

4. opplag

Veileder

IS-1742

# Fra bekymring til handling

*En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet*

Hefkets tittel: Fra bekymring til handling  
En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet

Utgitt: 03/2010

Bestillingsnummer: IS-1742

Utgitt av: Helsedirektoratet  
Kontakt: Divisjon for psykisk helse og rus. Avdeling rusmidler  
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo  
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 24 16 30 00  
Faks: 24 16 30 01  
[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet  
v/ Trykksakekspedisjonen  
e-post: [trykksak@helsedir.no](mailto:trykksak@helsedir.no)  
Tlf.: 24 16 33 68  
Faks: 24 16 33 69  
Ved bestilling. Oppgi bestillingsnummer: IS-1742

Forfattere: Bäcklund, Solvor, Helsedirektoratet  
Enstad, Frøydis, Helsedirektoratet  
Frøyland, Kjetil  
Gimse, Anders Øystein, Utdanningsdirektoratet  
Hoel, Ingvild, Politidirektoratet  
Ingerslev, Hanne, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet

Grafisk design: Aase Bie  
Trykk: Andvord Grafisk AS

Utgitt i samarbeid med: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet  
Politidirektoratet  
Utdanningsdirektoratet

I denne veilederen ønsker direktoratene å sette fokus på hva som kan gi grunn til bekymring for et mulig rusrelatert problem, og hvordan en lettere kan gå fra bekymring til handling.



# Forord

Tidlig intervensjon på rusområdet er et prioritert satsingsområde i regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet (St.prp.nr.1 (2007–2008)). I rundskriv Q-16/2007 «Forebyggende innsats for barn og unge» framheves viktigheten av gode oppvekstmiljøer, der alle blir sett og hørt, og at en griper tidlig inn i en problemutvikling. Samtidig er det dokumentert at ansatte som kommer i kontakt med barn, unge og voksne i risiko, ofte unnlater å handle på grunnlag av bekymringen. I denne veilederen ønsker vi å sette fokus på hva som kan gi grunn til bekymring for et mulig rusrelatert problem, og hvordan en lettere kan gå fra bekymring til handling.

Helse- og omsorgsdepartementet har en strategi rettet mot ansatte i tjenesteapparatet med formål om å avdekke problemer og hjelpe personer med symptomer på mulig utvikling av rusmiddelproblemer på et tidligere tidspunkt enn i dag. Denne veilederen er et element i denne strategien. Kunnskapsgrunnlaget for veilederen er Sosial- og helsedirektoratets rapport *Tidlig intervensjon på rusområdet, sentrale perspektiver – aktuelle målgrupper og arenaer* (IS-1455, 2007) og kunnskapsoppsummeringen *Tidlig intervensjon på rusfeltet – en kunnskapsoppsummering* (2007), som ble utført av IRIS på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Tidlig intervensjon på rusområdet berører og involverer andre sektorer enn sosial- og helsesektoren, og det er derfor viktig med en bred forankring både på departements- og direktoratsnivå. Veilederen er utviklet i samarbeid mellom Helsedirektoratet, Politidirektoratet, Utdannings-

direktoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Veilederen er rettet mot ansatte og ledere i det offentlige tjenesteapparatet og andre virksomheter som er i posisjon til å oppdage barn, ungdom, voksne og eldre som selv har et begynnende rusproblem, eller som blir påvirket negativt av andres rusproblemer. Spesielt viktig er det at ledelsen er sitt ansvar bevisst når det gjelder å implementere veilederen og tilrettelegge for at ansatte får den nødvendige kompetansen innen tidlig identifisering og tidlig intervensjon.

Tidlig intervensjonsarbeid på rusområdet har fellestrekk med, og overlapper til dels, tidlig intervensjonsarbeid for å forhindre utvikling av for eksempel psykiske lidelser, atferdsvansker og kriminalitet. Tidlig intervensjon på rusområdet må ses i sammenheng med de mange satsinger som i dag foregår på andre og tilgrensende områder innen norsk velferdsforvaltning, blant annet innenfor psykisk helse. Et vellykket tidlig intervensjonsarbeid fordrer en samordnet innsats fra involverte instanser og etater, direktorater og departementer.

Vi ønsker lykke til i arbeidet med å oppdage og handle tidligere overfor enkeltmenneskers og risikogrupper mulige utvikling av rusmiddelproblemer.

*Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet*

*Politidirektoratet*

*Utdanningsdirektoratet*

*Helsedirektoratet*

# Innhold

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>9</b>
1.1	Hvorfor en veileder om tidlig intervensjon på rusområdet?	10
1.2	Hvem henvender veilederen seg til?	11
1.2.1	Identifisering og intervensjon	12
<b>2</b>	<b>Hvordan identifisere et rusrelatert problem?</b>	<b>15</b>
2.1	Risiko- og beskyttelsesfaktorer	16
2.2	Barn 0–13 år	22
2.3	Ungdom 13–18 år	25
2.4	Unge voksne 18–23 år	28
2.5	Voksne (over 23 år)	30
2.6	Gravide	33
2.7	Eldre (65+)	37
<b>3</b>	<b>Fra bekymring til handling – hva gjør jeg?</b>	<b>39</b>
3.1	Dette gjør du – skisse av en generell framgangsmåte	40
3.1.1	Den nødvendige samtalen	41
3.2	Barn 0–13 år	43
	A – Vi klarer å håndtere saken/barnet selv	43
	B – Vi trenger hjelp til vurdering av barnet	43
	C – Bekymringen for barnet er så alvorlig at barnevernet må kontaktes	44
3.2.1	Hva kan barnevernet gjøre?	45
3.2.2	Hva kan fastlegen gjøre?	47
3.2.3	Noen tips når du skal samtale med foreldrene	47
3.3	Ungdom 13–18 år	48
	A – Vi klarer å håndtere saken/ungdommen selv	48
	B – Vi trenger hjelp til vurdering av ungdommen	48
	C – Bekymringen for ungdommen er så alvorlig at barnevernet eller andre instanser må kontaktes	49
3.3.1	Hva kan barnevernet gjøre?	50
3.3.2	Hvilke andre tjenester kan bistå i arbeidet med ungdom	51

3.4	Unge voksne 18–23 år	52
	A – Vi klarer å håndtere saken/den unge voksne selv	52
	B – Vi trenger hjelp til vurdering av den unge voksne	52
	C – Bekymringen for den unge voksne er så alvorlig at andre instanser bør kontaktes	53
3.4.1	Hvilke andre tjenester og rettigheter har unge voksne mellom 18 og 23 år?	53
3.5	Voksne over 23 år	59
	A – Vi klarer å håndtere saken/ den voksne selv	59
	B – Vi trenger hjelp til vurdering av den voksne	60
	C – Bekymringen for den voksne er så alvorlig at andre instanser må inn i saken	60
3.5.1	Hvilke andre tjenester og rettigheter har voksne over 23 år?	61
3.6	Eldre (65+)	63

<b>4</b>	<b>Hvordan få til dette i praksis?</b>	<b>65</b>
4.1	Diskusjon på arbeidsplassen	66
4.2	Skaff oversikt over ressurser	66
4.3	Trening på handling	66
4.4	Hjelp til å utarbeide gode rutiner og arbeidsmåter	67

<b>5</b>	<b>VEDLEGG</b>	<b>71</b>
5.1	Anvendt litteratur	71
5.2	Videre lesing	73
5.3	Lokal kontaktinformasjon	75
5.4	Nettsteder og telefoner	76
5.5	Melding til Barnevernet	78
	Skjema: Bekymringsmelding til Barneverntjenesten	80
5.7	Taushetsplikt og opplysningsrett/plikt	81
5.8	Norsk versjon av AUDIT – Alcohol Use Disorder Identification Test	83
5.9	Spørsmål om bruk av alkohol hos gravide – TWEAK	86





# 1 Innledning



Med tidlig intervensjon mener vi arbeidet med å identifisere og håndtere et problem på et så tidlig tidspunkt at problemet forsvinner eller blir redusert med begrenset innsats. Tidlig intervensjon er et ledd i folkehelsearbeidet. Folkehelsearbeidet har blant annet som mål å bidra til tryggere og mer helsefremmende miljø og sunnere levevaner i befolkningen generelt. Helsefremmende faktorer i et folkehelseperspektiv er det vi benevner som beskyttende faktorer i et tidlig intervensjonsperspektiv.

Tidlig intervensjon plasserer seg mellom universell forebygging og behandling av rusproblemer. Universelle tiltak som retter seg mot hele befolkningen, er ikke tilstrekkelige for å nå alle og bør suppleres med forebygging rettet mot noen målgrupper med selektive<sup>1</sup> tiltak og tiltak rettet mot personer hvor rusproblemer eller risikofaktorer allerede er observert, såkalte indikative<sup>2</sup> tiltak.

For å kunne intervenere tidlig må vi kunne gjenkjenne tegn på et rusrelatert problem på et tidlig stadium. Tidlig identifisering er derfor en nødvendig forutsetning for tidlig intervensjon.

Tidlig identifisering avhenger av at personer og fagpersoner som er i kontakt med noen som er i ferd med å utvikle et rusrelatert problem har kunnskap om risikofaktorer og symptomer. Like viktig er det at de har mot til å handle på grunn av bekymring, at de vet hva de skal gjøre og hvem de skal henvende seg til, og at den riktige instansen følger opp den enkelte og eventuelt pårørende som har problemet. Alle som erfarer rusproblemer eller er bekymret for skjevutvikling og/eller begynnende rusrelaterte problemer hos andre, har et ansvar for å gjøre noe med bekymringen.

Med denne veilederen ønsker Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Politidirektoratet og Helsedirektoratet å gi noen konkrete råd om hvordan veien fra bekymring til handling kan gjøres kortere og lettere for alle ansatte som er i posisjon til å se et begynnende problem hos barn, ungdom, voksne og eldre.

1. Selektiv forebygging henspeiler på strategier som henvender seg til grupper som er mer utsatt enn andre for å utvikle rusproblemer. Slik forebygging er rettet mot hele målgruppen uansett hvilken risiko den enkelte i gruppen måtte være utsatt for.

2. Indikativ forebygging henspeiler på strategier som rettes mot individer hvor rusproblemer eller risikofaktorer allerede er observert eller opplevd.

## 1.1 Hvorfor en veileder om tidlig intervensjon på rusområdet?

Personer som er i risiko for å utvikle rusmiddelproblemer, eller som allerede viser tegn på mulig problemutvikling, får ikke alltid den hjelpen de trenger på et tidlig tidspunkt. Mange vegrer seg mot å gripe inn på grunnlag av vage tegn og symptomer. Tidlige symptomer og små tegn må i mange tilfeller vokse seg store før «noen gjør noe». Dette er blant annet beskrevet av legestanden, helsesøstre, lærere, i arbeidslivet og i barnevern og sosialtjeneste, men gjelder trolig i like fullt monn i den private sfæren (Den norske Lægeforening 2006, Rygh 2005, Frøyland & Grimsmo 2006, Kristiansen 2006).

Veilederen er et ledd i en langsiktig satsing på tidlig intervensjon på rusfeltet. Formålet med en slik satsing er å bidra til økt kunnskap om hva en skal se etter for å oppdage et begynnende rusproblem hos barn, unge, voksne eller eldre, å gi økte kunnskaper om hva som skal/kan gjøres og ferdigheter i å gjøre noe med det en ser. Veilederen og anbefalingene som gis, bygger på kunnskapsoppsummeringen om tidlig intervensjon utført av IRIS, Tidlig intervensjon på rusfeltet – en kunnskapsoppsummering (2007) og rapporten Tidlig intervensjon på rusområdet, Sentrale perspektiver – aktuelle målgrupper og arenaer (IS-1455 2007).

Veilederen om tidlig intervensjon på rusområdet dekker alle typer rusmidler, men legger hovedvekten på tidlig identifisering av risikoforbruk av alkohol. Alkohol er det mest brukte rusmiddelet i Norge. Økt forbruk av alkohol kan indikere et videre forløp med andre rusmidler. Veilederen går ikke spesifikt inn på legemiddelmisbruk (B-preparater) eller misbruk av illegale rusmidler. Veilederen gir en oversikt over generelle symptomer og tegn knyttet til rusmiddelmisbruk som ikke nødvendigvis er russpesifikke tegn, men som også kan ha andre årsaker. Mer informasjon om de ulike narkotiske stoffene, virkninger og konsekvenser av bruk finnes på Helsedirektoratets nettsider, [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no) og Folkehelseinstituttets nettsider, [www.fhi.no](http://www.fhi.no)

Kunnskap om risikofaktorer er en nødvendig forutsetning for tidlig identifisering, men kunnskap er ikke tilstrekkelig til å få til den nødvendige handlingen som må følge oppdagelsen. Tidlig intervensjon

avhenger også av den enkeltes forståelse av eget mandat for å gjøre noe, beredthet til å ta ansvar og kompetanse til å handle. Det er derfor viktig å definere tydelig hva slags rolle og ansvar den enkelte aktør har for å oppdage og handle. Uklarhet med hensyn til hvem som har ansvaret for å ta et initiativ kan være en stor barriere. Videre er det viktig med organisatorisk støtte og en oversiktlig samarbeidsstruktur. Det kan være nyttig å trene praktisk på hva en kan gjøre med en bekymring for å opparbeide nødvendig kompetanse og opplevd mestring.

Tre elementer er sentrale for å få til tidlig intervensjon i praksis:

- 1) Kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer og signaler, og kjennskap til kritiske faser i barns/unges utvikling og i voksnes liv
- 2) Forståelse av egen rolle i arbeidet med å oppdage, gripe inn og handle på grunnlag av en bekymring
- 3) Kjennskap til rutiner og prosedyrer på eget arbeidssted og i det øvrige tjenesteapparatet

Kapittel 2 handler om risiko og beskyttelsesfaktorer og kapittel 3 om mulige fremgangsmåter fra bekymring til handling.

I veilederen fokuseres det på identifisering og ikke selve intervensjonen. Vi går derfor ikke inn på spesifikke intervensjonsmetoder.

## 1.2 Hvem henvender veilederen seg til?

Veilederen henvender seg til ansatte og ledere i det offentlige tjenesteapparatet og andre virksomheter som er i posisjon til å oppdage barn, unge, voksne og eldre som enten selv har et begynnende rusproblem eller blir påvirket negativt av andres rusproblemer. Aktuelle brukere av veilederen er ledere og ansatte som arbeider ved barnehager, skoler og skolefritidsordninger, arbeid med psykisk helsevern og rus i kommunen, ansatte i helsetjenesten, på helsestasjoner og i svangerskapskontrollen. Tjenester som politi, Bufetat/barnevern, regionale sentre for barn og unges psykiske helse (RBUP), familievern, den fylkeskommunale oppfølgings-tjenesten og pedagogisk-psykologisk tjeneste er også sentrale. Videre gjelder det ansatte i sosialtjenesten i NAV, oppsøkende tjeneste og utekontakter, HMS-personell i virksomheter, SLT-

koordinatorer, fastleger, kommunalt ansatte psykologer, ansatte i fritidsklubber og på krisesentre. Ansatte i spesialisthelsetjenesten har også et særskilt ansvar og mulighet til å fange opp begynnende rusmiddelproblemer og behovene til barna til aktuelle tjenestemottakere.

Veilederen har ikke fokus på andre mulige oppdagere, som for eksempel foreldre, jevnaldrende venner og deres foreldre eller naboer som står i en særstilling for å kunne oppdage rusrelaterte problemer tidlig, ved å registrere de første tegn på endring i bekymringsfull retning.

Veilederen er ment som en generell veileder, som skal være relevant for mange. Den kan derfor i noen tilfeller oppleves som for generell til å dekke behovet til spesifikke profesjoner. Likevel mener direktoratene at veilederen kan gi potensielle oppdagere av rusrelaterte problemer et verktøy som gjør det lettere å ta fatt på veien fra bekymring til handling.

### 1.2.1 Identifisering og intervensjon

I rapporten «Tidlig intervensjon på rusområdet» (IS-1455, 2007) defineres to hovedmål for tidlig intervensjon på rusområdet:

- 1) Å forhindre utvikling av avhengighet av alkohol eller narkotika
- 2) Å forhindre negative konsekvenser av alkohol- eller narkotikabruk

Tidlig intervensjon på rusområdet retter seg både mot den som selv bruker rusmidler, og barn av og pårørende<sup>3</sup> til personer med problematisk rusmiddelbruk. Tiltak kan iverksettes overfor den som er i ferd med å utvikle rusproblemer og overfor familiemedlemmer og nettverket rundt. Der det er barn/unge som selv er i ferd med å utvikle rusavhengighet, vil foreldre og andre voksne være sentrale medspillere når det skal settes inn intervensjonstiltak.

Ofte skjer identifiseringen av rusavhengighet hos ungdom og voksne gjennom deres rusatferd, men det er mulig å oppdage begynnende rusproblemer gjennom andre tegn og signaler. Når det gjelder barn, er det bare unntaksvis at barn selv bruker rusmidler. Tidlig identifisering overfor barn vil i hovedsak dreie seg om

3. Mer om barn som pårørende i rundskriv som Helsedirektoratet vil publisere i begynnelsen av 2010 med foreløpig ukjent tittel (også voksne barn av foreldre som har rusproblemer eller har en psykisk lidelse kan bli beskrevet).

å identifisere symptomer og tegn på at barn lever med foreldre eller andre omsorgspersoner som har utviklet eller er i ferd med å utvikle rusavhengighet.

Rusmiddelbruk hos foreldre kan identifiseres ved at en spør om rusmiddelvaner på helsestasjonen, hos fastlegen etc. I spesialisthelsetjenesten, der rusmiddelbruken er kjent, bør en kartlegge hvordan barnas situasjon er. Helsedirektoratet har utarbeidet en sjekkliste med spørsmål knyttet til barnas omsorgsbehov og spørsmål knyttet til barnas behov for informasjon og tjenestetilbud (Oppfølging av barn til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre. IS-5/2006)<sup>4</sup>.

Tidlig intervensjon kan settes inn på ulike tidspunkter i en utvikling – fra normalbruk av alkohol til et risikofylt forbruk av alkohol og andre rusmidler, og til sist misbruk og avhengighet. Faren for å utvikle et rusmiddelproblem må vurderes ut fra den enkeltes situasjon og en vurdering av både risiko- og beskyttelsesfaktorer. Ingen enkeltfaktor kan alene forklare et problemutviklingsforløp. Bildet er alltid sammensatt.

Det er ikke nødvendigvis de samme personene som identifiserer et problem som vil ha hovedansvar for selve intervensjonen. Den som oppdager et problem, må følge opp saken og kan bidra til å sikre videre vurdering og håndtering av saken. Selve intervensjonen bør utføres av personer eller instanser med spesialkompetanse på området.

Den som har et begynnende rusrelatert problem, kan oppleve andres fokus på problemet som en tilleggsbelastning og stigmatisering. Frykten for å stigmatisere må likevel ikke forhindre fagpersoner i å handle når symptomene på problemutvikling begynner å vise seg. For å motvirke opplevelsen av stigmatisering er det imidlertid viktig å kombinere tidlig intervensjonsarbeid med en kontinuerlig etisk og faglig refleksjon med hensyn til hva som er best for dem som er berørt.

---

4. [www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00007/IS-5\\_2006\\_7992a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00007/IS-5_2006_7992a.pdf)  
Regjeringen startet sin satsing på barn av foreldre med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet i 2007. I 2009 ble satsingen utvidet til å omfatte barn som pårørende i forbindelse med regjeringens arbeid med lovforslag for å styrke rettstillingen både for barn av foreldre med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet, men også barn av foreldre med alvorlig somatisk sykdom eller skade. I januar 2010 vil et rundskriv med beskrivelser av lovendringens konsekvenser, hva som er lovregulert og bindende for tjenestene og rundskrivet vil ha med praktiske eksempler.



## 2 Hvordan identifisere et rusrelatert problem?



I vår kultur er det å ha rusproblemer fortsatt skam- og skyldbelagt, og noe vi ofte kvier oss for å bringe opp som tema. Ofte er de tidlige signalene på et mulig rusproblem diffuse og tvetydige. Både den det gjelder og de som står rundt, kan være usikre på grensen mellom uproblematisk og problematisk rusbruk. Denne usikkerheten kan gjøre det fristende å nøle eller overse problemene så lenge som mulig, noe som igjen betyr at problemene kan vokse seg store før noen griper fatt i dem. Den flytende overgangen mellom normal og problemfylt alkoholbruk gjør det ekstra vanskelig å vite når det er grunn til bekymring og grunnlag for å gjøre noe.

Forskning om tidlig intervensjon har identifisert noen barrierer mot å intervensjon tidlig. Det fremgår blant annet at ansatte som ikke til daglig arbeider med rusrelaterte problemstillinger, ikke anser det som sin oppgave å ta tak i et problem og finne ut om det kan være rusrelatert. Mange opplever at de heller ikke har kompetanse, verktøy eller tid til å ta tak i bekymringen de har.

Tradisjonelle forestillinger om «alkoholisme», «alkoholikere» eller «rusmisbrukere» er også sentrale barrierer for tidlig identifisering. Mennesker som er bekymret for om de drikker for mye, vil sjelden se på seg selv som alkoholiker, og mange vil benekte eventuelle problemer. Slike tradisjonelle forestillinger vil også i liten grad åpne for rådgivning eller intervensjon.

Andre barrierer mot tidlig intervensjon finnes også i oppbygningen av selve hjelpeapparatet. Inndelingen av hjelpeapparatet i ulike sektorer kan være til hinder for samhandling. Usikkerhet rundt bestemmelser om taushetsplikt<sup>5</sup> og uavklarte grenseoppganger mellom ulike instansers ansvarsområder kan også vanskeliggjøre inngripen, men må ikke bli til hinder for samhandling.

5. Se «Barnevernet og taushetsplikten, opplysningsretten og opplysningsplikten», Rundskriv Q-24/2005. Se også veilederen «Taushetsplikt og samhandling i kommunalt arbeid for barn – ungdom – familier» utarbeidet av KS: [www.ks.no/upload/110911/074004Taushetsplikt%20-%20veileder%20A4.pdf](http://www.ks.no/upload/110911/074004Taushetsplikt%20-%20veileder%20A4.pdf)

Siden tidlig intervensjon handler om å gripe inn før selve problemet er fullt utviklet, utfordres også tjenesteapparatets forståelse av hva som skal være grunnlag for å handle. Mens rusfeltet tradisjonelt handler når skader og lidelser har oppstått, forutsetter tidlig intervensjon handling før problemene blir for store. Det betyr at hjelpeapparatet må kunne handle på grunnlag av tidlige symptomer på problematisk rusbruk.

Økt bevissthet om disse barrierene og økt kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer kan bidra til at flere kan få hjelp på et tidligere tidspunkt. Tidlig intervensjon har som mål å svekke risikofaktorene og styrke beskyttelsesfaktorene rundt dem det gjelder. Vi vil derfor i dette kapitlet gi en oversikt over noen sentrale beskyttelses- og risikofaktorer som kan danne utgangspunkt for tidlig intervensjon.

## 2.1 Risiko- og beskyttelsesfaktorer

En risikofaktor kan defineres som «en hvilken som helst faktor hos individet eller i oppvekstmiljøet som kan assosieres med økt sannsynlighet for negativ psykososial utvikling i fremtiden». En beskyttelsesfaktor er «en hvilken som helst faktor hos individet eller i oppvekstmiljøet som kan assosieres med redusert sannsynlighet for fremtidig negativ psykososial utvikling» (Nordahl, Gravrok, Knudsmoen, Larsen og Rørnes, 2005).

Alle mennesker er utsatt for både risiko- og beskyttelsesfaktorer. Faren for å utvikle et rusproblem er knyttet til den enkeltes samlede livssituasjon. Det er ikke nødvendigvis slik at alle personer som er utsatt for risikofaktorer, alltid utvikler rusproblemer. Mange klarer seg godt selv om de er utsatt for flere risikofaktorer. Motsatt kan det også være at en person som er omgitt av mange beskyttelsesfaktorer, likevel kan utvikle et alvorlig rusproblem. Sannsynligheten for å utvikle et rusproblem kan ikke bedømmes ut fra den enkelte risikofaktor, men må vurderes ut fra den samlede belastningen som omgir den enkelte, og hvilke beskyttelsesfaktorer som er tilstede.

Forskning viser at konsekvenser av risiko eskalerer i takt med antall risikofaktorer, samtidigheten av risikofaktorene og varigheten av dem. Risikoen treffer, men konsekvensene av risikoen er ikke gitt.



Risiko virker forskjellig og påvirker oss ulikt. Men vi vet at jo flere belastninger barn og unge utsettes for, desto sterkere er intensiteten til disse risikofaktorene og jo lenger de varer, desto mer øker sannsynligheten for et komplisert liv. Samtidig har vi kunnskap om at barn og unge mestrer hverdagen på tross av det umulige. Resiliensforskning handler om barn og unge som mot alle odds mestrer tilværelsen til tross for at de er utsatt for mange risikofaktorer, f. eks. barn og unge som lever under kaotiske hjemmeforhold (Johannesen, 2009).

Ved å se på bakgrunnshistoriene til rusavhengige finner vi stort sett de samme risikofaktorene, men reaksjonene på, eller konsekvensene av risikofaktorene kommer forskjellige til uttrykk. Gutter er mest risikoutsatte de første ti leveårene, mens jenter er mest sårbare i tenåringstiden. Utagerende atferd finnes hyppigst hos gutter gjennom kriminalitet, rus og skoleopposisjon, mens depresjon og psykosomatiske plager er hyppigst hos jenter. Jenter som er involvert i antisosial atferd, får i større grad andre tilleggsproblemer. (Johannesen, 2009)

I arbeidet med tidlig intervensjon er det et mål å styrke beskyttelsesfaktorene for å minske den totale belastningen på den enkelte. Det er også slik at risikofaktorene knyttet til barn like godt kan relateres til problemer som generell omsorgssvikt og atferdsproblemer og ikke nødvendigvis bare til rusutvikling.

Det finnes beskyttelses- og risikofaktorer på flere nivåer. Beskyttelses- og risikofaktorer på samfunnsnivå kan være høy/lav sosioøkonomisk status, rikdom/fattigdom, ressurser i arbeidslivet / arbeidsløshet, trygt bomiljø / bomiljø med høy toleranse for rusmisbruk og kriminalitet.

På gruppenivå er risiko- og beskyttelsesfaktorer knyttet til familieforhold, oppdragerstil og konfliktnivå, sosiale problemer og sosial innflytelse gjennom jevnaldrende (grad av tilknytning og tilhørighet) og skole (grad av tilpasning).

På individnivå er personlighet og egenskaper viktige faktorer. Personlig robusthet, den enkeltes evne til å reagere på omgivelser og tilknytningsevne er avgjørende for senere utvikling. Utrygg tilknytning kan gi økt risiko for å utvikle rusmiddelproblemer.

Beskyttelses- og risikofaktorer forstås ofte som ytre påvirkningsfaktorer, men omfatter også den enkeltes personlighetstrekk. Noen mennesker er mer risikosøkende enn andre og tiltrekkes av spenning, opplevelser og eventyr. Slike personlighetstrekk kan være en risikofaktor for utprøving av rusmidler.

Rusmiddelmissbruk og psykiske vansker følger gjerne hverandre. Lavt selvbilde er et sentralt element i mange psykiske lidelser og gir økt risiko for rusproblemer. Depresjon og angstlidelser, aggressivitet, og posttraumatisk stress, for eksempel etter seksuelle overgrep, er betydelige risikofaktorer for utvikling av rusmiddelmissbruk. Egne verdier og holdninger påvirker også sannsynligheten for rusmiddelmissbruk. Positiv holdning til alkohol og narkotika samsvarer med eget forbruk (Kvelling, 2006).

Noen studier viser at barn med psykiske lidelser har større risiko for å utvikle rusproblemer i ungdomsalderen. Forekomsten av rusproblemer er signifikant høyere hos personer med schizofreni, affektive sykdommer, personlighetsforstyrrelser, posttraumatiske stress og ved spillavhengighet<sup>6</sup> (Agledal m.fl. 2006). Noen ungdommer har en individuell sårbarhet relatert til ADHD og atferdsproblemer. Forskning viser at barn og unge med ADHD-diagnose (Attention Deficit-Hyperactivity Disorder)<sup>7</sup> har fem ganger så stor risiko for bruk av tobakk og rusmidler (alkohol og /eller illegale rusmidler) som andre barn og unge på samme alder (Kvelling 2006).

Oppdragerstilen i familien har vist seg å ha betydning for barnets utvikling senere. Høyt konfliktnivå, enten mellom de voksne eller mellom voksne og barn vurderes som en risikofaktor. Andre risikofaktorer er foreldre som gjennomgående gir barna mye kritikk. Et samspill preget av kjefting, mangel på ros, inkonsistente og uklare grenser for oppførsel, urealistiske forventninger til barnet, samt foreldre og søskens rusmiddelmissbruk er også mulige risikofaktorer.

Motsatt kan vi si at faktorer som beskytter mot skjevutvikling, er

6. Folkehelseinstituttet har analysert ungdomsdelen av helseundersøkelsene i Oslo og finner at ni prosent av alle 15-åringene har både psykiske vansker og et rusproblem. Blant barn og unge med psykisk lidelse i Oslo har så mange som 39 prosent også et alkoholmissbruk (Agledal m.fl. 2006 i IS-1455 2007:52)

7. Personer med diagnosen ADHD er preget av svært urolig atferd, impulsivitet og store konsentrasjonsvansker. Hvilke symptomer som er mest fremtredende varierer fra person til person og med alderen. Felles er imidlertid det at ADHD kan gi store vansker i hjemmet og i skolegang eller arbeidsliv.

godt samspill mellom foreldre og mellom foreldre og barn, og stabile voksenpersoner som engasjerer seg i barnas oppvekst ved å sikre stimulering og varme. Rimelig grensesetting, som forklares for barna, fungerer også som beskyttelsesfaktor mot både atferdsvansker, kriminalitet og rusmiddelmissbruk. Positiv fremtidsorientering hos den unge er en beskyttelsesfaktor mot tidlig rusdebut. Det samme er ferdigheter i å stå i mot press fra jevnaldrende, positive relasjoner til jevnaldrende og positiv kontroll over følelser (Kumpfer, 1999).

Venner kan være både en beskyttelsesfaktor og en risikofaktor. Vennevalg er i seg selv ikke tilfeldig. Få personer har bare uheldigvis havnet i «feil» vennegjeng og blitt rusmisbruker. Ofte er problemer til stede før valg av venner skjer. Økt forbruk av rusmidler kan skyldes god tilgjengelighet, at det er mye rusmidler i nærmiljøet, noe som er en risikofaktor i seg selv.

Flere studier peker i retning av at de fleste risikofaktorer for atferdsproblemer og rusrelaterte problemer er felles for begge kjønn, men noen synes å være mer kjønnsspesifikke. Jenter som utvikler problemer i oppveksten, ser ut til å ha svake venninnerelasjoner og mangle positive erfaringer med den form for støtte som kan ligge i et venninnefelleskap (IS-1455, 2007). Forskningslitteraturen peker på at gutters drikking kan tolkes som et behov for å få aksept, og at de bruker rusmidler for å få bekreftelse på sine prestasjoner.

Det å bli avvist av jevnaldrende på lave klassetrinn, og å møte liten aksept hos jevnaldrende, setter barn i fare for å få problemer på skolen og øker sannsynligheten for å bli involvert i kriminalitet og rusmisbruk fordi de da vil søke et annet miljø (Helland og Øia, 2000). Skolefaglige vansker, manglende sosial tilpasning, skulk og drop-out kan være risikofaktorer og tegn på begynnende problemer hos barn og unge. Ulike risikofaktorer ser ut til å spille ulik rolle på ulike tidspunkter i oppveksten. For eksempel er dårlige skoleprestasjoner i førsteklasse ikke noen god prediktor for senere rusmiddelmissbruk, mens dårlige skoleprestasjoner i senere klassetrinn er det (Helland og Øia, 2000).

Skoleskulk og fravær blant barn og unge er ikke nødvendigvis tegn på at de har rusproblemer. Det kan være noen i nær familie som har selve rusproblemet. Pårørende til personer med rusproblemer

– ikke bare den som eier rusproblemet – vil i mange tilfeller ha behov for tidlig intervensjon.

Endrings- og overgangsfaser utgjør generelt en potensiell risiko for rusmiddelmisbruk. For barn og unge kan det dreie seg om overgangen mellom barnehage – barneskole – ungdomskole og videregående skole. Barn og unge er sårbare i slike overgangsperioder i livet. Det samme gjelder skifte av miljø som kan være forårsaket av for eksempel skilsmisse, foreldres død og flytting. Voksne kan være sårbare ved skilsmisse eller ved overgang til pensjonsalder.

Forskning viser at ikke-vestlig ungdom med muslimsk bakgrunn er omgitt av mange beskyttelsesfaktorer gjennom religion, familiestruktur og sterk foreldrekontroll. Rapporten «Innvandrerungdoms bruk av rusmidler» peker ut noen grupper som kan være mer utsatt for risiko enn andre. Det er blant annet ungdom med «blandet opphav» (tokulturelle foreldre) og enslige, mindreårige asylsøkere (gutter). Hovedkonklusjonen i rapporten er likevel at de fleste risikofaktorene er de samme for ungdom med innvandrerbakgrunn som for ungdom med etnisk norsk bakgrunn. Det som viser seg å være spesielt for innvandrerungdom generelt, er at de har en senere rusdebut enn etnisk norsk ungdom, at mange debuterer med andre rusmidler enn alkohol og at det er knyttet mye skam til rusbruken og dermed holdes godt skjult. Rusbruk blant innvandrerungdom oppdages senere, og innvandrerungdom er skeptisk til, og er sjeldnere i kontakt med, hjelpeapparatet.

Forskning har påvist høyere rusbruk blant personer med homofil identitet og homoseksuell erfaring enn blant dem som har en heterofil identitet og erfaring. Det er en overhyppighet både når det gjelder bruk av rusmidler og selvmordsrelaterte problemer og psykiske problemer. Både bakenforliggende psykiske problemer og et høyt forbruk av alkohol er risikofaktorer for skjevutvikling.

I tabellen på neste side er det en stikkordsmessig oversikt over risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer knyttet til individet, familien, venner, skolen og nærmiljøet.

På side 22 pekes det på noen faktorer som har betydning for rusbruk og rusrelaterte problemer hos henholdsvis barn, ungdom, unge voksne, voksne og eldre.

	<b>RISIKOFAKTORER</b>	<b>BESKYTTELSESFAKTORER</b>
<b>Individuelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positive holdninger til rusmidler</li> <li>• Tidlig debut</li> <li>• Utagerende, sensasjons-søkende,</li> <li>• Manglende kunnskaper om rus og risiko,</li> <li>• Rusvillighet</li> <li>• Individuell sårbarhet</li> <li>• Utsatt for seksuelle og fysiske overgrep, framtidspessimisme</li> <li>• Lavt selvbilde og psykisk plager</li> <li>• Å være vitne til eller utsatt for vold (begge deler rammer hardt)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medfødt robusthet og kapasitet</li> <li>• Sosial kompetanse</li> <li>• Opplevelse av mening og sammenheng</li> <li>• Kreativitet</li> <li>• Hobbyer</li> <li>• Fremtidsoptimisme</li> <li>• Godt selvbilde</li> </ul>
<b>Familie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manglende tilsyn</li> <li>• Manglende interesse for den unge</li> <li>• Tilknytningsproblem</li> <li>• Dårlig samspill i familien og mye konflikter mellom voksne og voksne og barn</li> <li>• Tillatende oppdragerstil, rusmiddelmissbruk</li> <li>• Seksuelle og fysiske overgrep, stor fattigdom</li> <li>• For barn er det en risikofaktor at foreldre har lav omsorgskompetanse, rusmisbruk og psykiske lidelser hos foreldre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• God kommunikasjon og samspill</li> <li>• Autorativ oppdragelse (kontroll og varme), struktur og regler, høyere sosioøkonomisk status</li> <li>• God og stabil omsorgssituasjon</li> </ul>
<b>Venner</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rusbruk og kriminalitet hos venner</li> <li>• Venners antisosiale normer</li> <li>• Lav sosial status hos venner</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tydelige normer, tilknytning, prososiale venner</li> </ul>
<b>Skole</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dårlig skolemiljø/klima, mobbing, lese- og skrivevansker, dårlig likt, manglende eller «dårlige» venner, skulk, manglende interesse for skolen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utvikle kompetanse og positive aktiviteter</li> <li>• God tilhørighet</li> </ul>
<b>Nærmiljø</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Få ressurser til forebyggende arbeid, kriminalitet, normer som aksepterer konsum, tilgang på rusmidler, dårlig bomiljø, fattigdom</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minst en betydningsfull voksen, prososiale venner, felles verdier, samfunnsstrukturer som støtter mestringsstrategier</li> </ul>

## 2.2 Barn 0–13 år

Barn ruser seg vanligvis ikke, men mange barn utsettes for rusmiddelbruk i familien eller miljøet rundt seg. Allerede i mors liv kan fosteret bli eksponert for rusmidler, både alkohol og andre rusmidler, som kan forårsake skader på fosteret (FASD) og abstinenssymptomer. Dette kan føre til økt sårbarhet i sped- og småbarnsalderen og til problemer for barnet senere i livet<sup>8</sup>. Tidlig intervensjon overfor barn dreier seg ofte om intervensjon overfor de voksne i barnas liv. Foreldrenes rusproblemer utgjør en stor risiko for barnas utvikling og vil kunne føre til manglende sensitivitet i foreldre-barn-samspeillet og uforutsigbarhet for barnet. Det kan gi seg utslag i psykiske vansker, atferdsproblemer, problemer med skolearbeid, og etter hvert også utvikling av egne rusproblemer.

Amerikansk forskning (IS-1455 s.49) har påvist sammenhenger mellom det å ha vært utsatt for vold eller vitne til vold som barn og utvikling av senere rusproblemer. Denne sammenhengen er ikke dokumentert i norsk forskning. Det er en sammenheng mellom utøvelse av vold og rusmisbruk, men det er ikke påvist hva som er årsak til hva. Barn kan bli utsatt for både vold og generell omsorgssvikt dersom en eller begge foreldrene har et rusproblem. Man trenger ikke vite om foreldres rusmisbruk eller om de har psykiske lidelser, det er forstyrrelsen i samspeillet mellom voksne og barn som kan oppdages og det er også samspeillets karakter som sterkest forklarer hvorfor barn får psykiske plager. Uheldig samspill over tid og i et visst omfang gir negative konsekvenser for barn og unge (Kvelling, 2009). Forskning viser at faren for omsorgssvikt øker der hvor foreldre ruser seg eller har psykiske lidelser (Vaglum, 2005). Fram til barnet er to år gamle er de to sikreste prediktorer for barns utvikling karakteristika av foreldre og foreldres samspill med barna.

Det foreligger ikke forskning som dokumenterer en sammenheng mellom mobbing som barn og senere rusmisbruk. Det foreligger likevel kunnskap om at barn som mobbes, oftere har psykiske vansker som igjen kan utsette dem for større risiko for bruk av rusmidler. Om lag hver sjettede elev fram til 12-årsalderen er utsatt for mobbing (mobbeoffer). Barn som ser eller hører dårlig, eller har andre helseproblemer, blir oftere mobbet enn friske barn. Det å mobbe kan også være en indikator for høyere risiko for rusbruk, se pkt 2.3 ungdom 13–17 år.

8. For utdypende informasjon om alkohol og svangerskap henviser vi til rapporten «Alkohol og graviditet» (IS-1248). Se også pkt. 2.5 og 3.5

Beskyttelsesfaktorene som kan redusere skadevirkningene for barnet, er blant annet positivt foreldre-barn-samspill, støttende involvering og aldersadekvate forventninger til barnet, samt foreldre som følger med i barnets aktiviteter. Andre fremhever viktigheten av barnets sosiale kompetanse. Tilrettelegging av barnehage og skolemiljø hvor mobbing og sosial ekskludering ikke aksepteres er også viktig.

Observasjon av samspill mellom voksne og barn, og barn i mellom, er komplisert. Det er sjelden at en utelukkende på bakgrunn at observasjoner kan fastslå at det er snakk om rusproblemer. Ofte vil også både foreldre og barn være gode til å skjule eventuell problematikk.

Tabellen under gir et bilde på hvilke utfordringer vi står overfor når det gjelder å identifisere og intervensere overfor barn av foreldre som ruser seg. Tabellen deler barna i fire grupper (Bjørn H. Solbakken og Grethe Lauritzen 2004).

		FORELDRENE	
		Rusmiddelproblemet hos foreldre er kjent	Rusmiddelproblemet hos foreldre er IKKE kjent
BARNA	Tegn til mistilpasning hos barnet	A: Disse barna er lettest å identifisere. Barna viser tydelige tegn til mistilpasning for eksempel gjennom utagerende atferd eller tilbaketrekning og depresjon. Omsorgssituasjonen er generelt for dårlig. Barna kan ha behov for behandling og annen hjelp.	B: Barna viser tydelige tegn på mistilpasning, og hjelpebehovene kan være de samme som for gruppe A. Når en ikke kjenner til foreldrenes rusmiddelproblemer og konsekvensene av disse for barnas dagligliv, kan en ende opp med å behandle barnas symptomer uten å forholde seg til rusproblemet til foreldrene som sentral årsak til barnas problemer.
	IKKE tegn til mistilpasning hos barnet	C: Barna fremstår som upåfallende eller til og med ekstra ressurssterke og tilpasningsdyktige. Barna vil ofte kompensere for foreldrenes manglende omsorg ved å innta rollen som den voksne og ansvarlige. Selv om barna fremstår som velfungerende kan de slite med emosjonelle og kognitive vansker, og det kan på sikt medføre en større sårbarhet for utvikling av psykiske lidelser som depresjon og angst i voksen alder.	D: Det er disse barna det er vanskeligst både å identifisere og intervensere overfor. Når det gjelder disse barna, er det viktig å legge merke til de vage signalene som gir en følelse av uro, selv om en ikke umiddelbart klarer å identifisere og sette ord på hva som forårsaker den.



## SIGNALER HOS BARN

Signaler på at barn lever med foreldre/omsorgspersoner som har et rusmisbruk, er forskjellig fra barn til barn og kan variere med barnets alder. Nedenfor nevnes noen signaler hos barn. Disse signalene behøver ikke nødvendigvis bety at foreldrene har rusproblemer. De kan også være tegn på at barnet lever i en situasjon preget av utilstrekkelig omsorg.

- Tristhet, mangel på mimikk, konsentrasjonsproblemer, ufrivillig vannlating og avføring (hos de aller minste barna), motorisk uro, angst, problemer med venner og sosial tilhørighet, følelsesmessig ustabilitet
- Manglende matpakker og gymtøy, dårlig eller skittent tøy, manglende tilbakemeldinger fra foreldre på skoleoppgaver og meldinger hjem, høyt fravær, mye syk, manglende hjemmearbeid.
- Observasjoner av samspill mellom barn og foreldre kan indikere om barn lever med foreldre/omsorgspersoner som har et rusmisbruk. Er samspillet preget av konflikt? Viser foreldrene liten medfølelse med barnet og har i liten grad sin oppmerksomhet rettet mot barnet? Er barnet ekstremt opptatt av foreldrene?
- Barn kan også kompensere for foreldrenes manglende omsorg ved å være overdrevent ansvarlige og tilpasningsdyktige. Hvis du har en mistanke om at ikke alt er som det skal, må du ikke bli beroliget av en slik atferd. Det kan være snakk om barn som ikke får lov til å være barn, men blir små voksne, noe som er et vanlig fenomen i familier med problemer knyttet til rusmiddelmissbruk eller psykisk sykdom.

## SIGNALER HOS FORELDRE

For å identifisere signaler på et rusproblem hos den voksne se kapittel 2.5 og signaler hos voksne s. 25.



## 2.3 Ungdom 13–18 år

Noen ungdommer lever med omsorgspersoner som har et rusproblem. Andre ungdommer har selv et rusproblem. Noen ungdommer lever med omsorgspersoner som har et rusproblem, og er selv i ferd med å utvikle et rusproblem.

### ***Ungdom som har foreldre med rusproblemer***

Foreldres rusmisbruk kan føre til at ungdommens hverdag blir uforutsigbar og vanskelig. Samtidig kan foreldres rusmisbruk ofte medføre et konfliktfylt samspill, som igjen utsetter ungdommen for risiko. Av lojalitetshensyn kan de også skjule foreldres rusmisbruk overfor venner og omgivelser, noe som gjør identifisering og tidlig intervensjon vanskelig.

Ungdom som har foreldre med rusproblemer/psykiske problemer, har forhøyet risiko for selv å utvikle psykososiale vansker og rusproblemer.

### ***Ungdommens eget rusmiddelbruk***

I tillegg til at foreldrenes rusmisbruk utgjør en risiko for at unge begynner å ruse seg, har studier vist at faktorer som for eksempel dårlige skolerresultater, svake sosiale ferdigheter og livsferdigheter, utestenging fra skolen eller skoleskulk, samt befatning med anti-sosiale aktiviteter gjør de unge mer utsatt for å utvikle rusrelaterte problemer.

Det å *være utsatt for mobbing* og senere rusmisbruk har ingen dokumentert sammenheng, men å bli mobbet kan gi psykiske plager, som igjen kan utgjøre en risiko for rusmisbruk. Flere internasjonale studier dokumenterer at det å *mobbe* også kan være en indikator for høyere risiko for rusbruk fordi det er de samme ungdommene som mobber som også har generelt høyt nivå av atferdsproblemer, og som i tillegg har høyt forbruk av rusmidler (IS-1455,2007). Om lag hver tiende elev mellom 13 og 17 år mobbes viser studier fra Norge på slutten av nittitallet. Elevundersøkelsen i 2008<sup>9</sup> viser en økning i antall barn og unge som opplever seg mobbet. Andelen elever som blir mobbet alvorlig eller hyppig, har økt fra 4,5 prosent i 2005 til 5,4 prosent i 2008. Det kan synes som andelen som opplever mobbing, er større på barnetrinnet enn på høyere trinn.

---

9. Elevundersøkelsen gjennomføres hvert år og skolene er pålagt å gjennomføre undersøkelsen på 7. trinn, 10. trinn og på Vg1 i vårsemesteret.

Også krevende og avvisende atferd fra foreldrene, «tillatende»<sup>10</sup> barneoppdragelse, streng og urimelig disiplinering og mangelfull formidling av familiens regler kan være faktorer som bidrar til at ungdom begynner å ruse seg. Gutter og jenter ser ut til å reagere ulikt på foreldrepåvirkning. Manglende bånd til foreldrene kan slå sterkere negativt ut for jentene, mens det kan se ut som gutter kan profittere mer på en oppdragerstil preget av faste strukturer og forpliktende regler (Klyve 2009). Tidlig debut og eksperimentering med rusmidler kan utvikle seg til et større problem. Selvdestruktivitet, aggresjonsproblemer, angst, eller «vanskelig» temperament er også risikofaktorer som kan føre til et rusproblem.

Tidlig pubertetsutvikling kan være en risikofaktor for rusmiddelbruk blant ungdom, fordi det kan bidra til at foreldrene slipper tidligere opp på kontroll og grenser. Orientering mot eldre venner og kjærester kan også påvirke ungdommens rusmiddelbruk. Som nevnt påvirker ungdommens egne verdier og holdninger sannsynlighet for rusmiddelmissbruk. Positiv holdning til alkohol og narkotika henger ofte sammen med eget (høyt) forbruk.

Ungdom er i en overgangsfase i dobbelt forstand, både ved at de kroppslig og mentalt er i rask personlig utvikling (pubertetsfasen), og ved at de i overgangen fra barneskole til ungdomsskole ofte skifter skole og classesammensetning. Som nevnt kan ungdom være ekstra sårbare når det gjelder geografisk flytting, ved foreldres skilsmisse eller død.

Litteraturen framhever en rekke beskyttelsesfaktorer som det kan være viktige å styrke i et tidlig intervensjonsperspektiv. Sosiale evner, emosjonell stabilitet, fleksibilitet, klare regler og forventninger fra foreldre og god foreldrestyring er forhold som kan bidra til å redusere risikoen for skjevutvikling. God omsorgskompetanse hos foreldre og positiv fremtidsorientering, ferdigheter i å stå i mot press fra jevnaldrende, positive relasjoner til jevnaldrende, positiv kontroll over følelser og empati med foreldre fremheves også. Det finnes programmer for å øke foreldres kompetanse og styrke familiesamspill. Slike programmer kan styrke beskyttelsesfaktorer og redusere risikofaktorer for den enkelte<sup>11</sup>.

10. *Forskningslitteraturen skisserer ulike oppdragsstiler som hver for seg gir forskjellige resultater. Autoritativ oppdragerstil predikerer gode resultater av barneoppdragelse. Tillatende/ettergivende oppdragerstil sammen med negative relasjoner mellom barnet og de voksne sees på som to risikofaktorer for utvikling av atferdsproblemer (Linda Johnsen, NNK-Rus, Tidlig intervensjon, 2008, Linda Johnsen, NNK-Rus.)*

Selv om vi har mange programmer for rusforebygging i skole og for foreldre, er det behov for å utvikle flere metoder i tidlig intervensjonsarbeid for å hindre utvikling av risikofylte alkoholvaner blant unge over 15 år og bruk av illegale rusmidler (Nesvåg m.fl. 2007).



## **SIGNALER HOS UNGDOM**

Signaler på at ungdom enten ruser seg selv, eller lever med foreldre /omsorgspersoner som har et rusmisbruk, er forskjellig for hver enkelt ungdom, og kan variere med ungdommens alder. Nedenfor nevnes noen signaler hos ungdom som ikke nødvendigvis behøver å bety at ungdommen ruser seg, eller at foreldrene har rusproblemer, men kan bety at ungdommen lever i en situasjon preget av utilstrekkelig omsorg.

- Likegyldighet til prestasjoner på skolen, mye forsoving og glemming, manglende innlevering av skoleoppgaver, manglende oppmøte og høyt fravær fra skole eller arbeid
- Endringer i humør og temperament
- Irritabel og mer aggressiv atferd
- Påfallende trøtthet etter helg, over lengre tid
- Tristhet, tilbaketrekning, konsentrasjonsproblemer, motorisk uro, angst, følelsesmessig ustabilitet, problemer med venner og sosial tilhørighet.
- Det lukter alkohol av den unge
- Ungdommen virker ruset

## **SIGNALER HOS FORELDRE**

- Hvis det er foreldrene som ruser seg, kan signalene være de samme som beskrevet i kap. 2.5 om voksne. Andre signaler kan være fravær av foreldres interesse for ungdommens skolegang og mangel på tilstedeværelse i fritidssammenheng
- Se for øvrig kapittel 2.4 som handler om voksnes rusbruk

11. Se rapporten «Forebyggende innsatser i skolen» (Nordahl m.fl. 2006) for en oversikt over anbefalte foreldrerettede programmer. Se også [www.settegrenser.no](http://www.settegrenser.no)

## 2.4 Unge voksne 18–23 år

Unge voksne er i en overgangsfase til voksenlivet og er i ferd med å utvikle egen identitet, tilknytning og egne levevaner. Noen kan være sårbare for utvikling av rusproblemer i denne fasen. Mange av risikofaktorene for ungdom som nevnes i avsnittet over, vil også være relevante for unge voksne.

Mange i alderen 18–23 år har fortsatt skolegang og studier som sin hovedaktivitet, men arbeidsledigheten er klart høyere for unge voksne enn for befolkningen for øvrig<sup>12</sup>. Unge voksne mellom 18 og 23 år er sterkt representert blant sosialhjelpsmottakerne fordi de ofte ikke har tjent opp dagpenger. Kartlegging av psykiske vansker hos denne gruppen viser hyppigere rapporter om plager enn de øvrige i samme aldersgruppe.

Manglende eller svake tilknytningen til skole, arbeidsliv, hjelpeapparat og i noen tilfeller også familie gjør det til en særlig utfordring å identifisere begynnende problemer og gripe inn overfor unge voksne mellom 18 og 23 år. Den svake tilknytning de unge har, utgjør en risiko i seg selv fordi de omgir seg med færre potensielle oppdagere. Ansatte i skolen har en sentral rolle i å oppdage tidlige rusproblemer hos elever. For ungdom som faller ut av skolen, er arbeidstrening og arbeid sentrale behov som virker beskyttende. Mange i aldersgruppen 18–23 år befinner seg på studiesteder eller i det militære, hvor der er en rusmiddelkultur med et særdeles høyt konsum, og dette utgjør en betydelig risikofaktor for mange unge voksne.

---

12. I første kvartal i 2008 var ledigheten for ungdom i alderen 15–24 år på 7,2 prosent mens den totalt var på 2,5 prosent. Noen av disse ungdommene kan være studenter, men som definerer seg som arbeidsledig.



## **SIGNALER HOS UNGE VOKSNE**

- Likegyldighet til prestasjoner på skolen / i studiet eller i arbeidet. Mye forsoving og glemming
- Forandringer over tid i interesser, humør og temperament
- Påfallende trøtthet etter helg, over lengre tid
- Tristhet, tilbaketrekning, konsentrasjonsproblemer, motorisk uro, angst, følelsesmessig ustabilitet, irritabilitet og aggressivitet, problemer med venner og sosial tilhørighet
- Manglende innlevering av skoleoppgaver/studentoppgaver, manglende oppmøte og høyt fravær fra skole eller arbeid
- Direkte symptomer kan være at det lukter alkohol, at vedkommende virker ruset ved å for eksempel å snøvle eller være «fjern».
- Se også signaler beskrevet hos voksne (2.5)

## **SIGNALER HOS FORELDRENE**

- Hvis de unge voksne fortsatt bor hjemme hos foreldrene, og det er foreldrene som ruser seg, kan foreldres manglende tilstedeværelse i skole og fritidssammenheng være et signal.
- Se for øvrig kapittel 2.5 som handler om voksnes rusbruk

## 2.5 Voksne (over 23 år)

Dette punktet omhandler i hovedsak tidlig intervensjon knyttet til risikofylt alkoholbruk, selv om det er mange voksne som har problemer knyttet til andre illegale rusmidler og forskrevne avhengighetsskapende legemidler. Det blir også fokusert på den som eier rusproblemet, og ikke på de voksne pårørende.

Alkohol er det vanligste og mest brukte rusmidlet i Norge, og alkoholkonsumet i den norske befolkningen har økt betraktelig de siste ti årene. Høyt alkoholforbruk i befolkningen generelt medfører store skadevirkninger og økt risiko for en rekke direkte og indirekte alkoholrelaterte skader. Alkohol har betydning for en rekke sykdommer og skader som har helt andre hoveddiagnoser. Pårørende og nærmeste omgivelser kan ha problemer med å forstå at den som har et høyt (risikofylt) alkoholforbruk, kan fortsette med det når det fører til så mange problemer for den enkelte selv og de nærmeste. Både den det gjelder og de som står rundt, er ofte usikre på grensene og vet ikke helt om de skal gripe inn eller når. Mange lever i relasjoner som beskriver dem som medavhengige.

Selv om vi de to–tre siste årene har sett enn tilstramming i alkoholpolitikken i noen kommuner, så har de ti–femten siste årene vært preget av økt tilgjengelighet av alkohol gjennom blant annet oppmykning av skjenkebestemmelser, økt reisevirksomhet og økt forbruk av alkohol i arbeidsrelaterte arenaer. Det har skjedd store endringer i kvinners forhold til alkohol. Kvinner er stort sett selvstendige og økonomisk uavhengige, og en dreining over til mer kontinentale drikkevaner passer godt inn i normene for hva som anses som akseptabel kvinneatferd.

Et rusproblem hos voksne kan defineres på følgende måte:

«Et alkoholproblem foreligger når en drikker på feil tid og sted, feil mengde og av feil grunner sammenlignet med hva som anses som akseptabelt hos den referansegruppen en forholder seg til». Frid Hansen ved Kompetansesenter rus – region Sør ved Borgestad-klinikken sier at et rusproblem foreligger når:

- bruk av rusmidler virker forstyrrende inn på de oppgaver og funksjoner som skal ivaretas i familien
- de følelsesmessige båndene mellom mennesker belastes og forstyrres av en annens bruk av rusmidler.

Det er vanskelig å definere hvor grensene går mellom et høyt forbruk og et rusproblem hos voksne, fordi det er glidende overganger og store individuelle forskjeller. Alkoholkonsumet kan variere i ulike perioder og livsfaser.

Det er også vanskelig å definere hva som er et risikoforbruk. I studier koordinert av WHO har en satt grenseverdien for *klart risikofylt drikking* til 14 AE (standard alkoholenheter<sup>13</sup>) pr. uke for kvinner og 21 AE pr uke for menn (Frøyland 2005). Å drikke mer enn disse grenseverdiene betegnes som å «drikke på rødt». Tilrådelig konsum har i noen studier vært anslått til å være under 13 AE pr. uke for menn og under 9 AE pr uke for kvinner. Andre studier operer med lavere grenseverdier for et bekymringsfullt alkoholforbruk eller det å «drikke på gult» (mellom 13 og 21 AE pr. uke for menn og mellom 9 og 14 AE pr. uke for kvinner. (se Nesvåg og Lie 2004)

Det er anslått at fire–fem prosent av norske arbeidstakere drikker mer enn de nevnte grenseverdiene, 14 AE (standard alkoholenheter<sup>14</sup>) pr. uke for kvinner og 21 AE pr. uke for menn. SIRUS har på bakgrunn av en definisjon av storkonsum som forbruk av mer enn 10 cl ren alkohol pr dag, anslått at vi har omkring 60 000 storkonsumenter i Norge.

Det antas at det finnes mellom 66 000 og 122 000 personer med et risikofylt forbruk i Norge i dag (St.prp. nr. 1 (2008–2009)).

Det er bred enighet om at arbeidslivet skal være en rusfri sone, men nyere forskning viser at alkoholbruken i arbeidsrelaterte sammenhenger har økt. Arbeidsforskningsinstituttets evaluering av AKAN viser at rusproblemer får utvikle seg over flere år uten at noen griper inn i de uheldige utviklingsforløpene. Arbeidslivet er derfor en viktig arena for tidlig intervensjon.

Et overforbruk av alkohol eller annen rusmiddelbruk vil føre til forandring i en persons fungering både privat og på jobb. Tidlig identifisering og tidlig intervensjon forutsetter at ledelsen og HMS-virkosheten på arbeidsplassene blir mer proaktive i det rusforebyggende arbeidet, og at de får tilgang på effektive strategier og modeller for selektiv intervensjon i arbeidslivet.

---

13, 14. Et glass øl (33 cl), et glass vin (14 cl) og en drink brennevin (4 cl) en kan kjøpe på utesteder inneholder omtrent samme mengde ren alkohol, 12–15 g.

Gode arenaer for tidlig intervensjon ovenfor voksne er både arbeidslivet og fastlegen. Rusproblemer oppdages på arbeidsplassen, men må følges opp av andre. Det er en forutsetning at helse- og sosialtjeneste er forsvarlig skolert i tidlig intervensjon ved rusproblemer for å ivareta den enkelte og den enkeltes familie.

I mange tilfeller er det bedriftslegen eller en allmennpraktiserende lege som lettest kan sette inn tiltak mot et eventuelt alkoholproblem. Mange personer som kommer til legen med diffuse symptomer, som angst, depresjon, søvnløshet etc., blir ikke spurt om drikkevaner/ rusbruk. Leger bør i langt større utstrekning enn hittil foreta enkle alkoholanamneser<sup>15</sup> hos alle voksne pasienter.

Det finnes kartleggings- og rådgivningsverktøy som er enkle å bruke i slike situasjoner, både screeningverktøy og såkalte mini-intervensjoner / korte intervensjoner, som har dokumentert effekt på alkoholforbruket hos risikodrikkere og storkonsumenter (IS-1455, 2007). Ved å fange opp risikodrikkere kan vi forhindre rusavhengighet, og kanskje debut med andre rusmidler og legemidler.

Tradisjonelle forestillinger om alkoholisme og alkoholikere, og at rusproblemer oppfattes som særomsorg, er en viktig barriere mot kontakt og tillit, særlig når det gjelder tidlig intervensjon.

Personer som er bekymret for om de drikker for mye, kan ha vanskeligheter med å kjenne seg igjen i denne forestillingen. Tradisjonelle holdninger vil i liten grad åpne for fleksibel rådgivning og positive handlingsalternativer. Det bør være mulig å møte rusproblemer med et generelt «livsstil- og helseperspektiv» på lik linje med andre livsstilsvaner, som for eksempel kosthold, røyking og mosjon. Alkoholbruk er et normalfenomen med glidende overgang til problemer. Dessuten er det viktig å holde fast ved at det faktisk går an å gjøre noe for å redusere et for høyt forbruk. Dette arbeidet starter med tidlig identifisering og tidlig intervensjon.

---

15. Anamnese er betegnelsen for pasientens egen redegjørelse for sin sykehistorie. Dette brukes av praktiserende leger på poliklinikker og sykehus, for å kunne fastslå korrekt behandling for en spesifikk pasient



## 2.6 Gravide

Bruk av alkohol eller andre rusmidler kan skade fosteret. Når det gjelder den allmenne populasjon av norske kvinner, er det mest aktuelt å fokusere på alkohol i denne veilederen. Under dette punktet fokuserer vi på alkoholens konsekvenser for gravide kvinner og fosterets utvikling. Vi går ikke nærmere inn på gravide med et kjent etablert rusproblem.

Alkoholbruk blant gravide er en særlig utfordring, fordi den kan ha negativ virkning på fosterets utvikling. Vi har ikke sikker kunnskap om hvilken nedre grense med alkohol som er skadelig for fosteret. Vi råder derfor gravide til å avstå fra alkohol i svangerskapet. Hvis den gravide har drukket eller ruset seg, så er det fordel med å slutte i alle faser av svangerskapet.

Både jenter og gutter bør fra tenåringsalder kjenne til alkoholens skadelige og uheldige virkning i graviditeten. Virkningene av alkoholbruk i svangerskapet kan blant annet føre til skader i utviklingen av barnets hjerne og/eller til synlige, livsvarige misdannelser.

Alkoholforbruket er størst blant kvinner under 30 år og lavere i aldersgruppen 31–60 og synker betydelig blant kvinner fylt 60 år. Det betyr at det er kvinner i fruktbar alder som drikker mest. (Vedøy og Skretting, 2009)

Den første utfordringen når det gjelder gravide består i å identifisere risikofull drikking eller rusproblemer tidligst mulig i graviditeten. Først bør en forsøke å forhindre rusmiddelinntak under svangerskapet for å redusere faren for fosterets utvikling. Etter fødselen bør en følge opp familien for å sikre tilfredsstillende omsorgssituasjon.

Leger og jordmødre bør spørre alle gravide om alkoholforbruket før og under graviditeten. Gravide som ikke er avholdende, bør få informasjon, råd og støtte for å slutte med alkohol og andre rusmidler og bli fulgt opp ved senere konsultasjoner.

En del kvinner er bekymret for drikkingen sin tidlig i svangerskapet eller før graviditeten ble fastslått. I samtaler med gravide bør slik bekymring og risikoen drøftes, og en bør konsentrere seg om de resterende ukene og månedene. Det er viktig å slutte uansett hvor langt kvinnen har kommet i svangerskapet, fordi hver alkoholfri dag vil gi fosteret bedre vekst- og utviklingsmuligheter.

Leger og jordmødre i svangerskapsomsorgen bør henvise gravide kvinner med risikofylt alkoholbruk, eller som bruker narkotiske stoffer, til instanser med tverrfaglig kompetanse. Helsepersonell bør utvise varsomhet, slik at kvinner som misbruker rusmidler, ikke forsøker å unngå kontakt med helsetjenesten. Det er viktig å bygge opp tillit med tanke på den videre oppfølgingen tjenesten kan gi når barnet er født<sup>16</sup>.

Risikofylt alkoholforbruk kan effektivt avdekkes av helsetjenesten gjennom gode internasjonale kartleggingsverktøy med hensyn til sensitivitet og spesifisitet. Helsetjenesten kan for eksempel benytte TWEAK. Det pågår et utviklingsarbeid for å tilpasse TWEAK til norske forhold for å kunne avdekke alkoholbruk i svangerskapet. Dette skal være ferdig i 2010. [www.legehandboka.no/?openpage=http://www.legehandboka.no/asp/document.asp?id=29864](http://www.legehandboka.no/?openpage=http://www.legehandboka.no/asp/document.asp?id=29864)

Det er en forutsetning at sosial- og helsetjenesten samarbeider hvis moren misbruker rusmidler. Innleggelse frivillig eller gjennom tvang bør vurderes (jf. sosialtjenestelovens § 6–2a Tilbakeholdelse uten samtykke), for å beskytte barnet. Fylkesnemnda kan vedta at en gravid rusmiddelmissbruker, uten eget samtykke, skal tas inn på institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. Spesialisthelsetjenesteloven. Fylkesnemnda kan vedta tilbakeholdelse i hele svangerskapet dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade (jf. Sosialtjenesteloven § 6–2a).

Handlingsveileder i bruk av tvang overfor rusmisbrukere finner du her: [www.helsetilsynet.no/templates/Page\\_\\_\\_\\_\\_8473.aspx#\\_Toc153347848](http://www.helsetilsynet.no/templates/Page_____8473.aspx#_Toc153347848)

---

16. Se nærmere på oppfølgingsarbeid i «Handlingsveileder» utviklet i prosjektet TIGRIS (Tidlig Intervensjon når det gjelder Rusmiddelbruk rundt Graviditet og I Småbarnsperioden [www.borgestadklinikken.no/borgestadklinikken/vedlegg/HandlingsveiledingBRF2007.pdf](http://www.borgestadklinikken.no/borgestadklinikken/vedlegg/HandlingsveiledingBRF2007.pdf) Se også veileder: «Gravide rusmiddelbrukere og misbrukere med små barn»: [www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-0158\\_2623a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-0158_2623a.pdf)



## **SIGNALER HOS VOKSNE OG ELDRE**

**(fra pkt. 2 kan også skyldes andre ting enn rus)**

- Beruset – bakrus – alkohollukt – utydelig, «snøvlete» tale,
- Sjangling
- Sløv og trøtt, «fjern»
- Humørsvingninger – irritabel og aggressiv, trist, nedstemt og nervøs
- Rastløs og urolig
- Dårlig forhold til kolleger – skylder på andre
- Isolerer seg / unngår kontakt (med for eksempel barnas andre voksne i barnehager og skoler eller på arbeidsplassen)
- Mange «gode» historier og forklaringer
- Ustelt – med hensyn til påkledning og hygiene
- Manglende ivaretagelse av sine funksjoner enten som forelder eller som ansatt
- Ruspåvirket kjøring
- Urolig, flakkende blikk, røde øyne og «snufsete»
- For andre rusmidler; store eller bittesmå pupiller (bruker solbriller)
- For cannabis-/hasjbruk; uvanlig (søtlig) lukt av kropp og klær
- For andre rusmidler enn alkohol; tørst og/eller «søthunger»
- Tilsynelatende lite behov for mat og søvn (taper vekt)
- Funn av flasker eller brukerstyr
- Skifte av miljø og omgangskrets



## **SIGNALER HOS VOKSNE I ARBEIDSLIVET**

**(men som også kan skyldes andre ting en rus):**

- Mye småfravær fra jobben i forbindelse med ferier eller helger
- Manglende oppmøte og avlyste avtaler
- Økende sykefravær og korttidsfravær
- Uppreis – kommer seint / går tidlig
- Hyppige avbrekk – forsvinner fra arbeidsplassen – lange lunsjpauser
- «Glemmer» avtaler og har fravær uten gyldig grunn, og fraværet viser et mønster
- «Utnytter» fleksitidsordningen
- Nedsatt arbeidskapasitet – opphopping, klarer ikke å holde tidsfrister, nedsatt kvalitet (feil, uhell, skader)
- Ukonsentrert, vansker med å lære nytt, glemmer
- Interesseløs og likegyldig
- «Overaktiv» eller utgjør en sikkerhetsrisiko

## HELSEPERSONELL BØR VÆRE SPESIELT OPPMERKSOMME PÅ

- Personer med psykiske lidelser har oftere rusproblemer enn andre (Gråwe og Ruud 2006). Det er viktig at også rusvaner/misbruk blir kartlagt i denne sammenhengen.
- Mye tyder på at slike screeningtester i kombinasjon med en motiverende samtale hos lege kan være effektive for å redusere alkoholproblemer blant voksne.
- Risikofylt alkoholbruk kan avdekkes gjennom screeningtester som AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care). AUDIT er et kortfattet skåringsverktøy som har til formål å avdekke skadelig alkoholkonsum hos den voksne befolkningen. Verktøyet tar for seg tre aspekter ved potensielt skadelig alkoholkonsum: Mengde og hyppighet av alkoholkonsum (spørsmål 1–3) Indikatorer for avhengighet (spørsmål 4–6) Uønskede konsekvenser, som indikator på skadelig forbruk (spørsmål 7–10). Hvert av spørsmålene skåres på en skala fra 0 til 4, hvor de fleste av spørsmålene besvares med 0= aldri, 1 = sjeldnere enn én gang i måneden, 2 = månedlig, 3 = ukentlig og 4 = daglig eller nesten daglig. Den norske oversettelsen av AUDIT har 10 spørsmål og finnes tilgjengelig på internett, [www.pasienthandboka.no/default.asp?mode=document&documentid=3240](http://www.pasienthandboka.no/default.asp?mode=document&documentid=3240) se også bakerst i veileder.

## 2.7 Eldre (65+)

Eldre personer er en raskt økende gruppe i den norske befolkningen. Det vil bli flere enslige eldre og færre ansatte til å møte utfordringene i denne gruppen. Mange eldre lever alene, og noen opplever at overgangen fra et aktivt arbeidsliv til en rolig pensjonisttilværelse er vanskelig. Totalforbruket av alkohol har økt generelt i befolkningen, og om de voksne som blir eldre, tar med seg drikkevanene sine inn i pensjonsalderen, vil det bidra til at mange eldre vil kunne utvikle rusrelaterte helseproblemer. Gradvis forverring av helsetilstanden hos mange eldre kan føre til økt medikamentbruk og eventuelt avhengighet. Tidlig intervensjon overfor denne gruppen vil arte seg noe annerledes enn det som er beskrevet i avsnittet om voksne. Det foreligger lite forskning om eldre og alkoholvaner og risikoutsatthet, men en amerikansk studie viser at individuell vei-

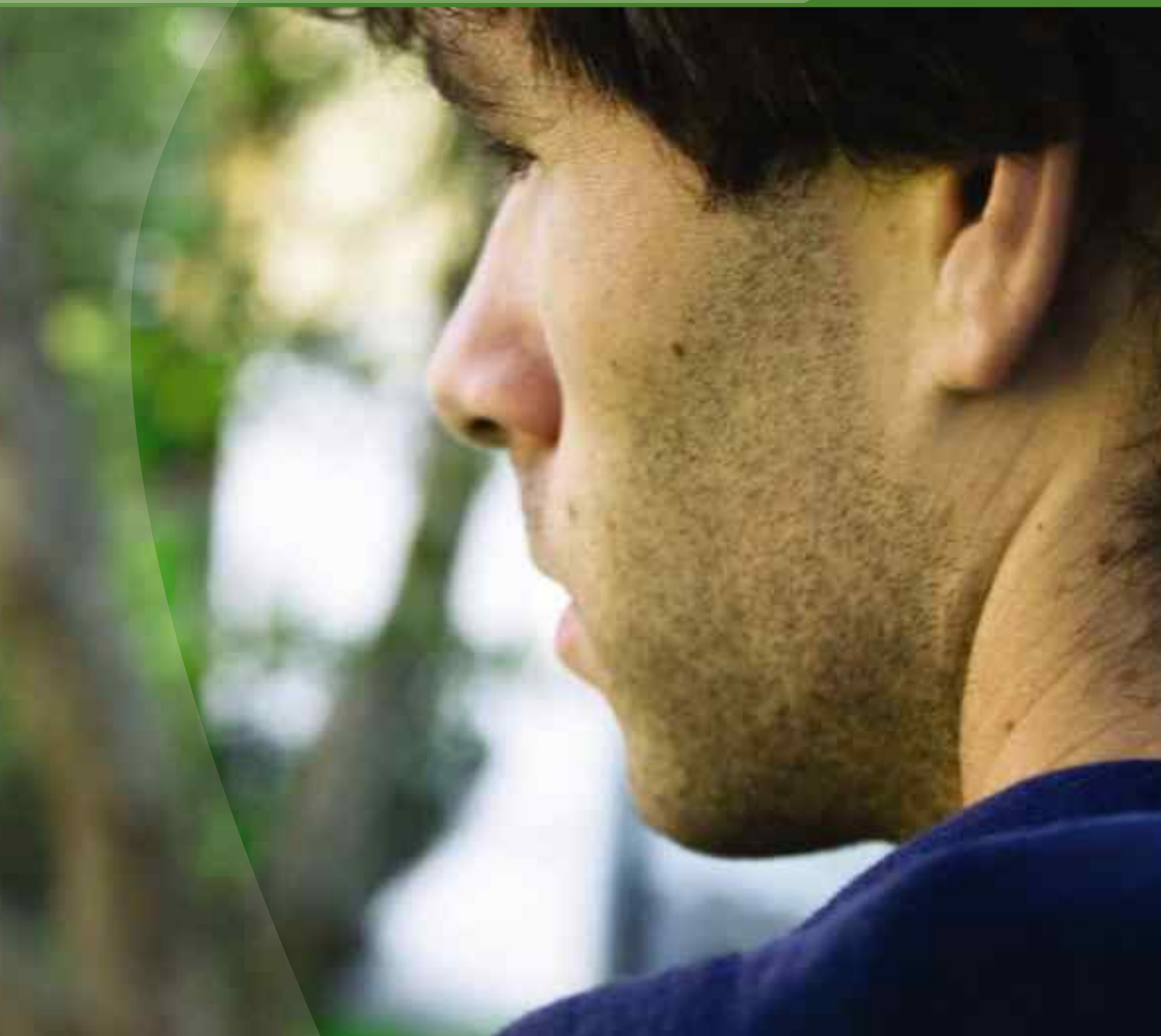
ledning eller informasjon om den enkeltes drikkevaner og helse har god effekt på de eldre pasientenes alkoholkonsum.

I tillegg til pårørende og hjemmetjeneste er fastlegen den som lettest kan avdekke risikodriking hos eldre, og som kan følge opp medisinbruken hos denne gruppen. Det er likevel viktig at andre ansatte som er i posisjon til å oppdage et rusproblem, gjør noe med en eventuell bekymring.

## Livsfaser og eskalering av problemer

Problematferd kan utvikle seg over tid og gjennom livsløpet. Det som kan fortone seg som små problemer i barndommen, kan utvikle seg og bli mer omfattende og komplekst i ungdomstiden, og gi alvorlige konsekvenser i voksenlivet. Vi har sett nærmere på barn, ungdom, unge voksne, voksne, eldre og gravide. Følgende tabell viser skjematisk hvordan problematferd kan utvikle seg. (Hentet fra Stattin 2004 i Ogden 2005):

BARNDOM	TIDLIGE SKOLEÅR	UNGDOM	VOKSNE
Atferdsproblem Familieproblem	Lav skolemotivasjon Dårlige prestasjoner Familieproblem Dårlige venner	Kriminalitet Alkohol og rus Lav skolemotivasjon Dårlige prestasjoner Familieproblemer Dårlige venner Skulk Psykiske vansker	Kriminalitet Alkohol og rus Dårlig nettverk Lav utdanning Arbeidsløs Dårlig økonomi Skilsmisse Familievold Psykisk sykdom Tidlig død



# 3 Fra bekymring til handling – hva gjør jeg?



Forskning og erfaringer oppsummert i rapporten «Tidlig intervensjon på rusområdet» (IS-1455, 2007), viser at deler av hjelpeapparatet i dag preges av at:

- vi venter for lenge med å erkjenne at et barn, en ungdom eller en voksen har problemer.
- vi venter for lenge med å ta opp bekymringen vår med den det gjelder og den nærmeste familien.
- vi venter for lenge før vi kontakter instanser som har ansvar for eller kompetanse til å hjelpe.

I dette kapitlet vil vi beskrive hvordan du kan gå fra bekymring til handling. Dette er ett forslag til framgangsmåte.

## 3.1

## Dette gjør du – skisse av en generell framgangsmåte

Ved bekymring for barn, ungdom, unge voksne, voksne eller eldre (barn, forelder, barnehagebarn, elev, student, kollega, pasient eller klient) anbefaler vi at du gjør følgende:<sup>17</sup>

### 1. **Gjør en vurdering. Hvor bekymret er du?**

a. Analyser bekymringen/magefølelsen din.

Dette kan for eksempel gjøres ved å skrive ned observasjonene dine så konkret som mulig, gjerne over litt tid.

- Hva har du sett eller hørt?
- Hva har vedkommende sagt og gjort?
- Hva er det i samspillet mellom vedkommende og omgivelsene som har gjort deg bekymret?
- Hvor lenge har du vært bekymret?

b. Diskuter bekymringen med en kollega og/eller be om en samtale med lederen din. Slike samtaler må skje innenfor gjeldende regler om taushetsplikt.

c. Oppsummer og konkluder på om dere har grunn til å være bekymret. I denne drøftingen kan det være lurt å fokusere på vurderingen av

- tilstanden til den det gjelder (følelsesmessig, sosialt, fysisk etc.)
- den øvrige situasjonen til den dere er bekymret for (familiesituasjon, om det er akutt fare, ressurser i nettverket etc.)

17. Innholdet i dette kapitlet er sterkt inspirert av henholdsvis Borgestadsklinikkens foreløpige handlingsveiledning for nøkkelpersoner i skoler og barnehager knyttet til prosjektet «Barn i rusfamilier».



**2. På bakgrunn av vurderingene bestemmer dere hvordan dere skal gå videre med saken på arbeidsplassen. Vi skisserer tre ulike framgangsmåter**

- A. Vi klarer dette selv
- B. Vi trenger hjelp til vurdering av dette fra noen som har mer kompetanse
- C. Bekymringen er så alvorlig at barnevern, politi eller andre ansvarlige instanser/personer må kontaktes

Når barn er involvert, har alle ansatte i det offentlige en selvstendig meldeplikt til barnevernet etter barnevernsloven § 6–4. Det gjelder også politiet. Det må meldes direkte til den kommunale barneverntjenesten. Det er ikke nok å melde fra til ledelsen på egen arbeidsplass, eller at en skole melder fra til Pedagogisk-Psykologisk Tjeneste (PP-tjenesten).

Dersom dere velger alternativ a. eller b., anbefaler vi at dere, som en del av den videre oppfølgingen, tar en samtale med den det gjelder og/eller foresatte når det dreier seg om barn.

### **3.1.1 Den nødvendige samtalen**

Å bli konfrontert med at en har et rusproblem kan oppleves stigmatiserende og belastende i en allerede vanskelig situasjon. Det er derfor viktig å ta opp bekymringen med den det gjelder på en respektfull måte. Ofte møter en benektning og avvísning, som kan bidra til at det er lett å overse problemet. Det er viktig å være respektfull, tillitsskapende, tålmodig og utholdende i slike tilfeller. En bør på forhånd tenke nøye gjennom hva som bør sies, og hvordan det skal sies, og diskutere og forberede følgende:

- Hvem som skal delta. Det kan være en fordel å være to personer til stede under samtalen med den det gjelder

- Lag på forhånd ei liste over punkter det er viktig å få formidlet under samtalen
- Avtal hvem som sier hva. Avtal hvem som skriver referat, og hvem som skal passe på at dere kommer gjennom alle de planlagte punktene
- Husk at det er en bekymring dere skal formidle; ikke en anklage. Dere skal informere om hva dere har sett som vekker bekymring. Vis respekt. Ikke vær fordømmende.

Under samtalen:

- Pass på at den/de dere møter også får komme fram med sitt og sitt perspektiv på saken. Spør om de kjenner igjen de observasjonene dere har gjort. Gi rom for tenkepauser
- Dersom den/de dere møter blir sinte og kommer i forsvar, ikke svar med samme mynt, men gi dem tid til å rase ut. Uttrykk forståelse for at samtalen kan oppleves ubehagelig, men hold fast på at den er nødvendig. Når det passer, vend tilbake til temaet og de forberedte punktene
- Bli enige om hva dere har avtalt før dere går fra hverandre
- Skriv et kort referat fra møtet

Etter at samtalen er gjennomført kan det videre forløpet skje på flere måter. Dette vil i avhenge av hva dere kom fram til i fellesskap og hvor alvorlig et eventuelt problem er. Det er vanskelig å gi generelle råd for denne prosessen. Det kan være lurt å gi den det gjelder noe tid til å tenke gjennom saken. Dersom det etter en slik samtale ikke skjer noe, vil antakelig behovet for en ny samtale melde seg.

Slike samtaler kan oppleves vanskelig for den det gjelder, og i noen tilfeller vil en stå overfor foreldre som opplever seg presset eller truet og som truer med vold. Dersom dette skjer, skal det straks meldes fra til virksomhetens leder, som skal vurdere om episoden skal meldes til politiet. Den som har blitt truet, kan selvsagt også anmelde forholdet på selvstendig grunnlag. Det er viktig å notere hva som har skjedd, og hva som har blitt sagt.

I det følgende utdypes mer om forhold som kan være spesielt viktige i samtale med henholdsvis barn, unge og voksne.

## 3.2 Barn 0–13 år

Det anbefales at du følger modellen som er skissert under avsnitt 3.1 ved å 1) analysere bekymringen din, og 2) bestemme deg for om du:

- A) klarer å håndtere saken selv
- B) trenger hjelp til vurdering
- C) må henvise eller melde til barnevernet

Følgende framgangsmåte anbefales for de ulike handlingsalternativene

### **A – Vi klarer å håndtere saken/barnet selv**

Du har observert signaler som tyder på et problem, men vet ikke hva det skyldes. Bekymringen formidles til foreldrene. Tiltak og oppfølging planlegges i samarbeid med foreldrene, og problemet løser seg.

Det er viktig å beholde fokuset på barnets beste, og unngå at foreldrenes beskrivelser av egne vansker, eller eventuell bagatellisering av situasjonen, fører til at du mister barnets behov av syne.

Dersom foreldrene ikke ønsker å samarbeide og du fortsatt er bekymret, vurderes alternativ C.

### **B – Vi trenger hjelp til vurdering av barnet**

Du har en bekymring for at et barn lever i en familie med rusproblemer. Det er ikke nødvendigvis du som skal ha hovedansvar for vurderingen og selve intervensjonen, men du har et ansvar for å følge opp saken.

Barneverntjenesten vil som oftest være en særlig sentral instans for å få hjelp til å vurdere hva du skal gjøre med bekymringen din. I noen tilfeller kan det også være aktuelt å drøfte bekymringen med lokale hjelpeinstanser som helsestasjonen og skolehelsetjenesten<sup>18</sup>, pedagogisk-psykologisk tjeneste. Dersom kommunen har opprettet en tverretattlig gruppe for forebyggende barne- og

---

18. Helsestasjonen skiller seg fra kurative tjenester/spesialisthelsetjenesten ved å være et tilbud om veiledning, rådgivning og ikke behandling. Tilbudet er gratis og lett tilgjengelig, og de har personell med kompetanse. IS-1154 Veileder, Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

ungdomsarbeid, kan det være aktuelt å ta kontakt med den. Når du ber om hjelp fra andre instanser, skal ikke barnets eller foreldrenes identitet oppgis med mindre foreldrene er informert om og har gitt sitt samtykke til dette.

Videre fremgangsmåte planlegges på bakgrunn av de anbefalinger du får.

Barnevernloven vektlegger at barneverntjenesten skal iverksette tiltak tidlig for å forebygge mer alvorlige situasjoner og mer inn- gripende tiltak, som omsorgsovertakelse. Barnet behøver derfor ikke ha vært utsatt for alvorlig omsorgssvikt for at du eller barnets foreldre kan kontakte barneverntjenesten. Barneverntjenesten kan sette inn tiltak allerede på et tidlig tidspunkt i en problemutviklings- prosess hvis barnet har særlige behov eller på grunn av forholdene i hjemmet. I slike tilfeller kan du i samarbeid med foreldrene kon- takte barneverntjenesten for å be den vurdere om det er grunnlag for å sette inn et barneverntiltak. I slike situasjoner må foreldrene samtykke til at det tas kontakt med barneverntjenesten. Mange kommuner har ansatt psykologer i tjenester for barn og unge som i barnevern, pedagogisk-psykologisk tjeneste, helsestasjoner og skolehelsetjenesten eller som en egen psykologtjeneste. Psykolo- gene kan gi råd og veiledning i arbeidet med tidlig intervensjon, utredning og iverksetting av tiltak.

### ***C – Bekymringen for barnet er så alvorlig at barnevernet må kontaktes***

Hvis du har grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet, eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, eller når barnet har vist alvorlige atferdsvansker, har du plikt til på eget initiativ å gi opplysninger til barneverntjenesten. Dette er nedfelt i barnevernloven i § 6–4, annet ledd.

Også i slike situasjoner skal opplysningene til barneverntjenesten gis i samråd med foreldrene, eller eventuelt slik at de får kjennskap til den informasjonen du vil gi barneverntjenesten. Foreldrene er de viktigste personene i en tidlig intervensjonsprosess. Å gi opp- lysninger til barneverntjenesten uten å informere foreldrene kan derfor vanskeliggjøre et senere samarbeid. Unntaket er dersom du har grunn til å anta at det å informere foreldrene vil være til fare for barnet. Som hovedregel bør du alltid fortelle foreldrene at du vil informere barneverntjenesten om din bekymring for barnet, og også hva du vil formidle.

Det er vanskelig å melde bekymring for et barn til barnevernet når en skal samarbeide med foreldrene daglig eller ofte. Det er alltid en fordel om en kan melde om en bekymring til barnevernet med foreldrenes samtykke, eller i samarbeid med dem. En melding til barneverntjenesten må være skriftlig, og så konkret som mulig. I meldingen bør du også informere kort om foreldrenes oppfatning knyttet til det bekymringen dreier seg om. Foreldrene bør få kopi av meldingen. (Eksempel på bekymringsmelding til barnevernet se s. 78.)

Selv om barnevernet undersøker barnets omsorgssituasjon eller setter i gang tiltak rundt barnet, er det viktig at du fortsetter med ditt arbeid og dine oppgaver knyttet til barnet.

Hvis det er mistanke om straffbare forhold, skal politiet kontaktes.

### **3.2.1 Hva kan barnevernet gjøre?**

Mange har liten kjennskap til barnevernets<sup>19</sup> arbeid. Her følger en kort beskrivelse av hva barnevernet kan gjøre.

Den kommunale barneverntjenesten skal bidra til å gi det enkelte barn gode levekår og utviklingsmuligheter ved råd, veiledning og hjelpetiltak. Barneverntjenesten vil ofte samarbeide med andre instanser og fagpersoner som kan bedre barnets eller foreldrenes situasjon. Samarbeid med kommunens helse- og sosialtjeneste og den statlige spesialisthelsetjenesten vil være særlig sentralt. Slikt samarbeid vil skje i samarbeid med familien. Når det gjelder barn med vedvarende rusproblemer vil den kommunale barneverntjenesten samarbeide med det statlige barnevernet.

Når barneverntjenesten mottar en bekymringsmelding om et barn, må den innen en uke avklare om den skal igangsette en undersøkelse av barnets situasjon (jf. Lov om barneverntjenester § 4–2). Dersom en undersøkelse igangsettes, skal denne avsluttes innen tre måneder eller, hvis særlige hensyn tilsier det, innen seks måneder (jf. Lov om barneverntjenester § 6–9). En barnevernundersøkelse består blant annet av samtaler med barn og foreldre, og også med andre som har kjennskap til barnets situasjon. Undersøkelsen skal ikke gjøres mer omfattende enn nødvendig.

---

19. Les også rundskriv Q-25/2005

«Barnevernet og det forebyggende arbeidet for barn, unge og deres familier»

[www.regjeringen.no/upload/kilde/bfd/rus/2005/0003/ddd/pdfv/258676-rundskriv\\_q-252005.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/bfd/rus/2005/0003/ddd/pdfv/258676-rundskriv_q-252005.pdf)

Barneverntjenesten skal, når barnet på grunn av forholdene i hjemmet eller av andre grunner har særlig behov for det, sørge for å sette i verk hjelpetiltak for barnet og familien, for eksempel ved å oppnevne støttekontakt, ved å sørge for at barnet får plass i barnehage, ved besøkshjem, ved avlastningstiltak i hjemmet eller andre foreldrestøttende tiltak. På samme måte skal barneverntjenesten også søke å sette i verk tiltak som kan stimulere barnets fritidsaktivitet, bidra til at barnet får tilbud om utdanning eller arbeid eller anledning til å bo utenfor hjemmet. Barneverntjenesten kan videre sette hjemmet under tilsyn ved at den oppnevner tilsynsfører for barnet (Lov om barneverntjenester § 4–4).

Som hovedregel kan hjelpetiltak bare settes i gang når foreldrene samtykker til det. Unntak er for eksempel vedtak om at opphold i barnehage eller andre egnede dagtilbud kan settes i verk ved pålegg til foreldrene. Tilsyn kan også pålegges (Lov om barneverntjenester § 4–4 fjerde ledd). Det er bare fylkesnemnda som kan fatte vedtak om at hjelpetiltak skal settes i verk ved pålegg til foreldrene. Der omsorgen ikke er god nok for barnet, kan barneverntjenesten foreslå for fylkesnemnda at barnevernet skal overta omsorgen for barnet og plassere barnet i fosterhjem eller institusjon (Lov om barneverntjenester § 4–12). Dersom et barn har vist alvorlige atferdsvansker – ved alvorlig eller gjentatt kriminalitet, ved vedvarende misbruk av rusmidler eller på annen måte – kan barneverntjenesten foreslå for fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker at barnet kan plasseres i en institusjon for undersøkelse og korttidsbehandling eller for mer langvarig behandling (Lov om barneverntjenester § 4–24)

Barneverntjenesten kan noen ganger foreslå for familien at det holdes et familieråd. Det innebærer at den utvidede familien, dvs. slektninger og andre nære, tidlig blir dratt inn i arbeidet med å diskutere og planlegge aktuelle tiltak, og også kan delta i gjennomføringen av tiltakene. Barneverntjenesten vil også, i samarbeid med familien, kunne sette barnet i kontakt med instanser som driver gruppetilbud for barn, for eksempel rusmiddelpoliklinikker og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker.

Dersom barnet har behov for tilrettelagt undervisning, kan PP-tjenesten kontaktes.

### **3.2.2 Hva kan fastlegen gjøre?**

Dersom barnet har problemer av en karakter som trenger å følges opp, og hvor det er tydelig at rusmiddelbruk hos foreldre ikke er årsak til dette, er det hensiktsmessig å ta kontakt med fastlegen. Fastlegen har et koordinerende ansvar for helsetjenester også til barn og unge og kan ut fra sin vurdering av situasjonen utrede både somatiske, fysiske og psykiske symptomer. Fastlegen kan samarbeide med, eller henvise til utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten (psykisk helsevern) og kan følge opp eventuelt med medikamentell behandling.

### **3.2.3 Når du samtaler med foreldrene så gi informasjon om barnevernet**

Mange foreldre er engstelige for barnevernet. Det kan derfor være hensiktsmessig å si til foreldrene at du vil informere eller kontakte barnevernet for å gjøre barnevernet oppmerksom på barnets problem, istedenfor å si at du vil «melde saken til barnevernet». I alle tilfeller er det viktig at du lytter til det foreldrene har å si. Dersom du har grunn til å tro at barnet lever i en situasjon som medfører opplysningsplikt til barneverntjenesten, jf. Lov om barneverntjenester § 6–4, annet ledd, er det viktig å holde fast ved at du må kontakte barneverntjenesten selv om foreldrene er uenige i dette. Husk også at du ikke behøver å vite med sikkerhet om barnet lever i en vanskelig situasjon for å gi opplysninger til barneverntjenesten. Det er tilstrekkelig at du har grunn til å tro det. Du må i slike tilfeller informere foreldrene om din opplysningsplikt.

Det er en fordel om du informerer foreldrene kort om noen av de vanligste hjelpetiltakene som barneverntjenesten kan sette inn. Se avsnitt 3.2.1. Du bør også si til foreldrene at barneverntjenesten først vil vurdere om det er grunnlag for å sette inn tiltak, og deretter vurdere hvilke tiltak som er best egnet til å bedre barnets situasjon. Du bør også snakke med foreldrene om at barneverntjenesten kan sette inn hjelpetiltak tidlig for å forhindre at små problemer vokser seg store, og at barnet ikke nødvendigvis lever i en omsorgssvikt-situasjon fordi om barnevernet blir kontaktet. Du bør også si til foreldrene er at det kun er i helt spesielle tilfeller at barnevernet vil foreslå at barnet skal flytte fra foreldrene. Tydeliggjør at barnevernets oppgave er å hjelpe barnet og ikke «straffe dårlige foreldre».

### 3.3 Ungdom 13–18 år

Det anbefales at du følger modellen som er skissert under avsnitt 3.1 ved å

- 1) analysere bekymringen din og 2) bestemme deg for om du:
  - A) klarer å håndtere saken selv
  - B) trenger hjelp til vurdering
  - C) må henvise eller melde til barnevernet

Følgende framgangsmåte anbefales for de ulike handlingsalternativene.

#### **A – Vi klarer å håndtere saken/ungdommen selv**

Du har observert signaler som tyder på at ungdommen har et rusrelatert problem. Bekymringen formidles til ungdommen og foreldrene. Tiltak og oppfølging planlegges i samarbeid med ungdommen selv og foreldrene, og problemet løser seg.

Dersom du har observert signaler som tyder på at det er én eller begge av foreldrene til ungdommen som har et rusproblem, formidles dette til foreldrene. I tilfeller hvor det er én av foreldrene som har et rusproblem, kan det være hensiktsmessig å ta kontakt med den forelderen som ikke har rusproblemet. Tiltak og oppfølging planlegges i samarbeid med foreldrene, og problemet løser seg.

Dersom foreldrene ikke ønsker å samarbeide, vurderes alternativ C.

#### **B – Vi trenger hjelp til vurdering av ungdommen**

Hvem som kan hjelpe deg i vurderingen er avhengig av om det er ungdommen selv eller en forelder som har et rusproblem. Dersom det er ungdommen selv som har rusproblemer, kan lokale hjelpeinstanser, som for eksempel, helsestasjon for ungdom og skolehelsetjenesten, utekontakter, oppsøkende team, barnevernet kontaktes. Hvis ungdommen i tillegg gjør ulovlige handlinger, kan samordning av lokale kriminalitetsforebyggende tiltak (SLT) være en modell å arbeide etter. Dette er en samarbeidsmodell mellom politi og kommunale etater (skole, barnevern, helse- og sosialetat) som kan vise til gode resultater. De ulike tverretatlige gruppene kan veilede og eventuelt henvise ungdommen videre. Dersom det er en forelder som har rusproblemer, kan bekymringen også drøftes med barneverntjenesten.



Når du søker hjelp til vurdering fra andre instanser, kan du ikke oppgi den unges identitet med mindre foreldrene eller ungdommen selv<sup>20</sup> har gitt sitt samtykke til det. Videre fremgangsmåte og oppfølging planlegges på bakgrunn av de anbefalinger som gis. Barneverntjenesten er en sentral instans, som kan bistå i vurderingen enten det er den unge selv eller hans/hennes foreldre som har rusproblemer. Barnevernloven vektlegger at barneverntjenesten skal iverksette tiltak tidlig for å forebygge mer alvorlige situasjoner og mer inngripende tiltak, som for eksempel omsorgsovertakelse. Ungdommen behøver derfor ikke ha vært utsatt for alvorlig omsorgssvikt eller mishandling, eller ha vist alvorlige atferdsvansker for at du, den unge selv eller foreldrene kan kontakte barneverntjenesten. Barneverntjenesten kan sette inn tiltak allerede på et tidlig tidspunkt i en problemutviklingsprosess, enten på grunn av den unges særlig behov, eller på grunn av forholdene i hjemmet. I samarbeid med foreldre og eventuelt den unge selv kan du i slike tilfeller kontakte barneverntjenesten for å be den vurdere om det er grunnlag for barneverntiltak.

Med mindre foreldrene eller ungdommen selv<sup>21</sup> har gitt sitt samtykke til det, kan du ikke oppgi den unges identitet når du søker hjelp til vurdering fra andre instanser.

Dersom foreldrene eller ungdommen ikke ønsker å samarbeide, vurderes alternativ C.

### **C – Bekymringen for ungdommen er så alvorlig at barnevernet eller andre instanser må kontaktes**

Dersom du har grunn til å tro at ungdommen blir mishandlet i hjemmet, eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, eller når ungdommen har vist alvorlige atferdsvansker, har du plikt til, på eget initiativ, å gi opplysninger til barneverntjenesten. Dette er nedfelt i barnevernloven i § 6–4, annet ledd.

Også i slike situasjoner skal opplysningene til barneverntjenesten gis i samråd med foreldrene og ungdommen selv, eller slik at de

---

20. Ungdom over 15 år har partsrettigheter. Barnets partsrettigheter i barnevernssaker reguleres av barnevernloven § 6–3 annet ledd. Barnet kan etter denne bestemmelsen «opptre som part i en sak og gjøre partsrettigheter gjeldende dersom det har fylt 15 år og forstår hva saken gjelder», og fylkesnemnda kan innvilge yngre barn partsrettigheter «i særskilte tilfeller».

21. Ungdom over 15 år har partsrettigheter. Barnets partsrettigheter i barnevernssaker reguleres av barnevernloven § 6–3 annet ledd. Barnet kan etter denne bestemmelsen «opptre som part i en sak og gjøre partsrettigheter gjeldende dersom det har fylt 15 år og forstår hva saken gjelder», og fylkesnemnda kan innvilge yngre barn partsrettigheter «i særskilte tilfeller».

har kjennskap til den informasjonen du vil gi. En melding til barneverntjenesten må være skriftlig og så konkret som mulig<sup>22</sup>. I meldingen kan det også være hensiktsmessig å informere kort om foreldrenes og ungdommens oppfatning av hva bekymringen dreier seg om. Foreldrene bør få kopi av meldingen. I de tilfeller du har grunn til å tro at det kan være til fare for ungdommen at du formidler din bekymring til foreldrene før du kontakter barneverntjenesten, kan du unnlate å informere foreldrene på forhånd.

Hvis det er mistanke om straffbare forhold, skal politiet kontaktes.

### 3.3.1 Hva kan barnevernet gjøre?

Barneverntjenesten skal, når ungdom på grunn av forholdene i hjemmet eller av andre grunner har særlige behov, sørge for å sette i verk hjelpetiltak for ungdommen og familien. Barneverntjenesten vil ofte samarbeide med andre instanser og fagpersoner som kan bedre den unges situasjon. Se avsnitt 3.2.1.

Tiltakene som settes inn, vil være avhengig av om det er ungdommen selv eller foreldrene som har et begynnende rusproblem, og hvor alvorlig problemet er. Når det er den unge selv som har et begynnende rusproblem, vil det ofte være sentralt for barnevernet å samarbeide med blant annet skolen, utekontakten, uteseksjonen, helsestasjonen for ungdom, frivillige organisasjoner, og fagmiljøer med særlig kompetanse på rusbehandling. Foreldrene vil ofte trenge bistand til å forholde seg til den unges rusproblem. Noen ganger kan det være aktuelt å tilby multisystemisk terapi (MST). MST er et tidsavgrenset, intensivt familiebasert program, som kan vise til gode resultater. Målgruppen er ungdom mellom 12 og 17 år med store atferdsvansker, som rus, kriminalitet og skulking. Behandlingen foregår i hjemmet. Familien hjelpes av terapeuter som er tilgjengelig 24 timer i døgnet. Det finnes også andre foreldrestøttende tiltak og familierapeutiske tiltak i barnevernets regi.

Dersom den unge har hatt langvarige rusproblemer, kan barneverntjenesten, uten den unges samtykke eller samtykke fra den som har

22. Vedlagt i veilederen er et forslag til hvordan en bekymringsmelding til barneverntjenesten etter Lov om barneverntjenester §6-4 kan se ut og en veiledning om hvilket innhold den bør ha. Dette er tatt ut av Kompetansesenter rus – region sør sin handlingsveileder fra prosjektet «Barn i rusfamilier».

foreldreansvaret, foreslå for fylkesnemnda at den unge skal plasseres i en institusjon for undersøkelse og korttidsbehandling eller for mer langvarig behandling (Lov om barneverntjenester § 4–24).

Dersom det er foreldrene som har det begynnende rusproblemet, vil det være aktuelt for barneverntjenesten å samarbeide med fagmiljøer med kompetanse på rusproblematikk og rusbehandling. Det kan i slike situasjoner også være aktuelt å oppnevne støttekontakt, sette inn besøkshjem, stimulere den unges fritidsaktiviteter, eller gi den unge anledning til å bo utenfor hjemmet. Dette gjelder i særlig grad der den forelderen som ikke har rusproblemet, kan trenge bistand for å kunne fungere tilfredsstillende i sin foreldrerolle<sup>23</sup>. Barneverntjenesten kan også sette ungdommen i kontakt med foreksempel rusmiddelpoliklinikker, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker eller gruppetilbud til barn av rusmiddelbrukere. Barneverntjenesten kan også sette hjemmet under tilsyn. Dersom omsorgen ikke er god nok, kan barnevernet foreslå for fylkesnemnda at barnevernet overtar omsorgen for den unge og plassere ham/henne i fosterhjem eller institusjon. Se også avsnitt 3.2.1.

### **3.3.2. Hvilke andre tjenester kan bistå i arbeidet med ungdom**

Dersom ungdommen har behov for tilrettelagt undervisning, kan PP-tjenesten kontaktes og følge opp.

Helsestasjon og skolehelsetjeneste er et gratis tilbud til barn og unge. Les mer under punkt 3.4.1

Oppfølging av ungdom under 20 år etter ungdomsgarantien i NAV. Les mer under punkt 3.4.1.

Individuell plan er en lovfestet rett for barn og ungdom med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Les mer under punkt 3.4.1

---

*23. Noen ganger har begge foreldre et rusproblem. Andre ganger bare den ene. I familier der det bare er den ene foreldren som har et rusproblem, vil ofte den foreldren som ikke har rusproblemer, trenge hjelp til å kunne ivareta ungdommen best mulig.*

### 3.4 Unge voksne 18–23 år

Det anbefales at du følger modellen som er skissert under avsnitt 3.1 ved å

- 1) analysere bekymringen din, og 2) bestemme deg for om du:
  - A) klarer å håndtere saken selv
  - B) trenger hjelp til vurdering
  - C) må henvise til andre instanser

Følgende framgangsmåte anbefales for de ulike handlingsalternativene. Vi gjør oppmerksom på at intervensjonen må tilpasses alderen. Har den unge voksne vokst opp i en familie med rusmiddelproblemer, kan det være behov for intervensjon både overfor foreldre og oppfølging av den unge voksne.

#### **A – Vi klarer å håndtere saken/den unge voksne selv**

Du har observert signaler som tyder på et problem, men vet ikke hva problemet skyldes. Bekymringen formidles til den unge selv. Eventuelle tiltak og oppfølging planlegges i samarbeid med den det gjelder, og problemet løser seg.

Dersom du har observert signaler som tyder på at det kan være foreldrene til ungdommen som har et rusproblem, formidles dette til foreldrene. Tiltak og oppfølging planlegges i samarbeid med foreldrene, og problemet løser seg. Det kan være aktuelt med et enkelt tiltak både overfor ungdommen og foreldrene.

#### **B – Vi trenger hjelp til vurdering av den unge voksne**

Bekymringen formidles til den det gjelder. Det foreslås at det tas kontakt med aktuelle hjelpinstanser med kompetent personell, som for eksempel sosialtjenesten i NAV eller fastlege, for en samtale. Tiltak og oppfølging planlegges på bakgrunn av deres anbefalinger i samarbeid med den det gjelder.

Dersom den unge voksne er fulgt opp av barnevernet fram til han/hun er 18 år gammel, kan barnevernet kontaktes igjen med den unges samtykke. Bekymringen kan også diskuteres med en tverrfaglig gruppe i kommunen. Videre framgangsmåte og oppfølging planlegges på bakgrunn av deres anbefalinger.

Dersom det er foreldrene til den unge voksne som har rusproble-

mer, kan lokale hjelpeinstanser som for eksempel sosialtjenesten i NAV eller en lege kontaktes. Begge instanser har henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten for foreldrene. Det må likevel vurderes om eller hvilken oppfølging den unge voksne bør få.

### ***C – Bekymringen for den unge voksne er så alvorlig at andre instanser bør kontaktes***

Hvilken instans som er den riktige må vurderes i hvert enkelt tilfelle. Det avhenger blant annet av hvor gammel den unge er, og hvor i problemutviklingen den unge voksne befinner seg. Ungdommen kan være i en eksperimenteringsfase og droppe ut av skole eller arbeid uten å bli tilstrekkelig fulgt opp. Det kan medføre at rusproblemene får utvikle seg. De unge voksne befinner seg da i en livssituasjon som skal utløse tjenester fra flere offentlige instanser, som utekontakt, sosialtjeneste/NAV eller pedagogisk-psykologisk tjeneste (PP-tjeneste). Dersom den unge voksne tidligere har motatt tiltak fra barnevernet, kan barnevernet vurdere å sette inn barneverntiltak, selv om den ungdommen er over 18 år. Det er imidlertid en forutsetning at den unge voksne samtykker til dette.

Unge voksne med begynnende rusproblemer kan få hjelp av lokale hjelpeinstanser som for eksempel sosialtjenesten i NAV eller fastlegen som kan henvise til poliklinisk behandling av problemet den enkelte sliter med. Det bør sikres en vurdering av i hvilken grad psykisk lidelse/psykisk smerte er viktig for opprettholdelsen av rusadferden. Om rusproblemene allerede er store er det riktig å henvise til poliklinisk behandling eller tverrfaglig spesialisert behandling. Både sosialtjenesten og fastlegen har henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten / tverrfaglig spesialisert behandling. Hvis det er mistanke om straffbare forhold, skal politiet kontaktes.

## **3.4.1 Rett til helsestasjon og skolehelsetjenester**

### ***Helsestasjon for ungdom og Skolehelsetjenesten***

Helsestasjon og skolehelsetjenester er en lovpålagt tjeneste med ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid. Retten til disse tjenestene gjelder for alle barn og unge under 20 år. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et tilbud det er enkelt å oppsøke, og hvor en blir tatt på alvor med små og store problemer. Tilbudet er gratis og lett tilgjengelig, og personalet har kompetanse

som kan støtte opp under den enkelte og de foresatte. Helsestasjon for ungdom og skolehelsetjenesten har høy grad av brukerinvolvering og aksept for brukernes ønsker/behov og er døråpner til andre tjenester ved behov. Personalet kan følge opp og henvise disse ved at de har ansatt en lege med henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten.

### **Tjenester i NAV**

Både ungdom og unge voksne som er utsatt for risiko i forhold til begynnende rusrelaterte problemer som kan utvikle seg til å bli mer sammensatte og alvorlige problemer over tid, kan i mange tilfeller komme på et bedre spor gjennom opplæring og etterhvert arbeid og med tett oppfølging.

Fra 1. februar 2010 trer NAV-lovens § 14a i kraft. I henhold til denne paragrafen har alle som henvender seg til NAV-kontoret, og som ønsker eller trenger bistand for å komme i arbeid, rett til å få vurdert sitt bistandsbehov. Brukere som har behov for en mer omfattende vurdering av sitt bistandsbehov har også rett til å få en arbeids- evnevurdering.

Brukere som har fått fastslått at de har et bistandsbehov har rett til å delta i utarbeidelsen av en konkret plan for hvordan de skal komme i arbeid. Planen danner grunnlag for videre tjenester og tiltak i regi av NAV.

Noen brukere vil ha krav på en individuell plan etter lovens § 15. I slike tilfelle skal NAV legge til rette for at planene så langt som mulig blir samordnet. Ta kontakt med NAV lokal for mer informasjon.

### *Garantier for ungdom og unge voksne*

NAV har en ungdomsgaranti som sikrer ungdom under 20 år som er uten skoleplass eller arbeid, tilbud om arbeidsmarkedstiltak. NAV-arbeid har også en oppfølgingsgaranti for arbeidsledige i alderen 20–24 år som har vært ledige de siste tre månedene eller lenger. Hovedpoenget med oppfølgingsgarantien skal være aktiv jobbsøking, egenaktivitet og motivasjon. Oppfølgingen skal videre være tilpasset den enkeltes forutsetninger og behov, med sikte på raskest mulig overgang til arbeid eller utdanning. Fra 2009 er garantien utvidet til å omfatte tilbud om arbeidsmarkedstiltak for de

som har vært ledige i mer enn 6 måneder. Garantien innebærer i mange tilfeller samordning og samarbeid mellom NAV og utdanningsetaten.

#### *Kvalifiseringsprogrammet i NAV*

Arbeidsledig ungdom har ofte avbrutt eller manglende utdanning utover grunnskolenivå. Liten arbeidserfaring og lite/dårlig nettverk gjør denne gruppen mer sårbar enn andre. I målgruppen for ordningen med kvalifiseringsprogram kan inngå ungdom som har vært lenge utenfor arbeidslivet og/eller har begrensede ytelser fra folketrygden og sosialhjelp som hovedinntektskilde. Gjennom deltakelse i denne ordningen kan de få et tilpasset program, bestående av tiltak som skal bidra til å bringe dem inn i arbeidslivet eller få avklart deres rettigheter til andre ordninger enn sosialhjelp. Ungdommen må ha fylt 19 år for å komme med i kvalifiseringsprogrammet.

#### *Sosialtjenesten i NAV*

Rett til stønad til livsopphold etter sosialtjenesteloven gjelder først og fremst ungdom over 18 år som ikke kan sørge for sitt livsopphold gjennom arbeid eller som har rett til andre økonomiske stønader. Lov om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven) pålegger tjenesten å samarbeide med andre instanser, som blant annet skole, utekontakt, helsestasjon for ungdom/skolehelsetjeneste, andre fagmiljøer med kompetanse på rusbehandling og frivillige organisasjoner. De skal følge opp unge voksne i den livssituasjon de står i, enten det gjelder problemer med økonomi, bolig eller rusmiddelavhengighet, med det mål å gjøre den unge uavhengig av offentlig hjelp. Sosialtjenesten i NAV bør kartlegge de unge voksnes bruk av rusmidler og på bakgrunn av dette vurdere hvilken oppfølging vedkommende bør få. Unge voksne med begynnende rusproblemer kan få henvisning til poliklinisk behandling. Sosialtjenesten i NAV har henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten. Det er alvorlighetsgraden av rusmiddelbruk som vil avgjøre om den unge får henvisning til spesialisthelsetjenesten.

#### **Rett til individuell plan**

Individuell plan<sup>24</sup> er et aktuelt virkemiddel for personer i aldersgruppen 18–23 (24) år med sammensatte bistandsbehov over tid.

---

24. Les veileder om individuell plan for barn og unge [www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/individuell\\_plan\\_for\\_psykisk\\_helse\\_barn\\_og\\_unge\\_17505](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/individuell_plan_for_psykisk_helse_barn_og_unge_17505) og Veileder om individuell plan for voksne: [www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00002/Individuell\\_plan\\_for\\_2405a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00002/Individuell_plan_for_2405a.pdf)

Individuell plan (IP) er et sentralt, lovhjemlet verktøy<sup>25</sup> for å yte samordnet bistand til mennesker med behov for koordinerte tjenester fra flere instanser over tid. Planen skal være et verktøy og en metode for samarbeid mellom tjenestemottaker og tjenesteapparatet, og mellom de ulike tjenesteyterne. Det skal til enhver tid være én tjenesteyter som har hovedansvaret for kontakt med brukeren og koordinering mellom dem som yter tjenester til brukeren. Initiativet til å få laget en individuell plan kan komme fra brukeren selv eller pårørende, men hovedansvaret for å utarbeide individuelle planer ligger i tjenesteapparatet.

Ved utarbeidelsen av Individuell plan er det viktig med fokus på brukers eventuelle behov for behandling for rusproblemer eller psykiske vansker, men også bistand til å komme i utdanning eller arbeid. Utforming og gjennomføring av individuell plan forankres i instansene som bistår den enkelte bruker. Det er en utfordring å skape en felles samhandlingsarena for den enkelte og øvrige involverte aktører, samt å styrke brukermedvirkningen.

Les mer om individuellplan her; [www.helsedirektoratet.no/habilitering\\_rehabilitering/individuell\\_plan/](http://www.helsedirektoratet.no/habilitering_rehabilitering/individuell_plan/)

### **Utekontaktvirksomhet eller oppsøkende team**

Utekontaktvirksomhet er en ikke-lovpålagt kommunal tjeneste, som retter arbeidet sitt mot ungdom i alderen 13–25 år. Utekontaktene arbeider med å:

- 1) oppsøke enkelte og grupper av barn og ungdom som trenger støtte eller hjelp
- 2) etablere kontakt med disse på et tidligst mulig tidspunkt
- 3) motivere dem til alternativ beskjeftigelse (skole, arbeid, fritid) og annen hjelp eller behandlingstilbud
- 4) formidle alternative beskjeftigelsestilbud og andre hjelpe- eller behandlingstilbud

Det finnes ulike organisatoriske former for oppsøkende virksomhet i kommunene. Utekontakten er vanligvis organisert som en selvstendig enhet, men oftest innenfor sosialsektoren. Utekontakten forsøker å bringe hjelpeapparatet nærmere ungdom som trenger ekstra oppfølging.

25. Rett til å få utarbeidet Individuell plan (IP) er hjemlet i sosialtjenesteloven og pasientrettighetsloven, mens plikt til å utarbeide IP er hjemlet i sosialtjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven og i lov om ny arbeids- og velferdsforvaltning. Brukere som selv ønsker det og har rett til det skal få utarbeidet en slik plan.



### ***Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PP-tjenesten)***

Alle som har tilknytning til videregående opplæring (elever, lærlinger, lærekandidater, foreldre, lærere, faglige ledere/ rektor) kan søke hjelp hos PP-tjenesten. PP-tjenesten gir råd og veiledning om problemer av både personlig, sosial og faglig karakter. Rådgiverne i PP-tjenesten har taushetsplikt.

PP-tjenesten samarbeider med familien, skolen eller andre instanser som for eksempel helse- og sosialetaten, NAV-kontoret og oppfølgingstjenesten hvis ungdommene samtykker.

### ***Oppfølgingstjenesten (OT)***

Etter § 3–6 i Opplæringslova skal fylkeskommunene ha en oppfølgingstjeneste, som skal sørge for at all ungdom som tilhører målgruppen får tilbud om opplæring, arbeid eller annen sysselsetting. Oppfølgingstjenesten kan også arbeide for å redusere frafallet fra videregående opplæring gjennom samarbeid med rådgivningstjenesten i videregående opplæring. I hht. § 13–4 i forskrift til opplæringslova skal oppfølgingstjenesten sikre et tverretattlig samarbeid mellom kommunale, fylkeskommunale og statlige instanser som har ansvar for målgruppa, og formidle, eventuelt samordne, tilbud fra ulike instanser. Fylkeskommunens oppfølgingstjeneste for ungdom gjelder til og med det året ungdommen fyller 21 år.

Oppfølgingstjenesten er avhengig av et godt samarbeid med skolen, rådgiverne i grunnskolen og videregående skole i tillegg til PPT, helsevesenet, NAV og alternative utdanningsinstitusjoner. Videre er det viktig med et nært samarbeid med lokalt arbeidsliv om alternative læringsarenaer.

Den unge voksne kan selv ta kontakt med oppfølgingstjenesten på egen hånd eller få bistand til det. Nærmeste videregående skole eller inntakskontoret kan gi opplysning om adresse og telefon til oppfølgingstjenesten i det aktuelle området.

### ***Fastlegen***

Kommunehelsetjenesteloven gir alle som er bosatt i en norsk kommune, rett til fastlege. Fastlegene har en viktig rolle når det gjelder å fange opp rusmiddelproblemer på et tidlig tidspunkt. Det er behov for økt kompetanse om rusbruk og rusrelaterte helseskader blant legene (Den norske lægeforening 2006). Det er ønskelig at legene

i større grad enn i dag skal benytte seg av screeningverktøy for å oppdage skadelig rusmisbruk, jf. Opptappingsplanen for rusfeltet. Fastlegen har et koordinerende ansvar for helsetjenester til sine pasienter, og kan ut fra sin vurdering av situasjonen utrede eller sette inn tiltak for å begrense, eventuelt stoppe, misbruk. Dersom rusproblemene har blitt store for den enkelte, kan fastlegen henvise pasienten til poliklinisk behandling eller tverrfaglig spesialisert behandling.

### **Pasientrettigheter og ventetidsgaranti for ungdom under 23 år**

Pasientrettighetene skal bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet kan i forskrift bestemme at barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet har rett til raskere vurdering enn innen 30 virkedager.

En forskriftsfestet ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser og ungdom med rusmiddelavhengighet er utformet slik at retten til nødvendig helsehjelp styrkes. Formålet er å styrke pasientrettighetene, bedre samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og tiltak for å øke produktiviteten, og effektivisere tidsbruken i poliklinikkene for ungdom under 23 år.

### **Ettervern etter barnevernloven**

Etter barnevernloven § 1–3 annet ledd kan tiltak som er iverksatt før barnet har fylt 18 år, opprettholdes eller erstattes av andre tiltak etter loven inntil barnet har fylt 23 år. Opprettholdelse av tiltak lenger enn til fylte 18 år kan som hovedregel bare skje når barnet samtykker. Tiltak for barn med alvorlige atferdsvansker kan imidlertid opprettholdes også med tvang utover fylte 18 år innenfor de tidsbegrensninger som er satt av fylkesnemnda, jf § 4–24. Har den unge behov for tiltak som hører inn under andre deler av hjelpeapparatet, er det i barnevernlovens forarbeider forutsatt at barneverntjenesten har et særlig ansvar for å bistå ungdom i kontakten med hjelpeapparatet.

### **For personer med annen etnisk bakgrunn gjelder oppfølging gjennom introduksjonsprogrammet**

Personer mellom 18–55 år som har 1) fått asyl 2) er overføingsflyktning 3) har oppholdstillatelse på humanitært grunnlag eller

kollektiv beskyttelse i massefluktsituasjon eller er familiegjenforent til personer under punkt 1, 2 og 3 har rett og plikt til heldags introduksjonsprogram i inntil to år. I tillegg har personer mellom 16–55 år rett og plikt til deltakelse i gratis opplæring i norsk og samfunnskunnskap etter utlendingsloven om de faller inn under punkt 3. Hvis unge voksne med minoritetsbakgrunn har begynnende rusrelaterte problemer så gjelder alle andre rettigheter og tjenester som veilederen viser til.

### 3.5 Voksne over 23 år

Det vil være ulike måter å nærme seg tidlig intervensjon overfor voksne på. Metoden en velger, vil være avhengig av hvem det gjelder. Der hvor du ikke kjenner til familiesituasjonen til den voksne, er det viktig å spørre om vedkommende har barn<sup>26</sup>. I slike tilfeller kan du se pkt. 3.2.

Dersom bekymringen gjelder en kollega eller en overordnet på jobb, kan du ta kontakt med ansvarlige personer internt i bedriften, og/eller benytte AKANs metoder (se [www.akan.no](http://www.akan.no)). Gjelder det en pasient eller klient, anbefales modellen som er skissert under avsnitt 3.1 ved å

- 1) analysere bekymringen din og 2) bestemme deg for om du:
  - A) klarer å håndtere saken selv
  - B) trenger hjelp til vurdering
  - C) må henvise til andre

Følgende framgangsmåte anbefales for de ulike handlingsalternativene.

#### **A – Vi klarer å håndtere saken / den voksne selv**

Bekymringen formidles til den det gjelder. Eventuelle tiltak og oppfølging planlegges i samarbeid med den det gjelder, og problemet løser seg.

Hvis det er på arbeidsplassen, kan AKAN knyttes til saken.

---

26. Hjelpeapparatet som er i kontakt med voksne rusmisbrukere eller personer med psykiske lidelser spør om disse har barn jf. IS-5/2006

**AKAN ANBEFALER FØLGENDE**

- Forsøk å få vedkommende til å gå med på et støtteopplegg umiddelbart
- Vurder arbeidsmessige justeringer
- Etabler samarbeid med bedriftshelsetjeneste eller eksterne instanser
- Opplegget for den det gjelder, må være i overensstemmelse med vedkommendes involverte familie
- Oppfølging med samtykke til medisinske tester er være en mulighet
- Stramt opplegg med klare og entydige avtaler
- Still krav til vedkommende om å være aktiv og deltakende i utformingen opplegget
- Evaluer og juster støtteopplegget underveis i takt med at tillit gjenvinnes

***B – Vi trenger hjelp til vurdering av den voksne***

Bekymringen formidles til den det gjelder. Hvis du er i tvil om hvor alvorlig situasjonen, er kan du kontakte kompetente instanser som finnes lokalt, for en samtale. Når du ber om hjelp fra andre instanser, skal ikke barnet eller foreldrenes identitet oppgis med mindre foreldrene er informert om og har gitt sitt samtykke til dette. Aktuelle instanser kan være lege eller sosialtjenesten i NAV. Tiltak og oppfølging planlegges på bakgrunn av deres anbefalinger i samarbeid med den det gjelder.

***C – Bekymringen for den voksne er så alvorlig at andre instanser må inn i saken***

Det vil i hovedsak være et aktuelt problem dersom den det gjelder oppfører slik at han eller hun kan være til fare for seg selv eller andre. Dersom personen er til skade for seg selv, bør en vurdere innleggelse etter Lov om sosiale tjenester §§6.2 (punkt 2.6) og § 6–3. Tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke.

Det kan også være snakk om promillekjøring eller annen skadelig rusrelatert atferd. I slike tilfeller er politiet rette instans.

Dersom barn og ungdom lider under den voksnes atferd, vil barnevernet være den aktuelle instansen å henvende seg til for å ivareta barnet. Se avsnitt 3.3.1. Hvis voksne opplever konflikter i familien kan de ta kontakt med familievernet, som er et offentlig og gratis lavterskeltilbud til par, familier og enkeltpersoner.

Familievernkontorene<sup>27</sup> gir tilbud om terapi, rådgivning og veiledning når det er vansker, konflikter eller kriser i familien.

### **3.5.1 Hvilke andre tjenester og rettigheter har voksne over 23 år?**

- Kvalifiseringsprogrammet i NAV se punkt 3.4.1
- Sosialtjenesten i NAV se. punkt 3.4.1
- Individuell plan, se punkt 3.4.1
- Fastlegen: Fastlegen har en sentral rolle for voksne med begynnende eller mer alvorlig rusproblemer og har henvisningsrett/-plikt til spesialisthelsetjenesten.

For at fastleger skal kunne identifisere voksne pasienter i faresonen og gjennomføre intervensjonen trengs innsikt i egne holdninger til rusmiddelbruk og en bevisst holdning til hvor grensene for akseptabel intervensjon i folks livsvalg går. Fastlegene må kjenne til instrumentene og virkemidlene i rusarbeidet. Det er spesielt viktig at gravides rusmiddelbruk blir avdekket tidlig, og at legen har innsikt i de prosedyrer som eventuelt skal iverksettes for at fosteret ikke skal ta skade.

Fastlegene kan selv intervenere ved å ta i bruk korte intervensjoner (brief intervention), samtaler 1–4 ganger, eventuelt motiverende intervju (MI=motivational interview) eller psykoterapi for rusproblemer (4–8 ganger), som har vist seg å ha god effekt på storforbrukere og risikoforbrukere av alkohol (IRIS, 2007:17–22).

Forskning viser at pasientens benekting og lav motivasjon for endring er den største barrieren mot å intervenere/behandle risikofylt alkoholbruk og avhengighet. Forskning viser at oppfølgingen etter identifisert problembruk er for dårlig både korttids-

---

27. Familievernkontorene i Norge ligger under Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, [www.bufetat.no](http://www.bufetat.no)

rådgivning (brief interventions) og viderehenvisning til spesialisert behandling (IRIS, 2007:25) selv om metodene som benyttes har dokumentert effekt.

Pasientrettighetene gjelder alle, også alle voksne med rusproblemer. Kapittel 2 § 2–1: Rett til nødvendig helsehjelp og fastsetting av individuell frist,

§ 2–2: Rett til vurdering,

§ 2–4: Rett til valg av sykehus m.m.

§ 2–5. Rett til individuell plan er spesielt viktige og skisseres her:

### **§ 2–1. Rett til nødvendig helsehjelp**

Pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp. Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når faglig forsvarlighet krever at en pasient som har en slik rettighet, senest skal få nødvendig helsehjelp.

Helsetjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett.

### **§ 2–2. Rett til vurdering**

Pasient som henvises til sykehus, spesialistpoliklinikk eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, som omfattes av § 2–4, har rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt. Det skal vurderes om det er nødvendig med helsehjelp, og gis informasjon om når behandlingen forventes å bli gitt. De regionale helseforetakene kan bestemme hvilke institusjoner som skal fastsette tidsfrist for å yte helsehjelp som nevnt i § 2–1 annet ledd når pasienten er henvist til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk.

### **§ 2–4. Rett til valg av sykehus m.m.**

Pasienten har rett til å velge på hvilket sykehus, distriktpspsykiatrisk senter eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, eller behandlingssted i en slik institusjon,

behandlingen skal foretas. Det er en forutsetning at institusjonen eies av et regionalt helseforetak eller har avtale med et regionalt helseforetak som gir pasienten en slik valgrett. Pasienten kan ikke velge behandlingsnivå.

### **§ 2–5. Rett til individuell plan**

Pasient som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

Voksne med rusproblemer kan også få oppfølging ved ruspoliklinikkene, RUPO og hvis den enkelte sliter med sin psykiske helse, kan det henvises til DPS-tjenestene.

## **3.6 Eldre (65+)**

Når det gjelder oppfølging av eldre, kan samme framgangsmåte benyttes som for voksne selv om bilde ser noe annerledes ut. Hjemmetjenesten og fastlege er spesielt viktige instanser når det gjelder tidlig identifisering og tidlig intervensjon.





## 4 Hvordan få til dette i praksis?



Tidlig intervensjon er avhengig av en klar forståelse av eget ansvar, tilstrekkelig kunnskap til å kunne identifisere rusrelaterte problemer, ferdigheter i å ta opp en bekymring med den/de det gjelder og kjennskap til relevante samarbeidspartnere og kompetansemiljøer. Målgruppene som denne veilederen henvender seg til, har ulik kompetanse og kunnskap på dette feltet. Vi anbefaler følgende aktiviteter på din arbeidsplass for å bevisstgjøre og øke egen kompetanse og kunnskap, og for å utvikle egne ferdigheter der det er nødvendig. Det er spesielt viktig at ledelsen prioriterer dette og legger til rette for kompetanseheving og utvikling av ferdigheter innen tidlig identifisering/ intervensjon.

Det er ønskelig at bevisstgjøring og økt kompetanse kan føre til mer bruk av tidlig intervensjon, og at det integreres i tjenestene. Ved innføring av ulike tidlig identifiserings-/ intervensjonssystemer i primærhelsetjenesten viser det seg at en får vellykkede gjennomføringer der hvor det er lagt stor vekt på å tilpasse arbeidet til de eksisterende rutiner og oppgaver i det aktuelle helsesystemet (tjenesten) (IRIS, 2007).

## 4.1 Diskusjon på arbeidsplassen

For å videreutvikle ferdigheter når det gjelder tidlig identifisering og intervensjon på din arbeidsplass anbefales for det første at dere diskuterer dette internt.

Bli bevisst på egen kunnskap om å identifisere og intervenere.

- Har dere nok kunnskaper/kompetanse?  
Kartlegg tjenestens kompetanse på tidlig intervensjon.

Klargjør egen forståelse av hvilket mandat dere har når det gjelder tidlig intervensjon på rusområdet.

- Hvilke risikogrupper møter dere?
- Hvilket ansvar har din arbeidsplass på dette området?

## 4.2 Skaff oversikt over ressurser

Dernest kan det være nyttig å skaffe seg konkret oversikt over hvem dere kan kontakte i lokalmiljøet.

Få oversikt over ressurser internt i virksomheten, lokalmiljøet eller regionen.

- Hvem kan kontaktes lokalt?  
Se kapittel 5.3 Lokal kontaktinformasjon.
- Hvordan komme i kontakt? Hva er telefonnummeret, og hvem skal en helst snakke med?

## 4.3 Trening på handling

Skal en utvikle ferdigheter i å ta bekymringen opp med den/de det gjelder, eller i å henvise til barnevern eller andre, kan praktisk trening (for eksempel gjennom rollespill eller reflekterende team) være en god tilnærming.

- Tren på den nødvendige samtalen
- Tren på å formulere bekymring.
- Tren på å henvende deg til andre hjelpeinstanser. Hva skal en si?  
Hvordan skal en formulere gode henvisninger?

## 4.4

### Hjelp til å utarbeide gode rutiner og arbeidsmåter

Flere eksterne instanser kan bistå med råd og veiledning om hvordan dere kan trene opp ferdigheter internt på din arbeidsplass. Kompetansesentrene på rusområdet har et spesielt ansvar.

#### **Kompetansesenter rus – region Sør**

tidligere kompetansesenteret ved Borgestadklinikken  
tlf 35 90 47 00

Nasjonalt spisskompetanseområde: Gravide rusmiddelmissbrukere og familier med små barn. [www.borgestadklinikken.no](http://www.borgestadklinikken.no)

#### **Kompetansesenter rus – region vest Bergen**

tidligere kompetansesenteret ved Bergensklinikkene, tlf 55 90 86 00

Nasjonalt spisskompetanseområde: Kvinner og rus /

Foreldrerollen i rusforebyggende arbeid

[www.bergensklinikkene.no](http://www.bergensklinikkene.no)

#### **Kompetansesenter rus – region vest Stavanger**

tidligere kompetansesentret ved Rogaland A-senter, tlf 51 72 90 00

Nasjonalt spisskompetanseområde: Arbeidsliv og rus /

Rusproblemer i familier med barn, [www.rogaland-asenter.no](http://www.rogaland-asenter.no)

#### **Kompetansesenter rus – region Øst**

tidligere Østnorsk kompetansesenter, tlf 62 58 15 68

Nasjonalt spisskompetanseområde: Rus og psykisk lidelse /

Avhengighetsproblemer knyttet til pengespill og problematisk

spillatferd. [www.rus-ost.no](http://www.rus-ost.no)

#### **Kompetansesenter rus – Oslo**

tidligere Rusmideletatens kompetansesenter, Oslo, tlf 02180

Nasjonalt spisskompetanseområde: Etniske minoriteter og rus /

Oppsøkende sosialt arbeid blant ungdom

[www.rusmideletaten.oslo.kommune.no/kompetansesenteret](http://www.rusmideletaten.oslo.kommune.no/kompetansesenteret)

#### **Kompetansesenter rus – region Nord-Norge**

tidligere Nordnorsk Kompetansesenter – Rus, tlf 76 96 65 00

Nasjonalt spisskompetanseområde: Rusforebyggende arbeid med skolen som basisarena

[www.nnk-rus.no](http://www.nnk-rus.no)

### **Kompetansesenter rus – region Midt-Norge**

tidligere Midt-Norsk Kompetansesenter for rusfaget

Telefon: 73 53 80 40

Nasjonalt spisskompetanseområde: Yngre rusmisbrukere

[www.mnk-rus.no](http://www.mnk-rus.no)

### **Nasjonalt kompetansenettverk**

#### **for sped- og småbarns psykiske helse, RBUP**

Øst og Sør, [www.r-bup.no](http://www.r-bup.no)

Regionsentrene for barn og unges psykiske helse (R BUP) har som overordnet målsetting å øke kompetansen om barn og unges psykiske helse, og psykiske lidelser og øke tilgangen på kvalifisert personell slik at det bedrer den geografiske fordelingen av tilbud til barn og unge.

R BUPs ansvarsområde er i tillegg til å omfatte spesialisthelsetjenesten også rettet mot forskning om forebygging og utdanning og veiledning av kommunal virksomhet. De fire regionsentrene er knyttet til de fem helseregionene.

### **Regionsenter for barn og unges psykiske helse, region Nord**

Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet

9037 Tromsø

Telefon: 77 64 58 50

Faks: 77 64 58 60

E-post: [post.rbup@uit.no](mailto:post.rbup@uit.no)

### **Regionsenter for barn og unges psykiske helse, region Midt-Norge**

Medisinsk teknisk forskningssenter (MTFS)

7489 Trondheim

Telefon: +47 73 55 15 00 / 73 55 15 01

Faks: +47 73 55 15 39

E-post: [rbup@medisin.ntnu.no](mailto:rbup@medisin.ntnu.no)

### **Regionsenter for barn og unges psykiske helse, region Vest**

Postboks 7800, 5020 Bergen

Telefon: 55 58 86 70

E-post: [post@rbup.uib.no](mailto:post@rbup.uib.no)

**Regionsenter for barn og unges psykiske helse  
region Øst og Sør**

Postboks 4623 Nydalen, 0405 Oslo

Telefon: sentralbord: 22 58 60 00,

Telefaks 22 58 60 01

E-post: mail@r-bup.no

**Nasjonalt kompetansenettverk for forebygging av problemer  
hos barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre**

Sørlandet Sykehus

[www.sshf.no/barnsbeste](http://www.sshf.no/barnsbeste)

**Bufetat region nord**

Betongveien 2,9508 Alta

Telefon: 40 00 36 20

E-post: region.nord@bufetat.no

**Bufetat region Midt-Norge**

Nordre gt. 12, 2 etg.7495 Trondheim

Telefon: 46 61 75 00

E-post: region.midt@bufetat.no

**Bufetat region vest**

Postboks 6200 5893 Bergen

Telefon: 46 61 93 00

E-post: region.vest@bufetat.no

**Bufetat region øst**

Postboks 7024 St.Olavsplass

0130 Oslo

Telefon: 46 61 60 00

E-post: region.ost@bufetat.no

**Bufetat region sør**

Postboks 8113 Dep

0032 Oslo

Telefon: 46 61 50 00

E-post: post@bufdir.no



# 5 Vedlegg



## 5.1 Anvendt litteratur

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

Bjørnar Bergengen og Yvonne Larsen (2008) *Innvandrerungdoms bruk av rusmidler*. Oppdrag fra Helsedirektoratet til Rusmiddel-etatens kompetansesenter.

Det kongelige helse- og omsorgsdepartement (2007): Opp-trappingsplan for rusfeltet. I St.prp.nr.1 (2007–2008), s. 269–303.

Erdal, B. (red.), B.Andersson, E.K.U.Berg, A.Klyve, H.Pedersen, G.Strømfors, T.Sørhaug, L.R.Vollebæk (2006): *Ute/Inne. Opp-søkende sosialt arbeid med ungdom*. Gyldendal Akademisk, Oslo.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2003): *Selective prevention: First overview on the European situation*. Lisboa, EMCDDA.

Fauske, S (2003): «Rusmiddelproblematikk i arbeidslivet. Bedriftshelsetjenestens roller.» I Moen, B. E. (2003). Del 3 Håndbok for bedriftshelsetjenesten. Arbeidsmiljøfaktorer som påvirker hele mennesket. Arbeidsmiljøforlaget, Oslo.

Gråwe, R.W., og T.Ruud (2006): *Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne*. SINTEF Helse. Rapport.

Helland, H. og Øia T. (2005): Forebyggende ungdomsarbeid.

Fagbokforlaget. Johannessen, V. og Mounteney, J. (2005): *Risiko for rusrelatert problematikk*. Arbeidsnotat. Stiftelsen Bergensklinikkene.

Johannesen, Vibeke, (2009): «På tross av det umulige». Rusfag nr. 1 2009

Klyve, Arne (2009): «Kjønnssensitiv forebygging». Rusfag nr.1 2009

Kvalem og Wichstrøm (2007): *Ung i Norge. Psykososiale utfordringer*. Cappelen Akademisk Forlag, Oslo

Kvello, Øvind (2006) Risiko og beskyttelse ved ungdoms rusmiddelmisbruk i Rus og avhengighet nr 4 2006.

Moseng, B. U (2005), *Skeive dager 2003. En rusundersøkelse*. NOVA-rapport 3/05

Nesvåg, S. og T. Lie (2004). «Rusmiddelbruk blant ansatte i norsk privat næringsliv.» Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift. 2/04.

Pedersen, W. (2006): *Bittersøtt. Ungdom/sosialisering/rusmidler*. 2.utgave. Universitetsforlaget, Oslo.

Rundskriv Q-16/2007: *Forebyggende innsats for barn og unge*.

Rundskriv IS-5/2006: *Oppfølging av barn til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre*

SHdir (2007): *Tidlig intervensjon på rusområdet. Sentrale perspektiver – aktuelle målgrupper og arenaer*. IS-1455. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo.

Skretting i Schancke, V. (red.) (2004): *300 aktuelle spørsmål og svar om rusforebyggende arbeid*. Kristoffersens Trykkeri AS, Narvik.

Solbakken, Bjørn H og Grethe Lauritzen, Rapport nr. 1/ 2006, SIRUS, Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer.

Tangen, B. (2007): *Handlingsveiledning – Barn i rusfamilier – tidlig intervensjon*, Borgestadklinikken, Skien

Vedøy, Tord Finne og Skretting, Astrid, Rapport nr. 4/2009, SIRUS, *Bruk av alkohol blant kvinner*.



## 5.2 Videre lesing

Alkoholkommittén (2004): *Förebygg alkoholskador. Innsatser för riskgrupper*. Web: [www.alkoholkommitten.se](http://www.alkoholkommitten.se)

Duckert, Fanny, Lossius, Kari, Ravndal, Edle & Sandvik, Bente (2008): *Kvinner og alkohol*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hansen, F. (red.) (1994): *Barn som lever med foreldres rusmisbruk*. Ad Notam Gyldendal, Oslo.

National Institute on Drug Abuse (NIDA 2003): *Preventing Drug Use among Children and Adolescents. A Research Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders*. U.S.Department of health and human services. USA.

National Institute on Drug Abuse (NIDA 2005): *Adolescent Drug Abuse: Clinical Assessment and Therapeutic Interventions*. U.S.Department of health and human services. USA.

Nesvåg, S., A.Backer-Grøndahl, F.Duckert, Ø.Enger, G.Huseby og P.Kraft (2007): Tidlig intervensjon på rusfeltet – en kunnskapsoppsummering. Rapport IRIS – 2007/021.

Nordahl, T., Ø.Gravrok, H.Knudsmoen, T.M.B. Larsen, K.Rørnes (2006): *Forebyggende innsatser i skolen. Rapport fra forskergrupper oppnevnt av Utdanningsdirektoratet og Sosial- og helsedirektoratet om problematferd, rusforebyggende arbeid, læreren som leder og implementeringsstrategier*. Utdanningsdirektoratet.

Opptrappingsplanen for rusfeltet (2010)  
[www.regjeringen.no/Upload/HOD/Dokumenter%20FHA/Opptr.plan.pdf](http://www.regjeringen.no/Upload/HOD/Dokumenter%20FHA/Opptr.plan.pdf)

Shdir (2005): «...og bedre skal det bli!» Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Veileder IS-1162.

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

SHdir (2006): «Oppfølging av barn til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre». IS-5/2006.

**Videre lesing om barn og unge**

Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene.  
Veileder IS-1405. Shdir 2007.

Utvikling av sosial kompetanse. Veileder for skolen. Udir 2007

Ferrer-Wreder, L., H.Stattin, C.C.Lorente, J.G.Tubman, L.Adamson (2005): *Framgångsrika preventionsprogram för barn och unga. En forskningsöversikt*. GOTHIA, Stockholm.

Tolan, P., J.Szapocznik, S.Sambrano (2007): Preventing youth substance abuse: science-based programs for children and adolescents. Washington, D.C.: American Psychological Association.

**Videre lesing om ungdom**

Kafetzopoulos, Evangelos (2006): «Risk and protective factors in adolescent and youth drug use», i *Young People and Drugs. Care and Treatment*. Council of Europe 2006.

Ferrer-Wreder, L., H.Stattin, C.C.Lorente, J.G.Tubman, L.Adamson (2005): *Framgångsrika preventionsprogram för barn och unga. En forskningsöversikt*. GOTHIA, Stockholm.

Tolan, P., J.Szapocznik, S.Sambrano (2007): Preventing youth substance abuse: science-based programs for children and adolescents. Washington, D.C.: American Psychological Association.

**Videre lesing om voksne**

Duckert, F. (2003). *Alkohol og livsstil – Strategier for moderasjon*. Oslo: Seriti Forlag.

Daley, D.C, G.Marlatt (2007): *Overvinn ditt alkohol- eller rusproblem: effektive løsningsstrategier*. Gyldendal Akademisk, Oslo.

### 5.3 Lokal kontaktinformasjon

Barnevernstjenesten

---

Helsestasjon

---

(Helsestasjon for ungdom)

---

Barnehage(r)

---

Skolefritidsordning, SFO

---

Barneskolen

---

Skolehelsetjenesten

---

Ungdomsskolen

---

Videregående skole

---

Pedagogisk-psykologisk tjeneste

---

Oppfølgingstjenesten i Fylkeskommunen

---

Sosialtjenesten/NAV

---

Legekontoret

---

Utekontakten/Oppsøkende team

---

SLT-koordinator

---

Politistasjon/ forebyggende enhet

---

Andre

---

---

---

## 5.4 Nettsteder og telefoner

### **[www.helsedir.no/rusmidler](http://www.helsedir.no/rusmidler)**

Her finner du aktuelle veiledere som ikke er tipset om i fotnote:

### **Fakta om alkohol**

[www.helsedirektoratet.no/rusmidler/fakta\\_om\\_alkohol/](http://www.helsedirektoratet.no/rusmidler/fakta_om_alkohol/)

### **Fakta om narkotika**

[www.helsedirektoratet.no/rusmidler/fakta\\_om\\_narkotika/](http://www.helsedirektoratet.no/rusmidler/fakta_om_narkotika/)

### **Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene** [IS-1405]

[www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/psykisk\\_helsearbeid\\_for\\_barn\\_og\\_unge\\_i\\_kommunene\\_58112](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/psykisk_helsearbeid_for_barn_og_unge_i_kommunene_58112)

### **Psykisk helsevern for barn og unge – veileder for poliklinikker** [IS-1570]

[www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/psykisk\\_helsevern\\_for\\_barn\\_og\\_unge\\_\\_veileder\\_for\\_poliklinikker\\_242924](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/psykisk_helsevern_for_barn_og_unge__veileder_for_poliklinikker_242924)

### **Psykisk helsevern for voksne**

Disktriktspsykiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen [IS-1338]

[www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00011/IS-1338\\_11512a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00011/IS-1338_11512a.pdf)

### **[www.helsebiblioteket.no](http://www.helsebiblioteket.no)**

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Helsedirektoratet har i samarbeid med helsebiblioteket utviklet en nettside med en oversikt over utvalgte standardiserte screening, kartlegging og utredningsverktøy og til bruk i arbeid med gravide, foreldre, barn og unge i risiko, inkludert barn av foreldre med psykiske lidelser og/eller rusproblemer. På denne nettsiden vil du finne beskrivelse av verktøyet, og dets formål, hvilken målgruppe det gjelder, antall spørsmål og nødvendig tidsbruk. Det vil stå om det trengs opplæring, kurs og sertifisering. Oversikten gir deg svar på hvor tilgjengelig verktøyet er og dets kilde.

[www.helsebiblioteket.no/microsite/Kartleggingsverktøy](http://www.helsebiblioteket.no/microsite/Kartleggingsverktøy)

**[www.fhi.no](http://www.fhi.no)** (Folkehelseinstituttet med fakta om rusmidler)

**RUStelesfon: 08588**

RUStelesfonen er en råd-, veiledning- og informasjonstjeneste om rusmiddelproblematikk.

Profesjonelle veiledere gir råd og kvalitetssikret informasjon om rusmidler, rusbruk og rett hjelpetiltak i din landsdel.

Åpen mandag til søndag fra klokken 11.00 til 19.00.

Du som ringer inn er anonym!

SMS-tjeneste.

**Dopingtelesfonen: 800 50 200**

Dopingtelesfonen er en gratis og anonym informasjonstjeneste for alle som har spørsmål om doping. Åpningstider: Telefonsjenesen

Mandag–fredag 0900–1500

[www.dopingtelesfonen.no](http://www.dopingtelesfonen.no)

Tips som kan gis til foreldre kan du finne på denne nettsiden:

**[www.settegrenser.no](http://www.settegrenser.no)**

På **[www.kommunetorget.no](http://www.kommunetorget.no)** finner du veiledning om planlegging og utforming av ruspolitisk handlingsplan. Mange praksiseksempel gis og du finner nyttige veiledere på nettsiden.

**«Klara Klok»**

Spørresiden «Klara Klok» har ungdom og unge voksne i aldersgruppen 10–30 som hovedmålgruppe. Hensikten med tjenesen er å gi god informasjon og veiledning om temaene helse, forhold og familie, rusmidler og seksualitet uavhengig av kjønn, alder, bosted, etnisk tilhørighet og funksjonsnivå. [www.klaraklok.no](http://www.klaraklok.no)

På de neste sidene finner du et forslag til hvordan en Bekymringsmelding til barneverntjenesen etter lov om barneverntjeneser §6–4 kan se ut og en veiledning om hvilket innhold den bør ha. Dette er tatt ut av Kompetansesenter rus – region sør sin handlingsveileder fra prosjektet «barn i rusfamilier».

## 5.5 Melding til barnevernet

Alle som bekymrer seg for et barns utvikling eller omsorg kan ta kontakt med barnevernstjenesten om dette. Privatpersoner kan melde en bekymring anonymt, men dersom saken kommer opp for Fylkesnemda kan de stevnes inn som vitner.

En rekke tilsatte i det offentlige og private har opplysningsplikt overfor barnevernet. Disse ansatte kan ikke melde fra anonymt. Plikten til å melde faller heller ikke bort selv om vedkommende på egenhånd forsøker å avhjelpe situasjonen. Når vilkårene for opplysningsplikten er oppfylt, skal opplysningene gis videre til barneverntjenesten umiddelbart.

En nyttig veileder om dette temaet ble gitt ut av Barne- og likestillingsdepartementet i 2006. Brosjyre Q-1094B. Den kan du laste ned som en pdf-fil her:

[www.regjeringen.no/upload/kilde/bld/bro/2006/0003/ddd/pdfv/270272-web\\_opplysn.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/bld/bro/2006/0003/ddd/pdfv/270272-web_opplysn.pdf)

I tillegg er rutinehåndbok for barneverntjenesten i kommunen, Q-1101B, både utfyllende og nyttig:

[www.regjeringen.no/upload/kilde/bld/bro/2006/0007/ddd/pdfv/284439-q-1101.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/bld/bro/2006/0007/ddd/pdfv/284439-q-1101.pdf)

### **Hvordan kan en bekymringsmelding til barnevernet se ut?**

(se vedlegg side 80)

Jo bedre begrunnet med fakta og dokumentasjon en melding er, jo mer sannsynlig er det at barnevernet vil gå inn i saken. Vi kommer derfor med tips til innhold på neste side<sup>28</sup>. Det finnes også helt enkle skjemaer som enkelte kommuner bruker. Disse passer nok best for private meldere.

---

28. Innholdet er tatt ut fra handlingsveilederen som ble utviklet av kompetansesenter rus-region sør, Borgestadklinikken under prosjektet «Barn i rusfamilier».

**Veiledning vedrørende bekymringsmelding til barnevernet  
– utfyllende melding**

- Start med barnets personalia. Fullt navn, fødselsdata, adresse, begge foreldres adresse og øvrige kontaktopplysninger.
- Innholdet i meldingen må være beskrevet objektivt med datoer og beskrevne episoder/observasjoner. Overskrifts-7stikkordsform kan brukes. Det skal ikke være tolkninger eller vurderinger.
- Det skal fremgå av meldingen om det er snakk om observasjoner over lengre tid, eller om det er en enkelt hendelse som er bakgrunn for meldingen. Hvis det er en enkelt episode, beskriv så nøyaktig som mulig hva som skjedde.
- Det skal fremgå av meldingen hva barnehagen/skolen selv har gjort for å hjelpe eller hvorfor man ikke gjort noe – for eksempel hvis det handler om en kriminell handling, er det politiet som skal handle, ikke de ansatte i barnehage/skole. Skriv også hvis andre faggrupper har vært involvert.
- Det skal fremgå av meldingen om foreldrene er kjent med innholdet og om de vet at den er sendt. Det skal fremgå hvilke punkter dere og foreldrene eventuelt er uenige om.
- Hvis foreldrene ikke er informert om meldingen, bør dere begrunne dette.
- Hvis skjemaet er for lite bruker dere vedlegg. Det kan også være lurt å føye til en setning som går på at dere «kan kontaktes for utfyllende informasjon».
- Hvis barnets situasjon etter rimelig tid ikke bedres, må personal-et vurdere å sende en ny bekymringsmelding. Tilsvarende bør en ny melding sendes dersom det er nye forhold eller nye episoder som inntreffer som er av negativ betydning for barnet.

## Bekymringsmelding til Barneverntjenesten

etter lov om barneverntjenester § 6–4

Barnets/barnas navn:
Fødselsnummer:
Adresse:
Mors navn:
Telefon:
Fars navn:
Telefon:
Barnet/barna bor hos:

**Årsak til bekymring** (Beskriv/konkretiser)  
(Benytt evt. eget ark for utfyllende opplysninger)

**Kontakt med familien**  
(form, tidspunkt, varighet, tilknytning)

**Opplysninger om evt. tidligere tiltak:**

Offentlig melder:

Privat melder:

Anonym melder:

Foresatte/barn over 15 år er kjent med at meldingen er sendt: Ja  Nei

Det forutsettes at offentlig melder informerer foresatte om meldingen på forhånd

Melders underskrift:
Adresse:
Telefon:

Mottatt dato:	Underskrift barneverntjenesten:
---------------	---------------------------------



## 5.7 Taushetsplikt og opplysningsrett/plikt

Utøvere i kommunen vil være omfattet av taushetsplikt, men etter dels ulike lovbestemmelser. Taushetsplikten skal hindre at opplysninger om noens personlige forhold blir kjent for uvedkommende, og innebærer dermed et forbud mot å videreformidle slike opplysninger til andre instanser og tjenester. Hensynet til vedkommendes personvern og integritet er sentralt, samt tillit til den aktuelle tjeneste. Det er to hovedsett av regler om taushetsplikt; den forvaltningsmessige taushetsplikt og den profesjonsbestemte taushetsplikt. Den forvaltningsmessige taushetsplikten er generell og gjelder i utgangspunktet for alle som arbeider i offentlig forvaltning og følger av forvaltningsloven. I tillegg finnes det særlige bestemmelser om taushetsplikt i lover som regulerer virksomheten innen de forskjellige områdene og knytter seg til arbeidssted/oppgaver (bl.a. kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og barnevernsloven). Den profesjonsbaserte taushetsplikten er en spesiell taushetsplikt for visse yrkesutøvere og følger av bestemmelser i særlover. Særlig aktuell er helsepersonelloven som regulerer helsepersonells taushetsplikt.

For å sikre et helhetlig og koordinert tilbud vil det ofte være behov for et samarbeid mellom ulike tjenester, herunder behov for å utveksle opplysninger. For å kunne utveksle opplysninger som er omfattet av taushetsplikten må det foreligge et grunnlag – unntak fra taushetsplikten – som gir adgang til å videreformidle ellers taushetsbelagte opplysninger. Mest praktisk vil det være at det være at det gis samtykke til at opplysninger gis. Ifølge helselovgivningen har foreldrene eller andre med foreldreansvaret rett til å samtykke til å gi informasjon for barn under 16 år. Etter direktoratets vurdering er det i forhold til samtykke viktig å

- Gi god informasjon til barn, ungdom og foreldre om behov for å dele informasjon mellom berørte instanser/tjenester, herunder forklare hvorfor det er viktig og hva det innebærer
- Klargjøre hva det gis samtykke til, hvilke opplysninger det handler om og hvem opplysningene skal deles med
- Understreke at et samtykke ikke fungerer som en blankofullmakt for hjelpeapparatet til å dele alle slags opplysninger med alle og enhver

Det kan være hensiktsmessig at det innhentes et skriftlig samtykke. Dette kan gjøre det lettere og mer oversiktlig for både tjenestene

og den som skal samtykke. Videre vil det i enkelte situasjoner kunne foreligge et lovgrunnlag som enten gir tjenestene en rett eller en plikt til å gi opplysninger. Det må i slike tilfeller foretas en konkret vurdering i det enkelte tilfellet i forhold til aktuelt regelverk.

Sentral i denne sammenheng er opplysningsplikten til barnevernet. Barnevernets hovedoppgave er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling får nødvendig hjelp og omsorg i rett tid. For at barnevernet skal kunne ivareta denne oppgaven overfor barn og unge i alvorlige omsorgs- og livssituasjoner, er barnevernet avhengig av at andre som kjenner barnets situasjon melder fra til den kommunale barnevernstjenesten.

Opplysningsplikten gjelder for alle offentlige myndigheter, samt for en rekke yrkesutøvere med profesjonsbestemt taushetsplikt, som for eksempel leger, psykologer og sykepleiere (helsepersonelloven). Opplysningsplikten gjelder når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller utsatt for andre former for alvorlig omsorgssvikt, eller når et barn har vist vedvarende alvorlige atferdsvansker. Opplysningsplikten til barnevernet reguleres i barnevernloven § 6–4, jfr. tilsvarende bestemmelser i andre lover, for eksempel helsepersonelloven § 33, sosialtjenesteloven § 8–8a, opplæringsloven § 15–3 og barnehageloven § 22.

For en nærmere omtale av unntak fra helsepersonells taushetsplikt og bestemmelser som gir en rett og plikt for helsepersonell til å utlevere opplysninger til barneverntjenesten, sosialtjenesten og politiet, vises det til direktoratets rundskriv IS-17/2006. Aktuelle lovbestemmelser i forhold til taushetsplikt og opplysningsrett/plikt er:

Helsepersonelloven kap 5 og 6

Kommunehelsetjenesteloven §§ 6–6, 6–6a

Sosialtjenesteloven §§ 8–8, 8–8a

Barnevernloven §§ 6–7, 6–4

Barnehageloven §§ 20, 21 og 22

Opplæringsloven §§ 15–1, 15–3, 15–4

Politoloven §24 første ledd jf. Straffeprosessloven §61a – 61 e, Forvaltningsloven §§ 13–13f, og politiloven §24 andre ledd.

Forvaltningsloven §§ 13–13f<sup>27</sup>

27. Avsnittet er hentet fra veileder IS-1405 Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene, utgitt av Sosial- og helsedirektoratet

## 5.8 Norsk versjon av AUDIT – Alcohol Use Disorder Identification Test

Screeningverktøyet AUDIT kan være et effektivt hjelpemiddel sammen med en motiverende samtale til å bidra til å redusere alkoholproblemer blant voksne. Audit kan hjelpe til med å identifisere hvem som trenger mer informasjon og støtte, og hvem som trenger oppfølging på grunn av drikking som kan være risiko for egen helse.

Det vil bli gitt tilbud om opplæring til relevante brukere av verktøyet i løpet av 2010. Opplæringen vil bestå i hvordan bruke instrumentet og hvordan samtale med, og følge opp personer som får høy skåre. Ta kontakt med ditt nærmeste regionale kompetansesenter – rus for mer informasjon eller finn mer informasjon på denne nettsiden:

[www.helsebiblioteket.no/microsite/Kartleggingsverktøy/Screening+av+voksne/Rus/AUDIT](http://www.helsebiblioteket.no/microsite/Kartleggingsverktøy/Screening+av+voksne/Rus/AUDIT)

1. Hvor ofte drikker du alkohol?

- 0  Aldri
- 1  Månedlig eller sjeldnere
- 2  To til fire ganger i måneden
- 3  To til tre ganger i uken
- 4  Fire ganger i uken eller mer

2. Hvor mange alkoholenheter (en drink, et glass vin eller 1 liten flaske pilsnerøl) tar du på en «typisk» drikkedag?

- 0  1–2
- 1  3–4
- 2  5–6
- 3  7–9
- 4  10 eller flere

3. Hvor ofte drikker du seks alkoholenheter eller mer?

- 0  Aldri
- 1  Sjelden
- 2  Noen ganger i måneden
- 3  Noen ganger i uken
- 4  Nesten daglig

4. Hvor ofte i løpet av siste året var du ikke i stand til å stoppe å drikke etter at du hadde begynt?

- 0  Aldri
- 1  Sjelden
- 2  Noen ganger i måneden
- 3  Noen ganger i uken
- 4  Nesten daglig

5. Hvor ofte i løpet av siste året unnlot du å gjøre ting du skulle ha gjort pga. drikking?

- 0  Aldri
- 1  Sjelden
- 2  Noen ganger i måneden
- 3  Noen ganger i uken
- 4  Nesten daglig

6. Hvor ofte starter du dagen din med alkohol?

- 0  Aldri
- 1  Sjelden
- 2  Noen ganger i måneden
- 3  Noen ganger i uken
- 4  Nesten daglig

7. Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt skyldfølelse pga. drikking?

- 0  Aldri
- 1  Sjelden
- 2  Noen ganger i måneden
- 3  Noen ganger i uken
- 4  Nesten daglig

8. Hvor ofte i løpet av det siste året har det vært umulig å huske hva som hendte kvelden før pga drikking?

- 0  Aldri
- 1  Sjelden
- 2  Noen ganger i måneden
- 3  Noen ganger i uken
- 4  Nesten daglig

9. Har du eller andre blitt skadet som følge av at du har drukket?

0  Nei

2  Ja, men ikke i løpet av siste år

4  Ja, i løpet av siste år

10. Har en slektning, venn eller lege bekymret seg over drikkingen din, eller antydnet at du bør redusere?

0  Nei

2  Ja, men ikke i løpet av siste år

4  Ja, i løpet av siste år

### **Total skår AUDIT**

Ved verdi  $\geq 8$  er det grunn til å vurdere tiltak for redusert alkoholforbruk.

Dersom du skal gjøre gjentatte beregninger på nett, kan du enkelt nullstille skjemaet ved å trykke F5.

### **Referanser**

Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. World Health Organization, 2001.

## 5.9

## Spørsmål om bruk av alkohol hos gravide

**Veiledning for kartlegging med TWEAK**

Skjemaet bør fylles ut på venterommet før konsultasjonen og taes med inn.

Screening er et hjelpemiddel for å identifisere hvem som trenger mer informasjon og støtte, og hvem som trenger oppfølging eller henvisning på grunn av drikking som innebærer risiko for barnet. Spørsmålene har vist seg å være et godt grunnlag for samtale og informasjon om alkoholbruk i graviditet. De indirekte spørsmålene (TWEAK) gir mindre underrapportering enn de direkte spørsmålene.

Helsemyndighetene anbefaler totalavhold gjennom hele svangerskapet (jf. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen), og endringer i drikkemønstret allerede ved planlegging av graviditet.

Screening-verktøyet baserer seg på det internasjonale screeningverktøyet TWEAK med fem spørsmål. Spørsmålene kan også brukes overfor ikke-gravide.

Skjemaet er komplett med tre tilleggsspørsmål spørsmål om alkoholbruk, som er modifisert for gravide fra AUDIT-C. Det er to kolonner «Siste år før du ble gravid» og «Etter at du ble gravid». Kolonnene fylles ut og skåres atskilt.

Den gravide kvinnen fyller ut av kartleggingsskjemaet alene i løpet av tre–fire minutter. Besvarelsen skåres, og jordmor / lege gir den gravide en umiddelbar tilbakemelding. Samtalens innhold relateres til kartleggingens resultat.

TWEAK er oversatt av dr. med Astrid Alvik og dr. psychol Torill Ueland etter tillatelse fra Marcia Russell.

Det vil bli gitt tilbud til helsepersonell om opplæring i TWEAK i 2010 og framover. Opplæringen vil bestå i hvordan bruke instrumentet og hvordan samtale med og følge opp personer

med alkoholbruk. Ta kontakt med ditt nærmeste regionale kompetansesenter – rus for mer informasjon eller finn mer informasjon på denne nettsiden:

**[www.helsebiblioteket.no/microsite/Kartleggingsverkt%C3%B8y/Screening+av+voksne/Rus/TWEAK](http://www.helsebiblioteket.no/microsite/Kartleggingsverkt%C3%B8y/Screening+av+voksne/Rus/TWEAK)**

Bestilling av skjemaer og skåringssjablonger:  
trykksak@helsedir.no

### **Kilder**

Chang G, Wilkins-Haug L, Berman S, Goetz MA. The Tweak: Application in a prenatal setting. *J Stud Alcohol.* 1999; 60:306-309  
Dawson DA et al.. Effectiveness of the derived alcohol use disorder identification test (AUDIT-C)... *Alc. Clin. Exp. Res.* 2005;29:844-54  
Russell, M. (1994). New assessment tools for drinking in pregnancy: T-ACE, TWEAK, and others. *Alcohol Health and Research World*, 18(1): 55-61.  
Sokol RJ: Additional screening tools for clinicians 2006

## Spørsmål om bruk av alkohol hos gravide – skåringskjema

### TWEAK

Hvor mange glass alkohol (alkoholenheter)* kan du drikke før du begynner å merke de første effektene av det?	Mer enn 2 gir 2 poeng	<input type="checkbox"/>
Har nære venner eller slektninger bekymret seg eller klaget på alkoholbruken din i løpet av det siste året?	Poeng <input type="checkbox"/> 2	Poeng <input type="checkbox"/> 0
Tar du noen ganger et glass alkohol om morgenen når du står opp?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Har det hendt, etter at du har drukket alkohol, at en venn eller et familiemedlem har fortalt deg om ting du har sagt eller gjort som du ikke kunne huske?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Føler du noen ganger behov for å redusere alkoholforbruket ditt?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

**2 poeng eller mer: Mulig risikabel alkoholbruk**

**Sum**

### Omtrent hvor ofte har du drukket alkohol?

	Siste år før du ble gravid	Etter du ble gravid
4 ganger i uken eller oftere	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
2-3 ganger i uken	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
2-4 ganger i måned	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Månedlig eller sjeldnere	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Aldri	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

### Hvor mange glass (alkoholenheter) drakk / drikker du en typisk dag når du drikker alkohol?

10 eller flere	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7-9	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5-6	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3-4	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
1-2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Færre enn 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Drikker ingenting	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

### Omtrent hvor ofte har du drukket 4 glass (alkoholenheter) eller mer på en dag?

Daglig eller nesten hver dag	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
En gang i uken	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
En gang i måneden	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Sjeldnere enn månedlig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Aldri	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

**Før graviditet: Risikodrikkning hvis 4 poeng eller mer  
I graviditet: Totalavhold anbefales (= 0 poeng)**

**Sum  
Før graviditet**

**Sum  
I graviditet**



## Spørsmål om bruk av alkohol hos gravide

Vi ber deg svare på følgende spørsmål. Vennligst sett et kryss / svar på hver linje.

Hvor mange glass alkohol (alkoholenheter*) kan du drikke før du begynner å merke de første effektene av det?	Antall glass (enheter*):	<input type="text"/>
Har nære venner eller slektninger bekymret seg eller klaget på alkoholbruken din i løpet av det siste året?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Tar du noen ganger et glass alkohol om morgenen når du står opp?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Har det hendt, etter at du har drukket alkohol, at en venn eller et familiemedlem har fortalt deg om ting du har sagt eller gjort som du ikke kunne huske?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Føler du noen ganger behov for å redusere alkoholforbruket ditt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei

For helsepersonell

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sum

### Omtrent hvor ofte har du drukket alkohol?

	Siste år før du ble gravid	Etter du ble gravid
4 ganger i uken eller oftere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-3 ganger i uken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-4 ganger i måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Månedlig eller sjeldnere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Før Etter

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Hvor mange glass (alkoholenheter) drakk / drikker du en typisk dag når du drikker alkohol?

10 eller flere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Færre enn 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drikker ingenting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Omtrent hvor ofte har du drukket 4 glass (alkoholenheter) eller mer på en dag?

Daglig eller nesten hver dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En gang i uken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En gang i måneden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjeldnere enn månedlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sum

Sum

Mange takk!

Lever det utfylte skjemaet til din lege, jordmor eller helsesøster.

\* Ett glass alkohol (en alkoholenhet):

1 vinglass rød- eller hvitvin / 1 hetvinsglass sherry/hetvin / 1 glass (0,33 liter) øl /

1 drammeglass brennevin/likør / 1 flaske rusbrus













**Helsedirektoratet**

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)