tyder på at helsepersonell ikke er flinke nok til å oppdage gravide som har et problematisk alkoholbruk. Det er et paradoks at selv om vi har god kunnskap

om hvor skadelig alkohol er for barnet, så er det sjeldent gravide med alkoholproblemer blir henviset til den kommunale rustjenesten (Rokkansenteret Rapport 4 -2009 og 2-2010). De utgjør også en liten del av gruppen gravide som blir tvangsinnlagt (ibid). Vi har en vei å gå for at de som har problemer med å la være å bruke alkohol i svangerskap skal få tilbud om adekvat hjelp.

Skader barnet er blitt påført under graviditeten må det leve med resten av livet. For mor er det å ha skadet sitt eget barn en stor sorg å leve videre med. Derfor er det viktig at vi som helsepersonell og hjelpere blir tydelige i våre råd, flinkere til å se hvem som trenger hjelp og tilbyr riktig tilpasset hjelp.

Situasjonen i Norge

Vi har ikke et sentralt diagnoseregister der vi kan søke opp hvor mange barn i Norge som har diagnose innenfor russkade. Folkehelseinstituttet kan imidlertid opplyse følgende tall fra Fødselsregisteret:

I perioden 1999 til og med 2009 er det født 648 622 barn totalt. Av disse er det registrert 598 barn der mor har oppgitt å ha misbrukt alkohol, opiater, cannabis, benzodiazepiner eller en kombinasjon av flere rusmidler i svangerskapet. Dette utgjør 0,9 % av alle fødte barn i perioden. I samme periode er det registrert 229 barn der mor har oppgitt å ha brukt subutex eller metadon. Dette utgjør 0,4 % av alle fødte barn i perioden. Noen av barna er registrert i begge kategoriene over. Totalt er det i perioden født 773 (1,2 %) barn hvor det er registrert at mor har brukt alkohol, opiater, cannabis, benzodiazepiner, metadon, subutex eller en kombinasjon av flere rusmidler i svangerskapet.

I samme periode er det registrert 469 barn med neonatalt abstinens syndrom. Så mange som 53% av mødrene til disse barna har ikke oppgitt at de har brukt rusmidler i svangerskapet. Barn har forskjellig sårbarhet. Det at mor har brukt rusmidler i svangerskapet medfører ikke alltid at barnet er påført varig skade. Men disse barna bør få særlig oppfølging fra fødsel slik at adekvat hjelp kan settes inn så tidlig som mulig der det er behov for det.

Når det gjelder antall alkoholskader pr. 1000 fødte barn er det store variasjoner mellom ulike land. Internasjonale studier tilsier at en finner fra 0,2 til 2,0 barn med FAS (Føtal Alkohol Syndrom) pr 1000 fødte. Når det gjelder barn med FAE (Føtale Alkohol Effekter) regner en med at antallet er inntil tre ganger så høyt (National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, 2005). Omfanget av problemet er avhengig av flere forhold, blant annet drikkemønster i det enkelte land. En regner med at barn med alkoholskade er en underdiagnostisert gruppe. Forskning fra Barneklubben i Bergen tilsier at det samme gjelder Norge (Elgen, Bruarøy, Lægreid, 2006). En svært stor andel av de som har fått diagnose innenfor FASD i Norge bor i fosterhjem eller adoptivhjem (ibid). Dette gjør at de ofte er vanskelig å dokumentere mors drikkewaner under graviditeten.

Ved Barneklubben i Bergen erfarte en at ved å skolere fagfolk, spesielt innen barnevern, fikk klinikken henviset flere barn til utredning, og det ble en betydelig økning i antall barn som fikk diagnose innenfor FASD (fra 0,33 pr levende fødte i 1988 til 1,2 per levende fødte i 2004).

Betydningen av diagnose

Hvis barnet blir utredet og får en diagnose innebærer det at omsorgspersonene får en beskrivelse av det enkelte barns ressurser og begrensninger. Dette er et godt utgangspunkt for at barnet skal bli møtt med realistiske forventninger og forståelse. En diagnose kan også utløse rett til spesialundervisning, ytelse innenfor NAV, avlastning og foreldreveiledning.

Listen over mulige tilleggsproblemer som følge av FASD er lang og dyster. Internasjonale artikler viser ofte til Streissguths forskning (1997). Hun har funnet at en meget høy prosent av voksne med FASD også har alvorlige psykiske plager, problemer med kriminalitet, egen rusmiddelbruk etc. Nyere forskning bekrefter disse funnene. Dette er hovedsakelig basert på internasjonal forskning, og en kan ikke trekke den slutning at situasjonen er helt den samme i Norge. Men resultatene understreker alvorlet for dem som er rammet.

I følge Streissguth er det viktig for barnet at det får en tidlig diagnose, og at det får vokse opp i trygge omsorgsforhold. Dette kan hindre utvikling av tilleggsproblemer.

Vi får mange tilbakemeldinger fra fosterforeldre i forbindelse med seminar og kontakt via nettsider. De understreker betydningen av samordning av tiltak skole/barnehage og hjem. Viktigheten av dette understrekes også i nyere forskning fra USA (Bertrand, 2008).

Videreutvikling av tilbud i Norge

I Norge har vi et godt grunnlag for å videreutvikle tiltakskjeden for barn som er født med rusrelaterede skader. Vi har en del fagpersoner i klinisk praksis med god kompetanse og et sterkt engasjement for temaet. Vi har en nystartet støtteforening. Sammenlikner vi oss med andre land har vi et generelt godt utviklet hjelpeapparat med god faglig kompetanse som gjennom seminarer/etterutdanning kan skoleses til å ivareta også denne gruppens spesielle behov. Det foregår forskning i regi av bl.a. SERAF, Haukeland Universitetssykehus og Universitet i Oslo, psykologisk institutt.

Barn eksponert for rus i svangerskap har sammenfallende behov uavhengig av hvilket rusmiddel barnet har vært eksponert for. Barnet kan tidlig ha reguleringsproblemer og vi vet at barnet kan få problemer med konsentrasjon og tilpasning under oppveksten. Noen barn kan ha behov for hjelp livet ut. Foreldre som har slitt med rusproblemer kan streve med å etablere en rusfri og forutsigbar hverdag. Dette påvirker barnas utvikling, også om de vokser opp i et annet hjem.

Tiltak som er i gang

Forebygging:

Helsedirektoratet har kampanjen "Den beste starten". Mål er å forebygge alkoholrelaterede skader. Kartleggingsskjema TWEAK (kartlegging av alkoholbruk før og under graviditet), er under utprøving i mange kommuner. Mål er å nå gravide med riktig tilpasset hjelp så tidlig som mulig. Opplysningsfilmen "Livsviktig" blir prøvd ut i flere videregående skoler for å opplyse om farer ved alkoholbruk i graviditet. I flere regioner er det i gang prosjektarbeid der forebygging av rusrelatert skade er del av målsetting. Vi nevner spesielt TIGRIS i regi av KoRus-Sør og Modellkommuneforsøket i regi av Barne- og familiedirektoratet (Bufdir).

Diagnostisering:

En del fagmiljø i landet har meget god kunnskap på dette området. Det har i 2010/2011 vært avholdt to pilotseminar for spesialisthelsetjenesten i Helseregion Sør-Øst. Målet er å tilby dette til andre helseregioner.

Utvikling av tverrfaglige tiltak:

Kompetansesenteret har de tre siste årene arrangert tverrfaglige seminar i alle de store byene i landet. Fosterforeldre og adoptivforeldre er også del av målgruppen. Disse seminarne skal videreføres. November 2011 arrangeres et todagers pilotseminar om tverrfaglige tiltak i Helseregion Sør-Øst. Målet er at dette skal tilbys andre regioner.

Den selvopnevnte faggruppen går gjennom veiledningsmaterieell i form av filmer og skriftlig materieell fra internasjonale anerkjente nettsted. Oversikter legges ut fortløpende på Borgestadklinikken hjemmeside. Pedagogisk materieell skal oversettes til norsk. En norsk film om tiltak i hjem og barnehage/skole er under planlegging.

Dette er tiltak initiert av forskjellige direktorat, institusjoner eller engasjerte fagmiljø. Det er behov for samordning og videreutvikling av tiltak. Vi mener ansvar for dette må plasseres, og det må utarbeides en forpliktende plan slik at det kan tilbys adekvat hjelp til dem det gjelder, uavhengig av hvor de bor i landet. Forebyggende tiltak må også videreutvikles.

UTREDNING AV FASD

Det er den lokale barne- og ungdomspsykiatriske avdeling eller barnehabilitering som er ansvarlig for utredning og diagnostisering. I Norge har vi noen fagmiljø med spesiell kompetanse på dette fagområdet. Disse kan kontaktes av lokal faginstans for veiledning i enkeltsaker:

Ullevål Universitetssykehus, Barneavdelingen

Universitetssykehuset i Trondheim, ST Olav Hospital, Barne/Ungdomsklinikken

Sørlandet Sykehus, Arendal HABU

Haukeland Universitetssykehus, Barneklivnikken

Sykehuset Buskerud, Vestre Viken HF, Psykiatrisk Klinikk BUPA

LITTERATUR:

Alvik, A (2007): *Alcohol use before, during and after pregnancy: a population based study in Oslo, Norway.* Universitetet i Oslo

Bertrand Jacquelyn (2008): *Interventions for children with Foetal alcohol spectrum disorders. Overview of findings for five innovative research projects.* ELSEVIER, Research in Developmental Disabilities

Elgen, Bruarøy, Læg Reid (2006): *Lack of recognition and complexity of foetal alcohol neuroimpairments.* Acta Pædiatrica ISSN 0803 – 5253

Helsedirektoratet 2011, Nasjonale retningslinjer for gravide i legemiddelassistert rehabilitering, IS 1879

National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities (2005): *Foetal Alcohol Syndrome, Guidelines for Referral and Diagnosis*

Rokkansenteret Rapport 2- 2010 Tvang overfor rusmiddelavhengige
Rokkansenteret Rapport 4 – 2009 Grenser for tvang

Sosial- og helsedirektoratet(2005): *Alkohol og graviditet. Hva er farlig for fosteret? Hvordan forebygge og behandle?* Rapport fra en ekspertgruppe. IS-1284

SIRUS Rapport 4/2009 – Bruk av alkohol blant kvinner
SIRUS rapport 5/2009 – Ungdom og rusmidler

Streissguth A. (1997): *Foetal Alcohol Syndrome – A guide for Families and Communities.* Paulh Brookes publishing Co, ISBN 1-55766-283

Swedish National Institute of Public Health (2009): *Low dose alcohol exposure during pregnancy – does it harm?* A systematic literature review



INFORMASJON OM RUSRELATERTE FOSTERSKADER

SAMHSA (Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) Center for Excellence):
www.fasdcenter.samhsa.gov

HER FINNES BLANT ANNET:

“Reach to teach”

En veileder for skolen (denne planlegges oversatt til norsk i løpet av 2011)

“What Do I Do”?

Helping Your Kids Understand Their Siblings Fetal Alcohol Spectrum Disorder
En veileder for søsken

“My Sibling has a Fetal Alcohol Spectrum Disorder. Can I catch it?”

En veileder for søsken

“Recovering Hope”

DVD - Er teksten på norsk og kan bestilles ved henvendelse til Borgestadklinikken

National Organisation on Fetal Alcohol Syndrom - UK

www.nofas-uk.org/

Utgir “FETAL ALCOHOL FORUM” – nyhetsbrev fire ganger i året

New York State Council of Children and Families – publications

www.ccf.state.ny.us/index.htm

“Take a first look”

En guide for profesjonelle som arbeider med små barn

“Take another look”

Guide for ansatte i spesial psykologisketjenester

SKANDINAVISKE NETTSIDER:

Norsk forening for ruskkadde barn

www.russkade.no

Den svenske fasforeningen

www.fasforeningen.nu

Borgestadklinikken/ rusrelaterte fosterskader

www.borgestadklinikken.no

LITTERATUR OM FASD

NORSK:

Tidsskrift for Den norske legeförening nr, 4/05

L. Læg Reid, S. Bruarøy, H. Reigstad. Fosterskader ved alkoholbruk i svangerskap.

BMC Public Health 2007 nr.7

Björg Hjerkin, Morten Lindbæk, Elin Olaug Rosvold. Substance abuse in pregnant women. Experience from a special child welfare clinic in Norway

Aline Spebarnssenter jubileumsskrift 1907 -2007.

Kari Slinning og Vibeke Moe
Forskning i klinikk – Langtidsoppfølging av spedbarn som har vært utsatt for rusmidler i fosterlivet

“Det sårbare barnet”

v Kari Killen og May Olofsson, Kommuneforlaget 2003

“Alkohol og graviditet”

Sosial- og helsedirektoratet, rapport IS 1284, 2005

USA:

“Fetal Alcohol Syndrome – A guide for Families and Communities.”

Ann Streissguth,
Paul Brookes publishing Co, ISBN 1-55766-283-5
Kan bestilles gjennom den svenske FAS foreningen. Se også www.amazone.com

DANSK:

“Medfødte alkoholskader. Omsorg og behandling.”

Inger Thomann.
Hans Reitzels forlag, 2006, ISBN 9788741203867.

SVENSK:

“Erik - midt i bland oss.”

Katarina Wittgard i samarbeid med Else Henriksson.
Utgitt av den svenske FAS foreningens forlag.
ISBN 91 -974062-1-X

Norske studier og artikler om ruseksponering i fosterlivet

Alvik, A.(2007). *Alcohol use before, during and after pregnancy. A population bases on study in Oslo, Norway.* Faculty of Medicine, University of Oslo

Bakstad, B, Sarfi,M.,Welle-Strand, G.K.,Ravndal, E.(2009) *Opioid maintenane treatment during pregnancy, occurrence and severity of neonatal abstinence syndrome.* A national prospective study. *Europeam Addiction Research*, 15, 128-34

Dalen K, Bruarøy S, Wentzel-Larsen T, Lægreid LM: *Cognitive functioning in children prenatally exposed to alcohol and psychotropic drugs.* *Neuropediatrics.* (2009) 40(4):162-7.

Elgen I, Bruarøy S, Lægreid L: *Complexity of foetal alcohol or drug neuroimpairments.* *Acta Ped* (2007) 96:1730-3

Hjerkinn B, Lindbæk M, Rosvold EO: *Substance abuse in pregnant women. Experiences from a special child welfare clinic in Norway.* *BMC Public Health* 2007;7:322.

Hjerkinn B, Rosvold EO, Lindbæk M: *Neonatal findings among children of substance abusing women attending a special child welfare clinic in Norway.* *Scand J Public Health* 2009;37(7):751-757.

Hjerkinn B, Lindbæk M, Skogmo I, Rosvold E.O: *Neuropsychological screening of children of substance-abusing women attending a Special Child Welfare Clinic in Norway.* *Subst.Abuse Treat.Prev.Polic* 2010 5:1-17.

Lægreid LM, Bruarøy S, Reigstad, H: *Fosterskade ved alkoholbruk i svangerskap.* *Tidsskrift for norsk legeförening* (nr 5/2007)

Moe,V. og Slinning, K(2001). *Estimating the prevalence of fetal alcohol syndrome: a summary.* *Alcohol research and health*, 25, 159-167

Moe,V.(2002) *Foster placed and adopted children exposed in utero to opiates and other substances. Prediction and outcome at 4 ½ years.* *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 23, 330-339

Moe,V. og Slinning, K.(2002) *Prenatal drug exposure and the conceptualization of long term effects.* *Scandinavian Journal of Psychology.* 1, 41-47.

Moe, V. og Smith, L.(2003). *The relation of prenatal substance exposure and infant Recognition Memory to Later Cognitive Competence.* *Infant Behavior and Development.* 26, 87-99

Sandtorv L, Reigstad H, Bruarøy S, Elgen I, Lægreid LM :*Legemiddelassistert rehabilitering i svangerskapet: Konsekvenser for barna?* *Tidsskrift for norsk legeförening* (2009)

Slinning, K (2004) *Foster placed children prenatally exposed to polysubstances. Attention related problems at age of 2 and 41/2.* *European Child and Adolescent Psychiatry*,131, 19-27

Slinning, K. og Moe,V.(2007) *Forskning i klinikk; langtidsoppfølging av spedbarn som har vært eksponert for rusmidler i fosterlivet. Norges Barnevern, Den gode starten, Aline barne-vernseier 1907-2007, Spesialnummer i anledning av Alines 100 års jubileum, 43-52*

Walhovd. K.B., Moe, V.,Slinning, K.,Due-Tønnesen, P.,Bjørnerud, A.,Dale A.M., Kouwee,A.D., Quinn, B.T., Kosofsky, B., Greve,D.og Fischer,B.(2007). *Volumetric cerebral characteristics of children exposed to opiates and other substances in utero* (*Neuroimage*, 36, 1331-1344.

Walhovd, K.B.,Moe, V.,Slinning, K.,Siveland, T.,Fjell, A.,M.,Bjørnebekk, A.,Smith, L.(2009) *Effects of prenatal opiate exposure on brain development- a call for attention.* *Nature Reviews Neuroscience*, 10, 390

Walhovd, K.B.,Westlyw, L.T.,Moe, V.,Slinning, K.,Due-Tønnesen, P.,Bjørnerud, A.,van der Kouwe,A.,Dale, A.M.,Fjell, A.M.,(in press). *White matter characteristics and cognition in prenatally opiate and polysubstance exposed children- a diffusion tensor amaging study.* *American Journal of Neuroradiology.*

Råd og tiltak i LAR -veileder fra Helsedirektoratet

Det er behov for systematisk og koordinert oppfølging av barn og familier når mor, og i mange tilfeller far, er tidligere rusmiddelmissbrukere. Det går fram av Helsedirektoratets "Veileder for gravide i LAR". Pasientmålgruppen er primært kvinner som er i LAR i graviditeten, deres partnere, barn som har vært eksponert for metadon eller buprenorfin i fosterlivet, samt deres familier. Men oppfølgingen som skisseres i retningslinjen er i liten grad spesiell for familier med barn som har vært eksponert for metadon eller buprenorfin i svangerskapet. Det meste vil også gjelde andre barn/familier, for eksempel barn som har vært eksponert for rusmidler i svangerskapet, barn født av foreldre som tidligere har vært rusmiddelavhengige, men som ikke er i LAR, og en rekke andre barn/familier, går det fram av veilederen.

Det er særlig to forutsetninger en god oppfølging av familiene hviler på; kompetanse og helhetlig samhandling mellom foreldrene, kommunen og spesialisthelsetjenesten, heter det i veilederen. Det blir videre anbefalt å etablere ansvarsgruppe for det ruseksponerte barnet, hvor barnets behov er i fokus. Dette vil tydeliggjøre ansvarsforhold og gjøre den langsiktige oppfølgingen lettere å koordinere. Det bør videre lages en individuell plan for barnet. Begge tiltak fordrer samtykke fra foreldrene. Det er viktig at alle hjelpeinstanser som er involvert har kunnskap om sentrale faktorer hos barnet, familien og oppvekstmiljøet som bidrar til en god utvikling og hvilke faktorer som kan gi risiko for skjevutvikling. En kartlegging som omfatter risiko og beskyttende faktorer hos barnet og foreldrene gir et godt grunnlag for å planlegge tiltak i samarbeid med foreldrene, heter det videre.

Veilederen fås ved henvendelse til Helsedirektoratet eller Kompetansesenter rus- region sør ved Borgestadklinikken.



Line er mamma og tidligere rusmisbruker:

- Jeg tok noen dårlige valg

Den dårlige samvittigheten over at mine valg i forhold til bruk av rus kan ha skadet barna mine er tung å bære, forteller Line Nordbø fra Bergen. Hun er en engasjert og omsorgsfull trebarnsmamma, som nå jobber med å legge tiden med rus bak seg.



Av: Hilde Evensen Holm

Line Nordbø (36) er mamma til tre jenter på henholdsvis 13 år, 11 år og 6 måneder. De to eldste bor hos sin far, men er jevnlig hos mamma. Den yngste, Victoria, kom til verden i januar 2011, etter at Line hadde vært innlagt på Skjermet Enhet ved Borgestadklinikken.

- Det var et voldsomt sjokk å bli innlagt på tvang. Jeg var mer enn fem måneder "på vei" og hadde vært en tid på en institusjon i Bergensdistriktet. Men da en urinprøve påviste bruk av amfetamin, ble jeg overført til Skien og til Skjermet Enhet på veldig kort varsel. Det var særlig tungt for meg fordi jeg var opptatt av å holde nær kontakt med de store jentene mine, og jeg bekymret meg mye for hvordan de ville ta dette.

Line forteller at hun begynte med tunge rusmidler etter en vanskelig tid som startet med et samlivsbrudd for sju år siden.

- Jeg var utslitt og tok amfetamin for å holde meg "gående". Ikke lenger etter ble jeg introdusert for heroin, og var "hekta" i to år. Den tiden husker jeg lite fra nå, sier Line stille. Hun forteller videre at etter en overdose ble hun skremt, klarte selv å ta tak og slutte, men gikk da over til å bruke illegal subutex. Dette var også situasjonen da hun ble gravid.

Dårlig samvittighet

- Den dårlige samvittigheten over at rusingen kan skade barna mine på noen måte, er vond. Den tapper meg for energi, og jeg er veldig mye trøtt og sliten. Min overlevelsestrategi er å legge lokk på følelsene, sier Line og legger til at hun

nå går regelmessig til samtalerapi hos psykolog.

- Jeg må ha hjelp til hakke hull på isen litt etter litt, men tenker mye på hvordan jeg kunne gjøre de valg jeg gjorde, sier hun. Line har lille Victoria (6 måneder) på fanget da vi snakker sammen. Sammen med mamma bor hun nå hos Lines foreldre, i påvente av at de to skal få seg en leilighet i nærheten av storesøstrene og deres pappa.

- Jeg har en flott nettverk, foreldre og søsken og andre som stiller opp for meg. Det er til stor hjelp, sier Line.

Hun vet at foreldre og søsken hadde det tungt da hun ruset seg. Det ble mange bekymringer. Selv opplevde hun det slik at rusen tok over styringen.

- Den tok all plass, drepte meg liksom litt etter litt, sier hun.

Mange skuffelser

- Jeg kunne se at mine foreldre ringte meg på mobilen og visste at det var fordi jeg ikke var kommet som avtalt for å være sammen med jentene mine. Likevel tok jeg ikke mobilen. Jeg vet jentene ble skuffet igjen og igjen og det har gjort at de har lite tillitt til meg.

- Er jentene sinte på deg?

- Nei, de er ikke sinte på meg, men på narkotika! Det er de veldig sinte på. De har nok tatt ut følelsene mer overfor pappaen sin og min mor. Til henne har de sagt ting som "Du burde ha passet bedre på mamma- hun er jo din unge!"

- Meg har de vel mer tatt hensyn til, de passer på meg på en måte. Det er jo ikke bra, det heller, og heldigvis ser de ut til å slappe mer av nå. Det er kjekke jenter, jeg er veldig opptatt av at de skal ha det bra!

Jeg har forsøkt å være ærlig med dem om problemene mine, og håper at det har vært til noe hjelp for dem, sier Line. De to eldste jentene er nå stolte storesøstre. Det er stor stas, og det er de som har valgt navnet. "Victoria", det betyr "Seier", det passer bra, smiler Line.

Behandling og endring

Oppholdet på Skjermet Enhet hjalp Line til å holde seg rusfri resten av svangerskapet. Victoria har ikke tegn på skader fra morens rusbruk, men Line sier hun er klar over at det kan komme problemer med eksempelvis lærevansker i skolealder.

Selv har hun ADHD og vet hva det er å slite med konsentrasjon og læring. Hun sier hun nok kommer til å være veldig på vakt, så den lille kan få hjelp og bistand om noe skulle dukke opp.

Line sier flere ganger i løpet av samtalen vi har, at hun ikke riktig kan forstå hvordan hun kunne ruse seg, hun visste jo egentlig at dette er skadelig, og at hun alltid har vært opptatt av å være en god mamma. Rusen gjør noe med hodet ditt, og tar all plass, sier hun.

- Hva tenker du om livet framover nå?

- Jeg håper å kunne være mer sosial etter hvert, det er en bøyg. Og jeg vil gjerne ta utdanning og få meg jobb, gjerne jobbe med barn som har det vanskelig. Så ønsker jeg å få på plass bolig i nærheten av der jentene bor. Utover det, har jeg fokus på gleden over å være nykter og jeg ønsker bare å fokusere på det som er godt i livet. Det har vært så mye negativt. Jeg har ikke noe sug etter rus, jeg opplever at jeg ikke trenger noe annet enn å være travel med å ta vare på babyen og de andre rundt meg som jeg er glad i.