
31 kvinner med rusproblemer fikk barn – hvordan gikk det?

AKTUELT PROBLEM

AASE SUNDFÆR

Email: bupull@online.no

Barne- og familieetaten

Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

Ullevål sykehus

0407 Oslo

Målet for undersøkelsen var å øke kunnskapen om rehabilitering og hjelpetiltak etter fødselen for kvinner med stoff- og alkoholproblemer. Og hva skjer med barna?

Forfatteren har gjennomført tre etterundersøkelser (1985, 1992 og 1999) av 31 kvinner med stoff- eller alkoholproblemer og deres barn, 19 jenter og 12 gutter, født 1982 – 83.

Kvinner med kortest rushistorie, godt nettverk og stabil partner greide å holde seg rusfri og beholde omsorgen for barnet. Kvinnene fikk mer oppfølging og kontroll i svangerskapet enn etter at barnet var født. Uten hjelp fra egen familie ville de fleste ikke ha greid seg. De fleste kvinnene blir enslige, og barna mister kontakt med faren. Ved første undersøkelse var sju av 25 barn plassert i foster-/adoptivhjem. De fleste barna mestret skole, venner og interesser ved andre undersøkelse i åtte–ni års alder, uansett om de fortsatt bodde i biologisk familie eller var flyttet til foster- eller adoptivhjem etter omsorgsovertakelse. På dette tidspunktet var ytterligere to barn plassert i fosterhjem og det var bekymring for fem av 24 barn (fire bodde i biologisk familie, en i fosterhjem).

Ved siste undersøkelse var ingen av barna blitt kriminelle eller rusmisbrukere. Halvparten av jentene hadde behov for psykologhjelp i ungdomsalder. Barn som hadde vært stabilt hos biologisk mor som ikke ruset seg etter fødselen, greide seg best.

Kvinner med rusproblemer får ikke tilstrekkelig støtte og oppfølging etter fødsel og under barnets oppvekst. Barna greier seg hvis de får ekstra støtte og hjelp fra skole og hjelpeapparat. En støttefamilie bør knyttes til den enkelte

kvinne og hennes barn allerede ved fødsel. De ulike instansene i helse- og sosial apparatet bør samarbeide om å motivere kvinnen til å ta imot slik hjelp samt finne egnede familier.

Kvinner med rusproblemer er lik andre kvinner. Å føde et barn er ofte den viktigste opplevelsen hun gjennomlever. Graviditeten kan bli et vendepunkt og er et uttrykk for normalitet og en bekreftelse på at kroppen hennes er fruktbar. Utvikling av en positiv kvinneidentitet har ofte fått dårlige vilkår gjennom rusing og et avvikende liv. Graviditeten kan gi håp om å komme ut av rusmisbruket og finne en ny start i livet (1).

Flere forskere har vært opptatt av muligheten for rehabilitering for kvinner med rusproblemer gjennom svangerskap og barneomsorg (2 – 4). Man fant at kvinnene var mer motivert for å slutte med rusmidler på grunn av graviditeten. Mitt mål med undersøkelsen har vært å beskrive livssituasjonen til en gruppe kvinner og deres barn, forløpet av rusmisbruk og omsorgsovertakelse samt se på hvilken støtte kvinnene fikk. Like viktig har det vært å se på barnas utvikling og mestring, uansett om de fortsatt bor hos biologisk mor eller om de er blitt plassert i annen omsorg fordi mor har begynt å ruse seg igjen.

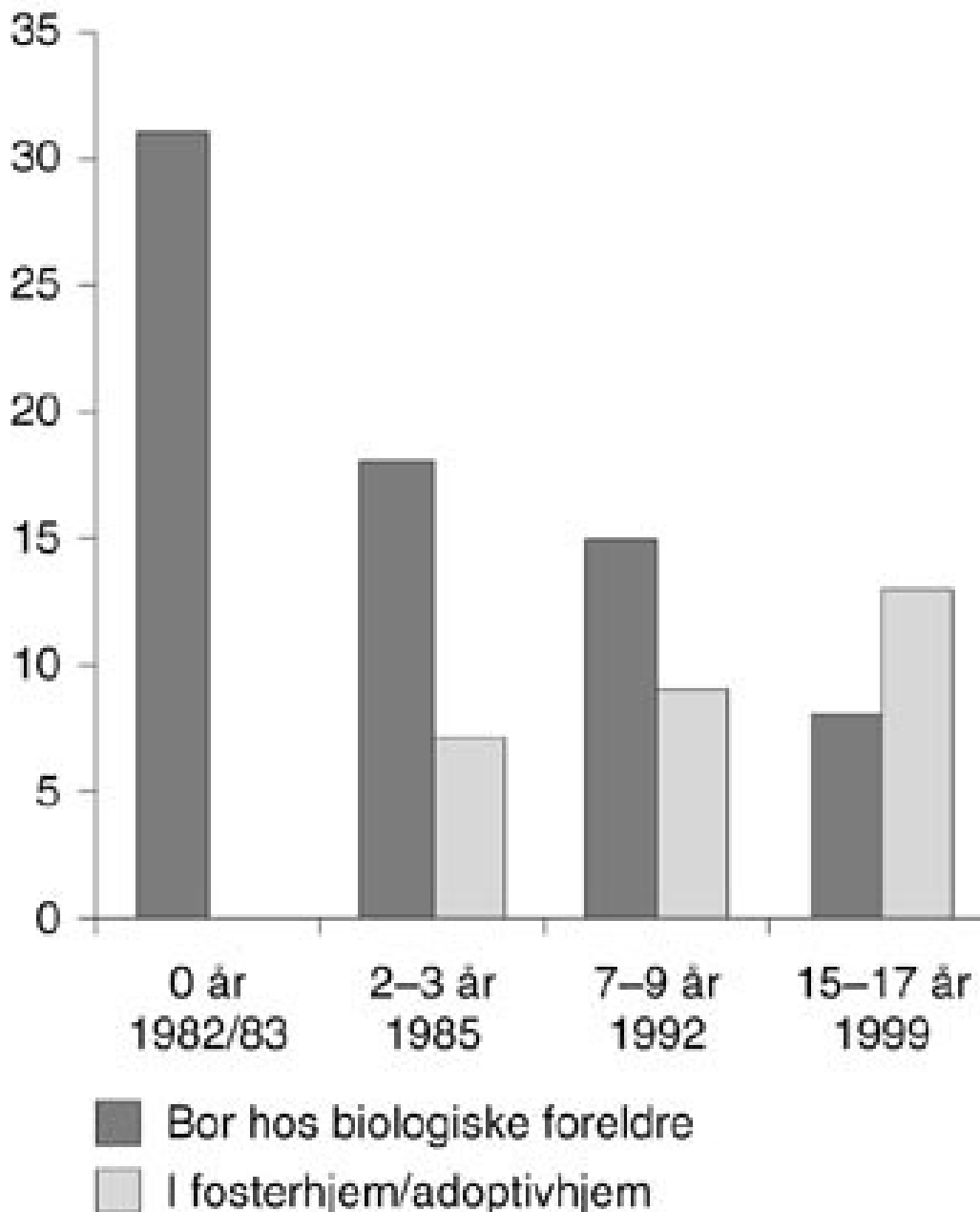
Materiale og metode

Utvalget for denne studien er 31 kvinner i alderen 15 – 46 år som fødte ved Ullevål sykehus i årene 1982 eller 1983. Alle hadde fått sin sak behandlet av Ullevål-teamet (tverrfaglig og tverretatlig team på Ullevål sykehus, Oslo) på bakgrunn av bekymring omkring rusmisbruk i forbindelse med svangerskapet. Alle var vurdert til å være skikket til å få med seg barnet hjem eller til mødre hjem etter fødselen fordi de hadde greid å slutte med rusmidler før eller i løpet av svangerskapet. To tredeler av kvinnene hadde stoffproblemer (62 % med stoffhistorie på 5 – 10 år). En tredel hadde alkoholproblemer.

Forfatteren har møtt kvinnene og barna på tre tidspunkter: Da barna var 2 – 3 år (1985), da de var 8 – 9 år (1991) og sist da de var blitt ungdommer på 15 – 16 år (1998).

I den første undersøkelsen var mødrenes opplevelse av svangerskap, fødsel, barnets utvikling og sin egen livssituasjon med hensyn til hjelp fra egen familie og det offentlige hjelpeapparat viktig. Dersom barnet var kommet i foster- eller adoptiv hjem, ble foster- eller adoptivmor intervjuet (fig 1).

Antall barn



Figur 1 31 barn er hele utvalget. 25 barn i utvalget i første undersøkelse (1985) (et barn døde i krybbedød). 24 barn i utvalget i andre undersøkelse (1992). 21 barn i utvalget i tredje undersøkelse (1999)

I den andre undersøkelsen intervjuet jeg både de foresatte og barna. I barneintervjuet ble barnets interesser, sosiale kompetanse og syn på seg selv kartlagt (5). I tillegg ble det benyttet en projektiv tegnetest (6). Barnets lærer ble intervjuet for å kartlegge skoleprestasjoner, arbeidsinnsats og konsentrasjon (7).

Den tredje etterundersøkelsen hadde samme innhold og oppbygging som den andre: Foreldreintervju, lærerintervju og personlig intervju med ungdommen. I ungdomsintervjuet ble spørsmålene fra Ungdomsundersøkelsen i Oslo 1996 brukt (8). Denne gruppen tilsvarte aldersmessig mitt utvalg og ble brukt til sammenlikning. Spørsmålene kartla de unges oppfatning av sine foreldre, trivsel, skoleprestasjoner, interesser og fritidsvaner, bruk av rusmidler og de

unges erfaring med foreldrenes rusbruk. I tillegg fikk de unge et selvvrderingsskjema for å måle psykiske plager og problemer (8). I mødre-/foreldreintervjuet var jeg opptatt av familieforandringer, sosioøkonomiske forhold, rusvaner og den voksnes syn på sin ungdoms utvikling i forhold til helse og mestring (9). I tillegg fikk mødrene et kartleggingsskjema for angst, depresjoner og somatisering, HSCL (Hopkins Symptom Check List) (10).

I alle tre undersøkelsene har jeg intervjuet de kvinnene som etter hvert mistet omsorgen for barnet sitt. Dette er en gruppe kvinner som ofte blir usynlige i vårt hjelpeapparat og som bærer på en stor smerte etter tapet av barnet.

Resultater

Eva blir mor, Adam blir borte

Flere av kvinnene hadde vært gravide tidligere, hadde fått utført abort og ønsket derfor sterkt å gjennomføre det aktuelle svangerskapet. Til tross for ofte en ustabil partner med rusproblemer, dårlig økonomi og strev med selv å bli rusfrie omtalte alle kvinnene graviditeten med glede og takknemlighet. Kontakten med egen oppvekstfamilie, spesielt mor, ble ofte mer positiv. En tredel av kvinnene fødte før termin, inntil tre måneder før. To kvinner ble forløst med keisersnitt og to med tang. Kvinnene opplevde at de fikk god hjelp under fødselen. En tredel av barna ble overført til barneavdeling etter fødselen på grunn av for tidlig fødsel og pustevansker, ifølge kvinnen selv. To barn fikk diagnosen føtalt alkoholsyndrom. Ellers hadde jeg ingen informasjon om barnets tilstand ved fødselen. Mitt utgangspunkt var kvinnes syn på sitt barn og sin situasjon. En tredel fikk ingen spesielle tilbud etter fødselen. Det vanligste var tilsyn fra barnevernet. Bare to barn hadde fått daghjemsplass før fylte ett år. En tredel av kvinnene fikk tilbud om mødre hjem, seks tok imot tilbudet. Ingen fikk i løpet av barnets første leveår tilbud om avlastningsfamilie, foreldregruppe, individualterapi eller støttekontakt. Tiltakene var med to unntak kontrollpreget og ikke innrettet på utvikling, avlastning eller støtte.

Kvinnen i min undersøkelse blir dobbelt så ofte enslig mor som sine medsøstre. Krisene i livet hennes var oftest knyttet til brudd med barnefar og kjæreste, da han ofte fortsatte å ruse seg etter at mor og barn var kommet fra klinikken. Bruddet kunne skje i en akutt situasjon med innslag av vold eller trusler om vold. Kvinnen gikk ofte alene med bekymringen om barnefarens rusmisbruk, uten å søke hjelp av frykt for å bli fratatt omsorgen for barnet. Et mindretall av kvinnene begynte selv å ruse seg i løpet av barnets første leveår (1). Som regel førte dette til at hun mistet omsorgen for barnet, bortsett fra to kvinner som hadde tett oppfølging på mødre hjem eller et tett familienettverk. Far forsvinner tidlig ut av barnas liv, bare åtte barn bodde fortsatt sammen med begge foreldre. Sju kvinner hadde mistet omsorgen for barnet da jeg intervjuet familiene første gang.

Fem mødre beskriver spesielle problemer med barna – tre med samspillsproblemer og to som var bekymret fordi barna var mye syke; hyppige ørebetennelser, forkjølelser og vansker med spising. Disse hadde et tillitsfullt

forhold til helsestasjonen og opplevde å få god hjelp. Dersom mor kom i krise, var det bare unntaksvis at hun søkte bistand fra offentlig hjelper. Forutsetningen for at det skulle skje, var at hun hadde en tillitsfull relasjon til hjelper fra før.

Sterke jenter, sårbare gutter?

Ved annen gangs etterundersøkelse, da barna var mellom sju og ni år gamle, var deres hverdag med få unntak preget av faste rutiner, forutsigbarhet og ettersyn, uansett om de bodde i biologisk familie, foster- eller adoptivfamilie. De fleste barna var flinke på skolen, hadde mange interesser og gode venner. Gutter og jenter presterte faglig likt på skolen, men var forskjellige atferdsmessig. Lærerne vurderte guttene som mer urolige og krevende enn jentene. Fem av 24 barn ble vurdert til å ha problematferd, fordi foreldre eller lærer hadde henvist eller tenkt å henvise til hjelpetiltak. Fire av disse bodde i biologisk familie. To barn hadde lærevansker og to gav signaler om omsorgssvikt i hjemmet. Det femte barnet strevde med sosiale relasjoner. Barna man var bekymret for, profitterte spesielt på skolestart.

Barna ble vurdert i forhold til om de hadde vært utsatt for kritiske livshendelser (dødsfall av nær omsorgsperson, sykdom, flytting, skilsmisse, psykiske problemer, rusmisbruk og arbeidsløshet hos foreldre) (11). Guttene hadde ikke opplevd en større andel av slike hendelser enn jentene, de fordelte seg jevnt. Men dobbelt så mange gutter som jenter hadde emosjonelle problemer. Det så ut som om guttene hadde mer strev i livet sitt enn jentene, uansett familietilknytning

Den viktigste forskjellen i historien til guttene og jentene i mitt utvalg som fortsatt bodde i biologisk familie, var at jentene ikke hadde opplevd brudd med sin omsorgsperson av samme kjønn. Felles for guttene var at de hadde opplevd brudd med person av samme kjønn, nemlig mors samboer. Bruddet var ofte dramatisk, preget av rusmisbruk og vold. Det kunne være vanskelig for gutten å knytte seg til et nytt familiemedlem og en ny rollemodell som kanskje ville forsvinne igjen. Ustabile farsmodeller kunne bidra til å gjøre guttene mer sårbare enn jentene. Ingen av de biologiske fedrene hadde gjennomført en stabil samværsordning med sitt barn, bortsett fra de fire fedrene som fortsatt bodde sammen med biologisk mor.

Familiene som fortsatt hadde beholdt omsorgen for barnet, var ofte fattige, og det var bare et fåtall av kvinnene med barn hjemme som var i arbeid eller hadde noen utdanning. Barnas fritidsaktiviteter måtte være gratis.

Ungdommene trenger mye støtte og hjelp

Ved tredje gangs etterundersøkelse, da barna var blitt ungdommer på 15 – 17 år, var det bare en tredel som fortsatt bodde i biologisk familie, resten var i foster- eller adoptivhjem. Årsaken til omsorgsovertakelsen var *ikke* at den unge hadde atferdsvansker, men fordi biologisk mor hadde begynt å ruse seg igjen. Fortsatt var de unge positive til skolen, de hadde venner, mange interesser og talenter og hjalp til hjemme. De var som før ambisiøse med hensyn til skoleprestasjoner, men ambisjonene var høyere enn prestasjonene. Faglig var skoleprestasjonene middels, ikke over middels, slik de var da de gikk i

barneskolen. De fleste strevde med konsentrasjonen og hadde eller har hatt behov for spesialtilpasset opplegg på skolen. Som barn var det bare unntaksvis at de hadde behov for spesialtilpasset skoleopplegg.

De unge debuterte tidligere med rusmidler enn de unge i Ungdomsundersøkelsen 1996 (8). 37 % av ungdommene i min undersøkelse debuterte med alkohol som 12-åringer eller tidligere. Dette tilsvarer resultatene i en nasjonal studie, hvor man har funnet at barn til alkoholmisbrukende foreldre debuterer med alkohol signifikant tidligere enn gjennomsnittet (12).

At de unge debuterte tidligere, betydde ikke at de drakk mer alkohol enn andre ungdommer. De brukte mindre alkohol, men røykte mer, og litt flere hadde prøvd hasj i forhold til de unge i Ungdomsundersøkelsen. En av de unge var i faresonen når det gjaldt rus. Denne ungdommen hadde levd i en omsorgssviktssituasjon gjennom store deler av oppveksten, uten at hjelpeapparatet hadde lyktes med tiltak.

Halvparten av jentene hadde eller hadde hatt behov for psykologisk samtalebehandling. Fjerdeparten av de unge hadde funksjonsskader som krevde spesiell medisinsk og/eller sosial oppfølging. Følgende problemområder eller diagnoser var representert i ungdomsgruppen: depresjon, diabetes, føtalt alkoholsyndrom, funksjonsskade i rygg, lærevansker og Retts syndrom. Fire unge hadde problemer med tilpasning til skole eller hjemmemiljø. Ingen av de unge var kriminelle.

Diskusjon

Kvinnen kan lettere slutte å bruke rusmidler i løpet av barnets første leveår gjennom det å bli mor, det samme gjelder ikke for barnefaren. Morsrollen er sårbar, fordi kvinnen oftest blir alene om ansvaret for barnet etter tidlig brudd med barnefar. Ofte er ensomhet og lite nettverk bakgrunn for mors gjenopptakelse av rusmisbruket. Bare en tredel av kvinnene greide å holde seg rusfrie og beholde omsorgen for barnet.

Barn opplever mye smerte og utrygghet når den de er mest glad i begynner med rusmidler igjen. De utvikler strategier for å mestre en vanskelig hverdag. De kan bli skadelidende fordi det ofte går for lang tid før utenverdenen får vite om situasjonen i hjemmet og kan hjelpe barna, blant annet fordi barna tilpasser seg situasjonen på ulikt vis og ofte hjelper foreldre med å skjule misbruket. Foreldrefunksjonen forstyrres av rusmisbruket, og barna mister støtte og oppmerksomhet på sine premisser (13). Barna vil i lojalitet med mor eller foreldre som ruser seg ofte gjøre alt for å avlaste foreldrenes plager og problemer. Flere unge som hadde kommet i fosterhjem i tiden før den siste undersøkelsen, fortalte om hvordan de "administrerte" hjemmet, mens den voksne administrerte rusmisbruket (9).

Jeg fant overraskende små forskjeller mellom de barna som hadde vokst opp hos biologiske foreldre og de som var kommet i stabile foster- eller adoptivhjem. Kjønnsforskjellene var større. Det samme finner den svenske forsker Bo Vinnerlund. I hans studie av søsken som har vokst opp henholdsvis hos biologiske foreldre eller i fosterhjem, finner han ingen sikre forskjeller (14).

Rusmisbruket blir ofte et tabuområde i en familie, slik at barnet mangler et språklig rom for sine følelser og erfaringer (15). Dette kan være bakgrunnen for at så mange av jentene i ungdomsalder hadde behov for samtaleterapi pga. depresjon og uro. Læreren er ofte en nøkkelperson i barnets verden i forhold til å få barnets tillit og dermed kunnskap om barnets eller den unges situasjon. Utfordringen ligger i å beholde tilliten samtidig som barnet får hjelp. Relasjonen til personen i hjelpesystemet bestemte mødrenes syn på hjelpeapparatet. Tillit til hjelper bygges opp over tid. At hjelpen var ustabil og skiftende, hemmer en positiv oppfølging av mødre og barn. Mødrene var behandlingsmotiverte, selv om de hadde mistet omsorgen for barnet. Ingen av dem var død av overdose. Det kan tyde på at kvinner som har kontakt med barnet sitt, selv om hun har mistet omsorgen, tar mer vare på helsen og ønsker å være edru når de skal besøke barnet. Mødre som holdt seg rusfrie, mistet ikke omsorgen. Disse mødrene var også blant dem med kortest rushistorie, best familienettverk og med stabil partner uten rusproblemer.

Konklusjon

Kvinner med rusproblemer som blir gravide trenger som oftest hjelp og oppfølging over lang tid dersom moderskapet skal bli et varig positivt vendepunkt og hun skal greie å beholde omsorgen for barnet. Barna kan bli skadelidende, og mange viser tristhet, uro og konsentrasjonsvansker i ungdomsalderen. Den enkelte kvinne og hennes barn bør skaffes en støttefamilie som kan være stabilt tilgjengelig i mange år fremover. Utfordringen for hjelpeapparatet er å finne egnede støttefamilier og motivere kvinnen til å ta imot slik hjelp. Barna ville være bedre beskyttet dersom hver familie var sikret stabil og systematisk oppfølging opp gjennom hele barnets oppvekst.

LITTERATUR

1. Martens A. Hva skjer med gravide rusmiddelmisbrukere? En etterundersøkelse av 31 mødre. Oslo: Sentralrådet for narkotika, 1986.
2. Duckert M. Vurdering av erfaringene i familieavdelingen ved Statens klinikk for narkomane. Seminarrapport. Hov i Land: Familieavdelingen, Statens klinikk for narkomane, 1986.
3. Holsten F. Forløpet av stoffmisbruk hos ungdom: en etterundersøkelse. Skrift nr. 108. Oslo: Statens institutt for alkoholforskning, 1984.
4. Vaglum P. Why did they leave the drug scene? A follow-up study of 100 drug abusers treated in a therapeutic community Ward. Drug Issues 1985; 15: 347 – 56.
5. Sundfær A. "Fra rus til mening". En undersøkelse av barna til mødre med tidligere rusproblemer. Dagligliv og mestring. Utfordringer til hjelpeapparatet. Oslo: Barnevernets utviklingssenter, 1992.

6. Koppitz E. Psychological evaluation and childrens human figure drawings. New York: Grune & Stratton, 1968.
 7. Achenbach TM, Edelbrock C. Manual for the teachers report form and teachers. Version of The Child Behavior Profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry, 1986.
 8. Bakken A. Ungdomstid i storbyen. Rapport 7/98. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. 1998.
 9. Sundfær A. Ung og lovende. Barna til 31 mødre med rusproblemer i svangerskapet er blitt ungdommer. Tredje gangs etterundersøkelse med fokus på utvikling og mestring i familien, skole og fritid. Oslo: Barne- og familieetaten, Rusmiddeldirektoratet, 1999.
 10. Watten RG, Amundsen A. Et utvalg spørreskjema til klinisk og forskningsmessig bruk. HSCL-25. Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, 1995.
 11. Garnezy N, Rutter M. Stress coping and development in children. New York: McGraw-Hill, 1983.
 12. Arner O, Lauritsen G, Waal H, Amundsen A. Forprosjekt til en nasjonal studie av stoffmisbrukere i behandling. Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, 1995.
 13. Hansen F. Rusmisbruk i et familieperspektiv. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 1990; 27: 737 – 46.
 14. Vinnerlund B. Fosterbarn som vuxna. Lund: Arkiv förlag, 1996.
 15. Haaland BH, Haugland BS. Perspektiv på barna i arbeid med rusmisbrukende foreldre. Fokus på familien 1996; 24: 16 – 28.
-

Publisert: 10. januar 2001. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 16. februar 2026.