

# **Når barneverninstitusjonen blir ruseksponerte spedbarns primære omsorgsmiljø**

**Kandidatnummer 211**

**Emnekode BVUH 3900, Bacheloroppgave**

Høgskolen i Oslo og Akershus  
Fakultet for samfunnsfag  
Bachelor i barnevern

Våren 2013

Many things we need  
can wait,  
the child cannot

Now is the time his bones are being formed,  
his blood is being made,  
his mind is being developed.

To him we cannot say tomorrow,  
his name is today.

*Gabriela Mistral*  
*Chilean poet*

## Innhold

Del 1 Innledning .....	3
1.2 Bakgrunn for valg av tema.....	3
1.3 Problemstilling.....	4
1.4 Avgrensing og begrepsavklaring .....	4
1.5 Metode .....	5
1.6 Oppbygning av oppgaven .....	6
Del 2 Juridiske rammer.....	7
2.1 Barnevernloven.....	7
2.1.1 Akutt plassering av barn .....	8
Del 3 Ruseksponerte spedbarn i risiko.....	9
Del 4 Stabilitet og kontinuitet - til barnets beste.....	11
4.1 Stabilitet .....	11
4.2 Kontinuitet .....	11
4.3 Stabilitet og kontinuitet.....	12
Del 5 Institusjonen som omsorgsmiljø for spedbarn .....	14
5.1 Institusjonsmiljø og ruseksponerte spedbarns behov.....	14
5.1.1 Spedbarns behov og turnusordninger.....	14
5.2.2 Spedbarns behov og institusjonens kompetanse .....	16
5.1.3 Spedbarns behov og institusjonens hverdagslige trivialiteter .....	17
5.2 Betydningen av å være uten fast omsorgsgiver .....	18
5.2.1 Tilknytningsteori.....	18
5.2.2 Tilknytning og institusjon .....	19
Del 6 Når omsorgen er institusjonens ansvar - etiske betraktninger .....	22
Del 7 Avslutning .....	24
Del 8 Litteraturliste .....	25

## Del 1 Innledning

---

Denne oppgaven handler om ruseksponerte spedbarn som er plassert på barneverninstitusjon uten sine primære omsorgsgivere. Etter akuttvedtak er disse barna plassert på institusjon på bakgrunn av forhold i hjemmet. I den forbindelse er jeg opptatt av hva institusjonen representerer som omsorgsmiljø for disse barna.

Synet på spedbarn har endret seg mye gjennom de siste 25 årene. Fra å se på spedbarn kun som en biologisk skapning som ble styrt av sine drifter, har nyere spedbarnsforskning bidratt til en økt kunnskap om spedbarn som deltagende og kompetente individer (Moe 1994, 4-10). I rapporten *Sped- og småbarn i risiko – en kunnskapsstatus* (Bergum Hansen og Jacobsen 2008, 3) blir det allikevel påpekt at psykisk helse hos spedbarn ikke har fått den oppmerksomheten temaet fortjener. Det er derfor nødvendig å styrke fagfolks felles forståelse, kunnskap og handlingskompetanse om sped- og småbarns psykiske helse. I den siste tiden har Aftenposten (13.3.2013<sup>1</sup>) ytterligere aktualisert fokuset på spedbarn som er i fare for skjevutvikling. Gjennom debatten som omhandler forslag om å omorganisere et av Norges fremste kompetansemiljø på de minste barna i barnevernet, blir det fremhevet hvor sårbare disse barna er.

Antallet sped- og småbarn i barnevernet har i perioden 1995 til 2008 økt med 22 prosent – en økning fra 6754 til 8256 barn (under 6 år). Økningen har vært størst blant spedbarna, barn i alderen 0-1 år, hvor antallet klienter nærmest er doblet (Clausen og Valset 2012). Antall akutt plasseringer har også økt de siste årene. I 2009 ble 807 barn akutt plassert, mot 930 barn i 2010 (Regjeringen<sup>2</sup>). Dessverre finnes det ingen offentlige tall på hvor mange spedbarn som blir akutt plassert på institusjon uten sine omsorgsgivere. Imidlertid viser tall fra leder av en barneverninstitusjon i Oslo som tar i mot denne typen plassering, at det i 2012 var 30 barn plassert uten sine primære omsorgsgivere på denne institusjonen. Dette tallet trenger ikke si noe om fordelingen på landsbasis, men gir allikevel en indikasjon på omfanget.

### 1.2 Bakgrunn for valg av tema

Erfaring med og interesse for dette temaet fikk jeg gjennom praksisperioden i 3. klasse. Jeg var utplassert på en familieavdeling for foreldre og barn i alderen 0-2 år. Her erfarte jeg at spedbarn ble boende på institusjonen uten sine omsorgsgivere. I kortere eller lengre perioder hadde institusjonen omsorg for disse barna.

---

<sup>1</sup> <http://www.aftenposten.no/helse/--Spedbarna-vil-lide-7145957.html#.UWw-zKUf5qc> (lastet ned 15.04.2013)

<sup>2</sup> <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/nouer/2012/nou-2012-5/7.html?id=671516> (lastet ned 08.04.2013)

At barn plasseres på institusjon, er ikke noe ukjent fenomen innen vårt fagfelt. I Norge har vi en rekke barneverninstitusjoner som tar i mot barn med ulike behov. Enkelte barn profiterer godt på et institusjonsopphold, og for noen av barna kan en slik plassering representere en ny mulighet (Larsen 2004, 11). Hvorfor plassering av spedbarn overrasket meg i så stor grad er vanskelig å si, men jeg tror det har sammenheng med den sårbarhet og avhengighet som jeg forbinder med spedbarn. Det var ikke det faktum at spedbarn ble akutt plassert, men heller at de ble plassert under institusjonens omsorg. I følge lederen for barneverninstitusjonen var det selvfølgelig å foretrekke at disse barna kom direkte i beredskapshjem, men mangel på beredskapshjem gjorde at institusjon var eneste alternativ.

I løpet av praksisperioden fikk jeg mulighet til å jobbe mye med de barna som var uten omsorgsperson, og spesielt mye med de ruseksponerte barna. Dette vekket et engasjement og interesse hos meg. Min forståelse er at slike typer plasseringer blir sett på som midlertidige løsninger i barnevernet. Til tross for det, mener jeg det er viktig med faglig bevissthet og kontinuerlig refleksjon over denne situasjonen. Jeg ble derfor nysgjerrig på hvordan institusjonen fungerer som omsorgsmiljø for disse barna.

### 1.3 Problemstilling

***Ruseksponerte spedbarn akutt plasseres på barneverninstitusjoner uten sine primære omsorgsgivere. Hvilke styrker og svakheter representerer institusjonen som omsorgsmiljø for disse barna?***

### 1.4 Avgrensning og begrepsavklaring

Som problemstillingen viser, ønsker jeg å ha fokus på de spedbarna som har blitt eksponert for rusmidler i løpet av svangerskapet. Dette innebærer narkotiske stoffer, medikamenter, alkohol og nikotin, i tillegg til belastninger som følge av dette. Ved å ta utgangspunkt i denne gruppen, utelukker jeg dermed andre spedbarn som også kan ha behov for omsorg. Det er viktig å presisere at jeg er klar over at det finnes mange andre grupper med spedbarn som også er i behov for hjelp, ikke minst foreldre og spedbarn sammen. Videre har jeg ikke mulighet til å belyse de mange diagnosene som et ruseksponert spedbarn kan få, men velger heller å belyse deres omsorgssituasjon på institusjonen.

Spedbarnsalder defineres til å strekke seg fra fødsel og til 18 måneders alder (jf. Kvello 2012, 5). Jeg har allikevel valgt ikke å konkretisere alderen ved plassering i løpet av oppgaven. I forbindelse med teori som er aldersrelatert, vil dette bli presisert.

Plassering av ruseksponerte spedbarn på institusjon, vil ikke bli diskutert mot andre alternativer. Hvilke forskjeller det er på institusjon versus det å bo hjemme vil blant annet ikke bli belyst. Jeg vil diskutere selve institusjonen som omsorgsplassering for spedbarn. Jeg ønsker heller ikke å belyse hvilke fordringer som bidrar til at institusjonen er eneste alternativ for disse barna. Jeg er opptatt av det spesifikke barnet, som da er i en situasjon hvor det må tilbringe kortere eller lengre tid alene på en institusjon.

Problemstillingen vil bli belyst gjennom prinsippet om *barnets beste*. Valg av et slikt perspektiv kan innebære at mange andre relevante innfallsvinkler ikke blir belyst.

### 1.5 Metode

En metode skal fortelle noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland 2000, 71). I den forbindelse vil litteraturstudie være den beste metoden for å fremskaffe kunnskap om problemstillingen, og vil belyse den på en faglig interessant måte. For å finne litteratur som omhandler temaet, og som kan gi svar på problemstillingen har jeg benyttet ulike typer kilder. Med utgangspunkt i relevante ord som *ruseksponert*, *spedbarn*, *institusjon* og *omsorg*, har jeg benyttet både pensumbøker, antologier om temaet, ulike søkemotorer, juss, offentlige dokumenter, artikler og forskningsrapporter. Både norsk og internasjonal faglitteratur. I tillegg har jeg hentet inspirasjon fra skriftserier fra en av de ledende institusjonene for spedbarn i Oslo, samt informasjon fra ansatte fra nevnte sted.

Tilgangen på litteratur direkte knyttet til problemstillingen har vært begrenset. Det finnes dessverre lite forskning hva angår dette temaet spesielt. Spedbarn generelt har det kommet mye forskning på de siste årene, men ingen forskning som er direkte knyttet til denne type plassering. Jeg har derfor søkt bredt, og lett etter mulige innfallsvinkler og sammenhenger. Teorier fra utviklingspsykologi, juss og institusjonsmiljø samt erfaringer fra egen praksis vil bli benyttet. Denne utdypningen vil være preget av mine erfaringer, da dette har dannet grunnlaget for interessen for temaet.

Jeg har fortrinnsvis forsøkt å benytte primærlitteratur. Dessverre er det mange bearbeidelser av andres tekster i vårt pensum, og derfor har det vært nødvendig å inkludere sekundærlitteratur. Det er viktig å presisere at jeg er klar over at dette kan påvirke kvaliteten på oppgaven da teksten er bearbeidet og presentert av en annen enn den opprinnelige forfatteren (Dalland 2000, 69). Siden det er lite forskning som omhandler problemstillingen, har jeg valgt å se på noe eldre forskning som omhandler noe av den samme problematikken. I den forbindelse må det påpekes at denne forskningen kun er ment for å skape et bilde av

situasjonen, heller enn å fastslå at det er slik. Mye har forandret seg innen dette fagfeltet, og barns situasjon på institusjoner i dag er annerledes enn tidligere.

### **1.6 Oppbygning av oppgaven**

Innledningsvis vil juridiske rammer for plassering av barn bli belyst. Her vil relevante lover og føringer bli presentert. For å forstå hvilke spesielle behov ruseksponerte spedbarn kan ha, vil del 3 inneholde en kort innføring i risikoer knyttet til rusmisbruk. I del 4 vil lovens krav om hensynet til *barnets beste* bli presentert. Begrepene stabilitet og kontinuitet vil her bli utdypet nærmere. Prinsippet om *barnets beste* vil videre bli drøftet opp mot institusjonen som omsorgsmiljø for ruseksponerte barn i del 5. Styrker og svakheter vil bli sett opp i mot lovens krav om stabilitet og kontinuitet. Avslutningsvis vil det gjøres rede for etiske betraktninger når omsorgen for de ruseksponerte barna er institusjonens ansvar. Teori og empiriske undersøkelser vil bli fortløpende presentert og drøftet.

## Del 2 Juridiske rammer

---

Alle inngrep som iverksettes overfor barn og deres familie må være hjemlet i loven, etter det såkalte legalitetsprinsippet (Lindboe 2012, 23). Av den grunn er det viktig å forstå hvordan loven regulerer vårt arbeid, og hva det har å si for barnet og tiltakene som iverksettes.

### 2.1 Barnevernloven

Det er *Lov om barneverntjenester av 17. juli 1992 nr. 100* (barnevernloven - bvl) som regulerer barnevernets ansvar og arbeidsoppgaver. I henhold til bvl. § 1-1 er barnevernets hovedoppgave og barnevernlovens formål *å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, samt å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår*. Særlige tiltak som kan iverksettes finnes i kap. 4 i barnevernloven. Her står det blant annet hvordan bekymringsmeldinger skal behandles, rettigheter og plikt til å foreta undersøkelse og ulike tiltak som kan iverksettes (Collin-Hansen 2007, 377).

Barnevernloven legger videre til grunn at hensynet til *barnets beste* skal vektlegges ved beslutninger. Herunder skal det legges vekt på å gi barnet stabil og god voksenkontakt og kontinuitet i omsorgen, jf. bvl. § 4-1. Hva som er til barnets beste er imidlertid ikke gitt, og må dermed tilpasses det enkelte barn (Bunkholdt og Sandbæk 2008, 32). Hensynet til barnets beste kommer også til uttrykk i FNs barnekonvensjon<sup>3</sup> (barnekonvensjon). I artikkel 3 skal barnets beste være et grunnleggende hensyn ved alle handlinger som berører barn. Barnekonvensjonen er inkorporert i norsk lov. Dette innebærer at reglene har større rettsskildemessig vekt og at barnekonvensjonen har forrang foran norsk lov dersom det skulle oppstå konflikt mellom norsk lov og konvensjonen (Sandberg 2004, sitert fra Bunkholdt og Sandbæk 2008, 17).

Plassering på institusjon kan skje på ulike grunnlag. Ved frivillig plassering etter bvl. § 4-4, 5. ledd, er man avhengig av samarbeid med foreldrene. Både bvl. § 4-12 om omsorgsovertagelse og midlertidige akuttvedtak etter bvl. § 4-6, 1. og 2. ledd, retter seg mot situasjoner hvor det er mangel i den daglige omsorgen eller at forholdene i hjemmet er direkte skadelige for barnet (Collin-Hansen 2007, 384, 385). Etter atferdsparagrafene i bvl. §§ 4-24, 4-25 og 4-26, kan det iverksettes tiltak uten å gå veien om omsorgsovertakelse (Collin-Hansen 2007, 395).

---

<sup>3</sup> [http://www.regjeringen.no/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns\\_barnekonvensjon.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf) (lastet ned 29.04.2013)

### 2.1.1 Akutt plassering av barn

Barnevernloven gir hjemmel for å fatte midlertidige vedtak i akuttsituasjoner i bvl. §§ 4-6, 4-9 og 4-25. I denne oppgaven vil jeg ha fokus på saker hvor plasseringer skjer i henhold til bvl. § 4-6. I følge Lindboe (2012, 153, 154) gir paragraf 4-6 adgang til å flytte et barn fra hjemmet. Bvl. § 4-6, 1. ledd gir i akuttsituasjoner adgang til midlertidige hjelpetiltak som foreldrene ikke motsetter seg. Vilkåret er at barnet er uten omsorg. Dette kan blant annet være på grunn av foreldrenes rusproblemer, at de er fraværende eller av andre grunner. Bvl. § 4-6, 2. ledd gir imidlertid adgang til akutt plassering utenfor hjemmet, uten samtykke fra foreldrene. Grunnvilkåret er at det er *fare for at barnet kan bli vesentlig skadelidende ved å forbli i hjemmet*. Det er med andre et vilkår om skade eller risiko.

Det fremgår ikke av bestemmelsen i bvl. § 4-6 hvilke plasseringsalternativer som kan benyttes ved vedtak. Det er imidlertid forutsatt i lovens forarbeider at plassering må foretas innenfor rammen av bvl. § 4-14, herunder (beredskaps-)fosterhjem, barne- og ungdomshjem eller i opplærings- og behandlingsinstitusjon når barnet er funksjonshemmet (Regjeringen Q-0973<sup>4</sup>). Innenfor den ramme som er fastsatt i bvl. § 4-14 skal stedet for plassering velges ut fra hensynet til barnets egenart og behov for omsorg og opplæring i et stabilt miljø, jf. bvl. § 4-15. Det skal også tas hensyn til at det er ønskelig med kontinuitet i barnets oppdragelse, og til barnets etniske, religiøse, kulturelle og språklige bakgrunn. I følge Bunkholdt og Sandbæk (2008, 225) skiller akutte plasseringer seg fra andre plasseringer da nødvendige forberedelser og planlegging faller bort.

---

<sup>4</sup> <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/rundskriv/2000/retningslinjer-om-midlertidige-og-forelo/2.html?id=279003> (lastet ned 22.03.2013)

### Del 3 Ruseksponte spedbarn i risiko

---

For å forstå konteksten dette er satt inn i, er det nødvendig å utdype hvilke spedbarn som kan bli plassert på institusjon. Det er i tillegg relevant for å gi et bilde av hvilke belastninger disse barna kan ha, og hvilken betydning det har for deres fungering. Som tidligere nevnt har jeg valgt å ta utgangspunkt i de spedbarna som har vært eksponert for rus i løpet av svangerskapet. Barn født av kvinner med et tungt rusmisbruk er i risiko for å utvikle vansker (Moe, Siqveland og Slinning 2010, 303).

I følge Vibeke Moe, Rigmor Grette Moe og Lars Smith (2007, 176) betegnes det som risikosvangerskap når fosteret blir eksponert for alkohol, narkotika eller medikamenter. Barn som blir født etter slike svangerskap, fungerer dårlig i nyfødtpå perioden og kan vise mye irritabilitet. Inger Thormann og Charlotte Guldberg (1995, 215) forklarer at barn som blant annet har vært utsatt for alkohol, har en rekke fysiske og psykiske forstyrrelser som bidrar til å vanskeliggjøre tilværelsen. Årsaken til dette er skader på sentralnervesystemet eller utilstrekkelig utvikling av dette.

I tillegg kan økte nivåer av stresshormonet kortisol være uheldig for barnets utvikling. Vedvarende stress kan her sees som en følge av mors rusmisbruk. Øyvind Kvello (2010, 174) påpeker at dersom mor er hyppig stresset under svangerskapet, innebærer det at også fosteret er nokså vedvarende stresset. Fosteret får samme mengde med kortisol som mor, men bruker lengre tid på å bryte det ned. Dette kan medføre et barn som er født med svakere selvreguleringen, gråter mer og viser mer uro, og i tillegg er vanskeligere å trøste.

Min oppfattelse er at det er svært mange likheter på spedbarnas funksjonsforstyrrelser, uavhengig av hvilken risiko de har blitt utsatt for i svangerskapet. Reguleringsforstyrrelser ser ut til å være en fellesnevner. Reguleringsforstyrrelser blir i diagnosemanualen DC:0-3R (2005<sup>5</sup>) definert til å ha sitt utgangspunkt i sensorisk prosessering. Det vil si en nevrobiologisk sårbarhet for hvordan barnet forholder seg til sanseintrykk som berøring, syn, lyd, smak, lukt, opplevelse av bevegelse og kroppsposisjon (Moe og Mothander 2010, 617). Thormann og Guldberg (1995, 215) forklarer at slike barn overreagerer på sansestimuli fordi de er ute av stand til å beskytte seg mot irrelevant stimuli. All stimuli tas opp av barnets mottakssystem, og barnet reagerer med uro. Disse overfølsomme barna kan trenge hjelp til å skjerme seg for å kunne bevare sin ro.

---

<sup>5</sup> DC: 0-3R er et klassifiseringssystem som beskriver vansker hos sped- og småbarn (Moe og Mothander 2010, 614).

Som vist kan barn som er utsatt for risiko under svangerskap, bli født med svært store utfordringer. En hensiktsmessig og god omsorg er viktig da atferden til disse barna kan være utgangspunkt for senere psykopatologi<sup>6</sup>. Omsorgsfaktorer underveis vil spille en rolle for prognosen (Moe, Moe og Smith 2007, 176). For å hjelpe barnet til ikke ytterligere å forsterke sin uro, kreves det dermed en svært sensitiv og tilrettelagt omsorg. Det er imidlertid viktig å presisere at disse barna ikke har blitt plassert på institusjon på bakgrunn av sine funksjonsforstyrrelser, men på grunn av forhold i hjemmet, jf. bvl. § 4-6, 1. og 2. ledd.

---

<sup>6</sup> Oppførsel og erfaringer som kan tyde på mental sykdom eller psykologisk svekkelse.

## Del 4 Stabilitet og kontinuitet - til barnets beste

---

Prinsippet om barnets beste, med vekt på å gi barnet stabil og god voksenkontakt og kontinuitet i omsorgen, skal være avgjørende når man velger tiltak etter kapittel 4 i barnevernloven, jf. bvl. § 4-1. Når barn blir akutt plassert etter bvl. § 4-6, 1. eller 2. ledd, er det dermed med begrunnelsen om at det er det beste for barnet. Barnet vil med andre ord få det bedre ved ikke å bo med sine primære omsorgsgivere. Min forståelse er at det av den grunn må foreligge en forutsetning om at tiltaket, som i denne sammenhengen er institusjonsplassering, også bør ha avgjørende vekt på å være til det beste for barnet. Dette er i tråd med FNs barnekonvensjons (art. 3) definisjon, hvor hensynet til barnets beste skal være grunnleggende for alle handlinger som berører barn.

### 4.1 Stabilitet

I følge Vigdis Bunkholdt og Mona Sandbæk (2008, 255) handler stabilitet i omsorgen om måten barns behov blir møtt på. Menneskene som barn har rundt seg må være forutsigbare og til å stole på. De menneskene som skal skape og opprettholde en relasjon til barnet, må være stabile i sin sensitivitet og forståelse for barns signaler. I tillegg er aksept og bekreftelse sentralt i omsorgsutøvelsen. Dersom barn blir møtt på en slik måte kan det bidra til en opplevelse av pålitelighet, stabilitet og trygghet.

Goldstein, Freud og Solnit (1979) utviklet i sin tid det som blir kalt for behovsretningen. For å forstå hva som er viktig for barns utvikling, vektlegger også de betydningen av stabilitet. Teorien hevder at det er av overordnet betydning at barn opplever at de blir ivaretatt på en stabilt omsorgsfull måte (sikkert fra Bunkholdt og Sandbæk 2008, 250). Det er imidlertid interessant at behovsretningen ligger tett opp til det som vi i dag kjenner som tilknytningsteori, og legger først og fremst vekt på at det er de menneskene som mest stabilt kan dekke barns behov, som blir barnets tilknytningspersoner, uavhengig av biologiske bånd (Bunkholdt 2010, 19).

### 4.2 Kontinuitet

Kontinuitet betyr å ha en sammenhengende livshistorie. Det får man ved å være omgitt av de samme personene gjennom hele livet. Kontinuitet påvirker identitetsutviklingen, da vi er formet av fortiden vår og har behov for å forstå og vite hvordan denne utviklingen har vært (Bunkholdt og Sandbæk 2008, 254). En teoretisk retning som fokuserer på viktigheten av kontinuitet i omsorgen, er objektrelasjonsteorien. Objektrelasjonsteori har utviklet seg fra tidlig psykodynamisk teori, med navn som Melanie Klein, Donald Winnicott og W.R.D.

Fairbairn knyttet til seg. Sentrale aspekter er hvordan fantasier og forestillinger om oss selv og andre gjennom samhandling og følelsesmessig kontakt, påvirker vår opplevelse av oss selv (Binder og Nielsen 2006, 105-122). Med utgangspunkt i objektrelasjonsteorien mener Lidén (1984) og Cederstrøm og Hessle (1980) at tidlige adskillelser vil skape et tomrom i barnet. Uansett hvor omsorgsfulle nye omsorgsgivere er, kan ikke dette tomrommet fylles. Noe er borte, uten at barnet husker hva det er. Det blir hevdet at barnet vil fylle tomrommet med fantasier om å ha blitt sviktet og forlatt (sitert fra Bunkholdt og Sandbæk 2008, 250, 251). En slik forståelse av kontinuitet kan gi en følelse av håpløshet. Ved å skilles fra sine foreldre vil konsekvensene for barnet være store og uopprettelige.

En alternativ forståelse av kontinuitet i omsorgen presenteres i en rapport av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (4/2013). I rapporten «Effekter av og erfaringer med kontinuitetsfremmende tiltak i barnevernsinstitusjoner» blir kontinuitet forstått som kontinuitet innenfor én plassering. Her fremsettes blant annet elementer som turnusordninger, antall omsorgsgivere per barn og omsorgsgiveres tilgjengelighet. En slik forståelse av kontinuitet inkluderer en institusjonskontekst, og er dermed i tråd med hvordan kontinuitet kan forstås overfor de ruseksponerte barna som blir plassert på institusjon. Spedbarna er allerede flyttet fra de som kan gi en sammenhengende livshistorie, og kontinuitet må derfor sees i lys av institusjonen som omsorgsmiljø.

### 4.3 Stabilitet og kontinuitet

Hva som bør vektlegges av stabilitet og kontinuitet i omsorgen av barn, blir ofte diskutert i forbindelse med *det biologiske prinsipp*. Utgangspunktet for dette prinsippet er at barn skal vokse opp hos sine foreldre og at hjelp etter barnevernloven først og fremst skal gis for å bidra til at barn kan bo hjemme (Bunkholdt og Sandbæk 2008, 33). Innen psykologisk litteratur blir behovsretningen og objektrelasjonsteorien brukt som motstridende argumenter ved vurdering av omsorgsovertagelse, for kontakt og samvær mellom barnet og biologiske foreldre (NOU 2000:12<sup>7</sup>; Bunkholdt og Sandbæk 2008, 251).

Ved å presentere innholdet i begrepene i forbindelse med ruseksponerte barn på institusjon, er det imidlertid ikke ment som en diskusjon om hva som er viktigst. Jeg er opptatt av hvilke muligheter ruseksponerte spedbarn har for å få dekket behovet for stabilitet og kontinuitet på institusjonen. Hvilke styrker og svakheter representerer institusjonen som omsorgsmiljø for å

---

<sup>7</sup> <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/nouer/2000/nou-2000-12/14/4/1.html?id=358291> (lastet ned 20.03.2013)

ivareta disse barnas behov? Forståelsen av stabilitet vil dermed ligge nært opp til Bunkholdt og Sandbæks (2008, 255) forståelse, da hovedanliggende vil være måten spedbarns behov blir møtt på. Kontinuitet i omsorgen vil både forstås som kontinuitet innenfor plasseringen, slik det ble gjort rede for overfor (Kunnskapssenteret 4/2013), men også som hvilken betydning det har for det ruseksponerte spedbarnet ikke å ha en fast omsorgsperson (Bunkholdt og Sandbæk 2008, 254).

## Del 5 Institusjonen som omsorgsmiljø for spedbarn

---

Videre vil jeg drøfte hvordan institusjonen er som omsorgsmiljø for ruseksponerte spedbarn. Hvilke styrker og svakheter representerer institusjonen som omsorgsmiljø? Styrker og svakheter vil bli sett i lys av lovens krav om stabilitet og kontinuitet.

### 5.1 Institusjonsmiljø og ruseksponerte spedbarns behov

Stabilitet, slik Bunkholdt og Sandbæk (2008, 255) bruker begrepet, omhandler måten barns behov blir møtt på. Sentrale ord er forutsigbarhet og trygghet. For spedbarn generelt er behovene de første leveukene regulering av matinntak, søvn, gråt og våkentilstander (Bergum Hansen og Jacobsen 2008, sitert fra Braarud 2012, 155). Det ble tidligere vist til at ruseksponerte spedbarn har behov som går utover det man vanligvis forbinder med spedbarnsomsorg. Blant annet viste Moe og Mothander (2010, 617) til en nevrobiologisk sårbarhet for hvordan barnet forholder seg til berøring, syn, lyd, smak, lukt, opplevelse av bevegelse og kroppsposisjon. Moe, Siqveland og Slinning (2010) og Thormann (2006) mener at de ulike skadene ruseksponerte spedbarn kan bære med seg, krever et svært sensitivt omsorgsmiljø. Dette innebærer å kunne lese barnets signaler og deres underliggende behov, håndtere barnas reguleringsvansker og negative affekter gjennom et emosjonelt støttende omsorgsmiljø som er lydhørt, fleksibelt og i stand til å møte behovene til barnet (sitert fra Borgestadklinikken 2011, 15<sup>8</sup>). I tråd med kunnskap om hva spedbarns behov er generelt, og ruseksponerte spedbarn spesielt, vil dermed stabilitet og kontinuitet omfatte mange komponenter. I tillegg til å møte basale behov som mat og regulering av søvn, må barna også møtes på sine underliggende behov som er relatert til deres reguleringsvansker. I tillegg til forutsigbarhet, har de også behov for en svært tilrettelagt og sensitiv omsorg. Dette er i tråd med det Thormann og Guldberg (1995, 215) sier om at disse overfølsomme barna kan trenge hjelp til å skjerme seg for å kunne bevare sin ro.

#### 5.1.1 Spedbarns behov og turnusordninger

Turnusordning er vanlig på barnevernsinstitusjoner. I rapporten fra Kunnskapssenteret (4/2013, 16, 17) skilles det mellom ordinær turnus, langturnus og medleverturnus. Hovedskillet mellom disse er antall sammenhengende arbeidsdager. Mens langturnus og medleverturnus strekker seg over flere dager, er ordinær turnus preget av at de ansatte jobber et visst antall timer hver dag, og erstattes av neste ansatt som også jobber et visst antall timer. På institusjonen hvor jeg hadde praksis var det en ordinær turnusordning, henholdsvis

---

<sup>8</sup> [http://www.borgestadklinikken.no/files/Barnet-og-rusen-2011\\_korr.pdf](http://www.borgestadklinikken.no/files/Barnet-og-rusen-2011_korr.pdf) (lastet ned 19.03.2013)

dagvakt, kveldsvakt og nattvakt. I praksis innebærer dette at spedbarnet skifter omsorgsgiver minst tre ganger per dag. Dersom vi går tilbake til Bunkholdt og Sandbæks (2008, 254, 255) definisjon av stabilitet og kontinuitet, kan man stille spørsmål om hvor forutsigbart og forståelig det er for et spedbarn å måtte forholde seg til flere omsorgsgivere på en gang. Dersom man i tillegg inkluderer en utvidet forståelse av de nevnte begrepene, slik det ble gjort rede for i forrige avsnitt, og tillegger behovet for et svært sensitivt og tilrettelagt omsorgsmiljø, kan man spørre seg om dette er tilfelle. Erfaringer fra egen praksis tilsier at hovedmålet er å ivareta barnet på best mulig måte. Så langt det lar seg gjøre forsøker man å etterstrebe lik omsorg og tilrettelegge slik at de samme ansatte kan ivareta barnet over tid. Allikevel betyr ulike omsorgspersoner, ulike måter å gjøre ting på. For spedbarnet innebærer dette forskjellige lukter og stemmer, ulike måter å bli holdt på og forskjellige tanker om hva som er hensiktsmessig omsorg. Thormann og Guldberg (1995, 215) påpeker i den forbindelse at miljøet rundt ruseksponerte barn er viktig. De mener barna har behov for få omsorgspersoner og rolige omgivelser. Thormann og Guldberg (1995) viser med andre ord at en ordinær turnusordning ikke er i tråd med ruseksponerte spedbarns behov, da skifte av omsorgspersoner er en del av institusjonens organisering.

Kunnskapssenteret (4/2013) har gjennom en systematisk oversikt<sup>9</sup> undersøkt hvilken påvirkning turnusordninger har for barn og unge på institusjon. Rapporten viser at det er usikkert om endring av antall omsorgsgivere per barn samt endring av turnusmodell har effekt på kognitiv eller generell utvikling, eller evne til å ha forhold med omsorgsgivere. Dette kan dermed indikere at det foreløpig ikke kan påvises at turnusordning har noen betydning for barn på institusjon. Det er imidlertid viktig å presisere at ingen av de forskningsrapportene som denne systematiske oversikten bygger på, inneholder spedbarn eller ruseksponerte spedbarn. På en annen side har statsråd Inga Marthe Thorkildsen nylig lagt fram forslag til endringer i barnevernloven (Prop. 106 L 2012/2013<sup>10</sup>). Her blir arbeidstider på barneverninstitusjoner problematisert, og det blir argumentert for at ordinær turnus innebærer uforutsigbarhet for mange barn. Konsekvensene av dagens arbeidstidsordninger er at mange barn må forholde seg til stadige nye omsorgspersoner. Videre blir det vist at ved etablering av arbeidstidsrutiner må man ta hensyn til kontinuerlig og stabil voksenkontakt da det gir en bedre forutsigbarhet for barna. Regjeringens

---

<sup>9</sup> Systematisk oversikt er grundige litteratursøk med klart definerte søkekriterier (Backe-Hansen 2009, 6)

<sup>10</sup> <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/regpubl/prop/2012-2013/prop-106-l-20122013/10.html?id=721018> (lastet ned 05.04.13)

problematisering av arbeidstidsordninger viser med andre ord at dette er en faktor som det er relevant å reflektere over.

En ordinær turnusordning kan også sees som et positivt bidrag. Barn som eksponeres for rusmidler i svangerskapet, er som tidligere vist en sårbar gruppe. I følge Bergum Hansen og Jacobsen (2008, 27) kan barnas nevrologiske sårbarhet påvirke omsorgspersonens evne til å gi god nok utviklingsstøtte. Å håndtere barnas reguleringsvansker og negative affekter, kan være krevende og utfordrende. På bakgrunn av disse utfordringene kan skifte av omsorgspersoner vurderes som et positivt bidrag i ivaretagelsen. Til en hver tid vil det på institusjonen være omsorgspersoner som er tilgjengelig, og som har overskudd til å ivareta disse barnas komplekse behov. På den måten kan institusjonen bidra til å gi de ruseksponerte barna en god nok utviklingsstøtte.

### *5.2.2 Spedbarns behov og institusjonens kompetanse*

I tillegg til at institusjonens turnusordning kan påvirke barnets opplevelse av stabilitet og kontinuitet, må også institusjonens faglige kompetanse tas i betraktning. På en institusjon som tar i mot akutt plasseringer av spedbarn, må man ta høyde for at de innehar profesjonell kompetanse hva angår spedbarnas vansker. Greta Marie Skau (2011, 57-62) mener at profesjonell kompetanse består av tre aspekter: teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. Teoretisk kunnskap, slik Skau (2011) bruker begrepet, består av kunnskap om det et fag rommer og kunnskaper som er relevante for utøvelsen av faget. Yrkesspesifikke ferdigheter innebærer praktiske ferdigheter, teknikker og metoder som særpreger bestemte yrker, og som brukes i utøvelsen av dem. Den personlige kompetansen er personlig og erfaringsbasert.

På bakgrunn av Skaus (2011) definisjon av profesjonell kompetanse, innehar dermed institusjonen kompetanse som er spesielt tilpasset sitt fagfelt. For spedbarna innebærer dette å være plassert på et sted som mer eller mindre er eksperter på deres situasjon, og som dermed kan ivareta dem deretter. Som Moe, Siqveland og Slinning (2010) og Thormann (2006) viste tidligere innebærer dette et emosjonelt støttende omsorgsmiljø som er lydhørt, fleksibelt og i stand til å møte behovene til barnet (siteret fra Borgestadklinikken 2011, 15<sup>11</sup>). De ansatte besitter dermed kompetanse til å hjelpe spedbarnet med reguleringsvansker og negative affekter gjennom blant annet et sensitivt samspill. Dette kan dermed indikere at omsorgen blir ivaretatt med hensyn til de ruseksponerte barnas spesifikke behov.

<sup>11</sup> [http://www.borgestadklinikken.no/files/Barnet-og-rusen-2011\\_korr.pdf](http://www.borgestadklinikken.no/files/Barnet-og-rusen-2011_korr.pdf) (lastet ned 19.03.2013)

Donald W. Winnicott (1965) fremsatte tanken om «god nok» omsorg. Med «god nok» omsorg menes at barnet får grunnleggende behov dekket og at det møter passelige utfordringer som det kan strekke seg etter. Tanken er at miljøet rundt et barn ikke trenger å være perfekt, men det «holdende miljø» blir framholdt som viktig for spedbarnet. Dette innebærer blant annet at den voksne skal evne og holde barnet og dets behov i tankene slik at barnet oppnår en trygg ramme både fysisk og psykisk (siteret fra Binder og Nielsen 2006, 116). Til tross for at Winnicotts teorier i utgangspunktet var myntet på relasjonen mellom foreldre og barn, kan man anta at dette også er relevant når de ansatte på institusjonen ivaretar barnets behov for omsorg. Winnicotts tanke om «god nok» omsorg og et «holdende miljø» samt de ansattes kompetanse, kan dermed bidra til en sensitiv kontakt i tråd med de ruseksponerte spedbarnas behov. Thormann (1990, 22-43) mener at en slik kontakt kan bidra til en positiv relasjon. Skjer derimot det motsatte, at omsorgsgiveren ikke er sensitiv i kontakten, kan spedbarnet overstimuleres og reagere ved å trekke seg tilbake.

### *5.1.3 Spedbarns behov og institusjonens hverdagslige trivialiteter*

I tillegg til Winnicotts begrep «holdning» er psykoanalytiker Wilfred Bions (1959) begrep «containing» interessant å trekke frem. I følge Vibeke Moe (1994, 19) innebærer «containing» at viktige omsorgspersoner har evne til å fungere som mottager og beholder for barnets affekt. En slik mottagelighet krever at den voksne selv er affektivt tilgjengelig og har kontakt med egne følelser. Det vil ha betydning for barnets selvopplevelse at den voksne ikke forlater barnet når det har vanskelig følelser, men forblir emosjonelt tilgjengelig. I den forbindelse kan man spørre seg om det faktum at de ansatte også har andre arbeidsoppgaver, kan påvirke muligheten for å være 100 prosent emosjonelt tilgjengelig.

Olav Garsjø (2008, 99) skriver om det han kaller institusjonens hverdagslige trivialiteter. Med dette mener han at institusjonsarbeid innebærer mange praktiske oppgaver. Jan Storø (2008,86, 136) skiller i den forbindelse mellom det han kaller primære og sekundære oppgaver. Primære oppgaver relateres til den direkte kontakten med det enkelte barn, mens sekundære oppgaver er knyttet til praktiske forhold som blant annet rapportskrivning, møter og turnusarbeid. Erfaringer fra egen praksis tilsier at slike sekundære oppgaver kan fylle mye av hverdagen til ansatte på institusjon, og det kan være en utfordring å ha ansvar for et ruseksponert spedbarn i tillegg. Blir det rom for «containing» når arbeidsdagen fylles av mange andre krav? Hvor mye stabilitet og kontinuitet tilbyr de ansatte i slike sammenhenger?

Storø (2008, 136) argumenterer for at sekundære oppgaver er nødvendige for at det skal være mulig å arbeide med den primære oppgaven, men at det direkte arbeidet med barna må ha forrang. Det er imidlertid viktig å presisere at Storø (2008) knytter dette opp mot institusjoner generelt, og ikke ruseksponerte spedbarns behov spesielt. Inger Thormann (1990, 22-43) viser til erfaringer fra Skodsborg Observasjonshjem som tidligere mottok plasseringer av ruseksponerte spedbarn. Hun mener at slike sårbare spedbarn ikke klarer det profesjonelle institusjonsmiljøet. Barnas sårbarhet gjør at de blant annet krever 100 prosent kontinuitet, samme omsorgsperson døgnet rundt, samt ro. Dette er ting som institusjonen ikke kunne gi dem.

## 5.2 Betydningen av å være uten fast omsorgsgiver

Som vist overfor kan en institusjonsplassering innebære både styrker og svakheter når det kommer til ivaretagelse av et ruseksponert spedbarn. Skifte av omsorgspersoner er nevnt som et aspekt. Til tross for at det ikke eksisterer forskning som tyder på at dette er direkte skadelig, kan man spørre seg om hvilken betydning det har for barn å være uten en fast omsorgsgiver. Hva har det å si for den tidlige tilknytningen? For å få en forståelse av hvilken betydning dette har for ruseksponerte spedbarn, vil tilknytningsteorien kort presenteres. Deretter vil teorien bli sett i lys av spedbarns situasjon på institusjon.

### 5.2.1 Tilknytningsteori

En av de viktigste bidragsyterne innenfor utviklingspsykologi er psykiater og psykoanalytiker John Bowlby (1969). Han beskrev tilknytning som barnets motivasjon for å søke trøst og beskyttelse hos tilknytningsfigurer (heretter benevnt som omsorgspersoner eller tilknytningspersoner). Dette søker barnet når det føler seg engstelig eller redd, enten på grunn av separasjon fra omsorgspersoner eller ved at noe i barnets miljø gjør barnet engstelig eller redd (sitert fra Zachrisson 2010, 286). Med andre ord er tilknytning et medfødt behov hos alle barn, uavhengig av barnets eller omsorgsgivernes funksjonsnivå. I følge Zachrisson (2010, 288) er grunnantagelsen at alle barn knytter seg til sine omsorgsgivere. Det er ikke snakk om sterk eller svak tilknytning, eller mengden av tilknytning, men i stedet snakk om ulike kvaliteter av tilknytning. Formen på barns tilknytning til omsorgsgivere er sterkt etablert i løpet av de første fire til åtte levemåneder (Allen mfl. 2004, sitert fra Kvello 2010, 101). Etter spedbarnsalderen vil tilknytningsrelasjonene i stadig større grad bli styrt av indre arbeidsmodeller. Bowlby (1973, 1980) antok at indre arbeidsmodeller er basert på barnets forventninger om tilknytningspersonens adferd i stressfylte situasjoner. Disse arbeidsmodellene blir etter hvert utviklet til bredere representasjoner, med tolkninger av egne

erfaringer og regler for hvordan barnet bør samhandle med andre mennesker (sitert fra Smith 2006, 154). Tilknytning er dermed et sentralt begrep for å forstå viktigheten av nære relasjoner for spedbarn, samt hvordan disse erfaringene generaliseres til forventninger til relasjoner generelt.

Ved hjelp av det som kalles tilknytningsadferd, påkaller barnet omsorgspersonen. Omsorgspersonen må i den sammenhengen være fysisk og følelsesmessig tilgjengelig, sensitiv for barnets signaler, akseptere barnets behov og svare på barnets behov slik at det føler seg forstått og ivaretatt. Erfaringene som barnet gjør i dette samspillet, påvirker hvilken kvalitet barnets tilknytning blir preget av, benevnt som tilknytningskvalitet (Bunkholdt 2010, 21). Mary Ainsworth (1978) er sentral i studiet av tilknytningskvalitet. Gjennom sin studie som ble kalt «the strange situation», har hun klassifisert tre tilknytningskategorier; trygg tilknytning (B), unnvikende tilknytning (A) og ambivalent tilknytning (C) (sitert fra Bunkholdt 2010, 22). Senere tilføyde Main og Solomon (1986) desorganisert tilknytning (D) som en fjerde kategori (sitert fra Bunkholdt 2010, 22). De ulike tilknytningskvalitetene vil ikke bli presenter noe ytterligere, da inngående kjennskap til disse ikke vil være relevant videre. Min forståelse er at det sentrale er at trygg tilknytning handler om å ha en grunnleggende tillit til seg selv og andre mennesker, mens utrygg tilknytning er å ha en grunnleggende utrygghet på seg selv og andre mennesker.

### *5.2.2 Tilknytning og institusjon*

Hva har så tilknytningsteorien å si for et ruseksponert spedbarn som blir plassert på institusjon? Hvilke styrker og svakheter blir fremtredende når vi ser plasseringen i lys av tilknytningsteori?

Som nevnt innledningsvis strekker spedbarnsalderen seg fra nyfødt til 18 måneder (Kvello 2012, 5). Dersom vi antar at tilknytningen som oftest vil være etablert mellom de første fire til åtte levemåneder (Allen mfl. 2004, sitert fra Kvello 2010, 101), kan alder ved plassering ha betydning. Noen barn blir akutt plassert rett etter fødsel, og har dermed ikke etablert en relasjon til sine foreldre. For disse barna vil de ansatte på institusjonen fungere som de første tilknytningspersoner for barnet. Andre spedbarn kan bli akutt plassert etter å ha levd med sine biologiske foreldre en stund. Siden grunnantagelsen er at alle barn knytter seg til sine omsorgsgivere, uavhengig av kvalitet (Zachrisson 2010, 288), vil disse barna ha erfaringer og forventninger til hva en relasjon kan innebære. De sistnevnte barna kan dermed ha ervervet seg en tilknytningskvalitet, slik Ainsworth (1978) bruker begrepet. For de ansatte på

institusjonen innebærer dette at det ruseksponerte spedbarnet, i tillegg til sine funksjonsforstyrrelser, kan ha en grunnleggende utrygghet på seg selv og andre personer. Alder ved plassering kan dermed tyde på at institusjonen står overfor ulike utfordringer. For noen av spedbarna må personalet være spedbarnets primære tilknytningsperson, for andre barn må man være tilknytningsperson samtidig som barnet kan ha forventninger om utrygghet i relasjoner.

Overfor ble det nevnt hvilke kvaliteter en omsorgsperson må ha i samspill med barnet for å svare på barnets tilknytningsadferd (Bunkholdt 2010, 21). Tilgjengelighet, sensitivitet på signaler og aksept av behov blir fremhevet som viktige faktorer for at barnet skal føle seg forstått og ivaretatt. Tidligere ble det vist til at institusjonen som omsorgsmiljø kan innebære både styrker og svakheter hva angår tilgjengelighet og sensitivitet. På den ene siden kan institusjonens turnusordning bidra til et stadig skifte av omsorgspersoner, noe som kan påvirke spedbarnets opplevelse av tilgjengelighet. Dersom de ansatte ikke tilbringer nok tid med barnet slik at de kjenner det spesielle barnets signaler og behov, kan dette ha innvirkning på hvordan barnets tilknytningsatferd blir besvart. På den andre siden kan institusjonens fagkompetanse på det ruseksponerte spedbarnets spesielle behov, tilføre positive kvaliteter til barnets tilknytningsatferd. Gjennom teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse (Skau 2001, 57-62) kan de ansatte ha en viktig bevissthet om hvordan barnet skal møtes slik at det føler seg ivaretatt og forstått.

Det er en del forskning relatert til institusjonsplassering av barn på barnehjem. Det er imidlertid viktig å presisere at det meste av forskningen er gammel, og at det dermed kan ha skjedd store endringer på hva en institusjon kan tilby disse barna i dag. William Goldfarb (1943) gjorde studier der han sammenlignet barn som først hadde vært på barnehjem og senere ble plassert i fosterhjem, med barn som hadde vært fosterhjemsplassert helt fra begynnelsen av. Han konkluderer med at tidlig institusjonsomsorg har langvarige og uheldige innvirkninger på barns intellektuelle og personlighetsmessige utvikling (siteret fra Smith 2006, 140). Forskningen sier imidlertid ingenting om hvilken kvalitet det var på omsorgen disse barna fikk på institusjonen, og vi må derfor ta høyde for variasjoner i forhold til grad av emosjonell og fysisk omsorg. Allikevel er det ikke uinteressant, da forskningen kan gi et bilde av spedbarnets sårbarhet i slike situasjoner. Mens man for en del tiår tilbake trodde at barn ikke burde knytte bånd til voksne som de ikke skulle bo hos (eksempelvis sykepleiere på barneavdelinger, ansatte på barnehjem), vet man i dag at barn som i løpet av det første leveåret ikke knytter nære bånd til noen, vil ha vansker med å utvikle en trygg tilknytningsstil

til andre senere i livet (Minty 1999, sitert fra Kvello 2010, 103). Dette viser med andre ord at det vil være viktig å knytte bånd til disse barna, til tross for at oppholdet kun er midlertidig.

Annen forskning viser imidlertid at uavhengig av graden av barns tilknytning til midlertidige omsorgspersoner, vil det være ivaretagelsen i etterkant av plasseringen som er viktig.

Dannelse av trygg tilknytning er mer avhengig av at de nye foreldrene til barna, altså etter at institusjonsoppholdet er avsluttet, må godta et barn som er vanskelig. På grunn av tidligere opplevelser må det investeres mye tid og anstrengelse for å utvikle forholdet (Tizard og Hogdes 1978, sitert fra Smith 2006, 149). I tråd med ovennevnte viste en omfattende studie av rumenske barnehjemsbarn som ble plassert i britiske adoptivhjem før de fylte seks måneder, at de tilpasset seg og ble like velfungerende som britiskfødte adoptivbarn, til tross for store forskjeller i de første levemånedene (Rutter, O'Connor and the ERA Study Team, 2004, sitert fra Kvello 2012, 5). Denne forskningen kan videre sees i tråd med vektleggingen av stabilitet, slik den tidligere nevnte behovsretningen påpeker. Behovsretningen ligger tett opp mot det vi i dag kjenner som tilknytningsteori, og argumenterer for at det er de menneskene som mest stabilt kan dekke barns behov, som blir barnets tilknytningspersoner, uavhengig av biologiske bånd (Bunkholdt og Sandbæk 2008, 250). Den ovennevnte forskningen og behovsretningen viser dermed at en midlertidig plassering av ruseksponerte spedbarn, ikke trenger å ha noen betydning for barnets senere tilknytningsmønster så fremt det stabilt får dekket sine behov.

Forskningen som er presentert viser et tvetydig bilde hva angår betydningen av å være uten fast omsorgsgiver. På den ene siden antyder noe forskning at institusjonsplassering kan virke negativt på barn, mens annen forskning argumenterer for at det er ivaretagelsen i etterkant av plasseringen som vil være avgjørende. Moe, Siqveland og Slinning (2010, 313) påpeker imidlertid at det er som oftest ikke en enkeltstående faktor som utgjør en forskjell i barnets liv, men heller en opphopning av flere risikofaktorer. For å kunne forstå hva som påvirker den utviklingsmessige kursen til spedbarn, er det derfor hensiktsmessig å fokusere på antallet risikofaktorer i tillegg til å ta i betraktning det individuelle barnets sårbarhet. Dersom institusjonsplassering av ruseksponerte spedbarn uten omsorgsgiver sees som en enkeltstående faktor, vil ikke plasseringen nødvendigvis predikere til svakere utvikling. Tidligere nevnte faktorer som institusjonens kompetanse og ansatte med overskudd, kan ved en slik forståelse indikere en beskyttende faktor for spedbarnet.

## Del 6 Når omsorgen er institusjonens ansvar - etiske betraktninger

---

Innledningsvis ble det nevnt at det å plassere ruseksponerte spedbarn alene på institusjon, ikke er et spørsmål om ulike alternativer. Fortrinnsvis skal barna i beredskapshjem, før endelig beslutning om mer varig tiltak bestemmes. Erfaringer fra egen praksis tilsier at det er mangel på beredskapshjem som er årsaken til at slike plasseringer er nødvendig. Dette er i tråd med undersøkelser gjort av Kristoffersen mfl. (2005) som viser til en nedgang i bruken av beredskapshjem i perioden 2002 til 2004 (sitert fra Bunkholdt 2010, 31). Til tross for at disse undersøkelsene går en tid tilbake, stemmer dette godt overens med dagens situasjon. Som vist så langt krever nåværende praksis en bevissthet om de styrker og svakheter institusjonen representerer ved slike plasseringer, og dermed også en etisk bevissthet.

Teolog og filosof Knut E. Løgstrup (1956/1991) påpeker at vi ikke kan møte hverandre uten at vi holder noe av den andres liv i vår hånd, og det av den andres liv kan vi enten ivareta eller forspille (sitert fra Botnen Eide 2008, 68). En slik etisk fordring gjelder hele vår yrkespraksis som barnevernspedagoger. Som profesjonelle jobber vi med og i relasjoner, og det er derfor viktig å ha et reflektert forhold til vår praksis. Når man arbeider med ruseksponerte spedbarn som er plassert uten omsorgsgiver, får Løgstrups utsagn en mer bokstavelig betydning. Dette er barn som er totalt avhengige av vår omsorg, tilstedeværelse og støtte. Der Løgstrup bruker formuleringen «noe av den andres liv i vår hånd (...)», blir det i denne sammenheng en riktigere formulering å si «hele den andres liv i vår hånd (...)». For en kortere eller lengre periode er disse barna totalt avhengig av den omsorgen vi utøver. Dette innebærer at vi må være bevisste på det etiske og faglige ansvaret vi innehar. Diktet som står skrevet innledningsvis beskriver viktigheten av å være i nået overfor barn: «Many things we need can wait, the child cannot (...) to him we cannot say tomorrow, his name is today» (Gabriela Mistral). Til tross for at plasseringen kun er ment som en midlertidig løsning, må vi tilstrebe en omsorg som i best mulig grad kan ivareta disse barna og deres utvikling.

Det etiske og faglige ansvaret forsterkes ytterligere av spedbarnas svake posisjon. Fordi spedbarna ikke har biologiske omsorgsgivere til stede, har de heller ingen som kan stå opp for seg. I utgangspunktet er det fastsatt rettigheter for opphold på institusjon, jf. bvl. § 5-9. I følge Kjørstad og Syse (2008, sitert fra Haugli 2010, 48) handler en slik rettssikkerhet om å beskytte private i møte med det offentlige maktapparat, og å sikre at offentlige inngrep skjer på en måte og med et innhold som kan aksepteres. Spedbarn alene har få muligheter til å nyttiggjøre seg eller fremme sine rettigheter.

Det yrkesetiske grunnlagsdokumentet for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere (FO 2002) gir et viktig etisk fundament for vår yrkesutøvelse.

Grunnlagsdokumentet er ment både som et hjelpemiddel for yrkesutøveren, og som grunnlag for å skape trygghet, kvalitet og tillit for klienten i møte med hjelpeapparatet (Skorstad 2008, 167). Her presenteres blant annet sentrale prinsipper som å møte klientens behov, respekt for enkeltindividets personlige integritet og å etablere relasjoner som er basert på blant annet tillit, omsorg og nestekjærighet (FO 2002). Slike prinsipper og verdier vil også være sentrale ved ivaretagelse av et ruseksponert spedbarn. For å ivareta spedbarnet på en best mulig måte, er det viktig at vi er bevisste på både de etiske og faglige utfordringene som oppstår ved slike plasseringer. I tillegg er det viktig å påpeke at alle ruseksponerte spedbarn er unike, og må dermed ivaretas ut i fra deres individuelle særpreg. Vi må med andre ord tilstrebe en god yrkesetikk gjennom å møte barnet med blant annet respekt og omsorg (FO 2002). Respekt for barnets ukrenkelige integritet, og omsorg som springer ut i fra barnets selvutilstrekkelighet og spesielle behov.

## Del 7 Avslutning

---

I denne oppgaven har jeg forsøkt å se på hvilke styrker og svakheter institusjonen representerer som omsorgsmiljø for ruseksponerte spedbarn som er plassert uten primære omsorgsgivere. Styrker og svakheter har blitt sett i lys av lovens krav om stabilitet og kontinuitet. Aspekter som turnus, institusjonens hverdagslige trivialiteter, institusjonens kompetanse og antall omsorgsgivere har stått i fokus. Teori og empiriske undersøkelser som er presentert viser både styrker og svakheter ved denne type plasseringer. Det er mange faktorer som bør tas i betraktning når barn plasseres alene på institusjon, og oppgavens rammer har satt noen begrensninger for hva som har blitt inkludert i denne fremstillingen. Ved en senere anledning kunne det vært interessant å undersøke problemstillingen ved hjelp av kvalitativ metode. Observasjoner og intervjuer kunne muliggjort en mer omfattende analyse. Ikke minst kunne det vært spennende å følge de ruseksponerte spedbarna som blir plassert, over tid.

Målet for denne oppgaven har ikke vært å finne entydige svar på problemstillingen, men heller å diskutere situasjonen for disse spedbarna under institusjonens omsorg. Til tross for at plassering av ruseksponerte spedbarn alene på institusjon er ment som midlertidige løsninger, mener jeg at vi må ha en faglig og etisk bevissthet knyttet til vårt arbeid. I tillegg må de ruseksponerte barnas særskilte behov ligge til grunn for våre refleksjoner, og være utslagsgivende for vår praksis.

## Del 8 Litteraturliste

---

- Ainsworth, Mary, Blehar, M., Waters, E. og Wall, S. 1978. *Patterns of Attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale N. J.: Lawrence Erlbaum.
- Allen mfl. 2004 i Kvello, Øyvind. 2010. *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademiske. Referanse ikke oppgitt av Kvello.
- Backe-Hansen, Elisabeth. 2009. Hva innebærer et kunnskapsbasert barnevern? *Fontene forskning 2:4-16*.
- Bergum Hansen, Marit og Heidi Jacobsen. 2008. *Sped- og småbarn i risiko – en kunnskapsstatus*. Oslo: Regionsenter for barn og unges psykiske helse. Helseregion øst og sør.  
[http://www.r-bup.no/CMS/CMSpublish.nsf/BA82C070A47CA97EC12574F9003DCCC7/\\$file/Tiltak42.pdf](http://www.r-bup.no/CMS/CMSpublish.nsf/BA82C070A47CA97EC12574F9003DCCC7/$file/Tiltak42.pdf) (lastet ned 17.04.2013)
- Binder, Per-Einar og Geir Høstmark Nielsen. 2006. Selvet og relasjonene – nyere psykoanalytisk perspektiv. I *Oppvekst og psykologisk utvikling*, red. Liv Mette Gulbrandsen. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bion, Wilfred. 1959. Attacks on Linking. I E. Bott Spillius (ed.) *Melanie Klein Today: Developments in theory and practice. Volume 1: Mainly today*. 1988:308-315. London: Routledge.
- Botnen Eide, Solveig. 2008. Relasjonsetikk. I *Etikk – refleksjon og handling i sosialt arbeid*, red. Solveig Botnen Eide og Berit Skorstad. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Bowlby, John. 1969. *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. London: Pimlico.
- Bowlby, John. 1973. *Attachment and loss, Vol. 2: Separation, anxiety and anger*. London: Hogarth Press.
- Bowlby, John. 1980. *Attachment and loss, bd. 3: Loss, sadness and depression*. London: Hogarth Press.
- Braarud, Hanne Cecilie. 2012. Kunnskap om små barns utvikling med tanke på kompensierende tiltak iverksatt av barnevernet. *Norges barnevern 3:152-167*.

- Bunkholdt, Vigdis. 2010. *Fosterhjemsarbeid. Fra rekruttering til tilbakeføring*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Bunkholdt, Vigdis og Mona Sandbæk. 2008. *Praktisk barnevernarbeid*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Cederstrøm, Anita og Marie Hessle. 1980. *Yt- og djupanpassning hos fosterbarn*. Barnbys Skås rapportserie. Stockholms Socialforvaltning.
- Clausen, Stein Erik og Kirsti Valset. 2012. Spedbarn og småbarn med tiltak fra barnevernet 1995-2008: Utbredelse av omsorgssvikt og risikofaktorer. *Tidsskrift Norsk Psykologforening* 7: 642-648.  
[http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=265401&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=265401&a=2) (lastet ned 17.04.2013).
- Collin-Hansen, Ragnhild. 2007. *Innføring i barnerett for sosialarbeidere*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, Olav. 2000. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- FO. 2002. *Yrkesetiske retningslinjer for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere*. Vedtatt på kongressen 20. – 24. november 2002. Oslo: Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere.  
[http://www.fo.no/getfile.php/Filer/01%20FOsentralt%20filer/Yrkesetisk\\_2011\\_lav%2081%29.pdf](http://www.fo.no/getfile.php/Filer/01%20FOsentralt%20filer/Yrkesetisk_2011_lav%2081%29.pdf) (lastet ned 24.04.2013).
- Goldstein, Joseph, Anna Freud og Albert Solnit. 1979. *Before the Best Interest of the Child*. Free press 1979. Oversatt 1980 som *Retten til barnet eller barnets rett?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Haugli, Trude. 2010. Rettssikkerhet for barn og unge i sårbare situasjoner. I *Sårbare unge. Nye perspektiver og tilnærminger*, red. Edvard Befring, Ivar Frønes og Mari-Ann Sørli. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Kjønstad, Asbjørn og Aslak Syse. 2008. *Velferdsrett 1, Grunnleggende rettigheter, rettssikkerhet og tvang*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Akademiske.

- Kristoffersen, L. 2005. *Barnevernbarns helse: Uførhet og dødelighet i perioden 1990-2002*. Oslo: NIBR-rapport, 12.
- Kunnskapssenteret. 4/2013. *Effekt av og erfaringer med kontinuitetsfremmende tiltak i barneverninstitusjoner*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Kvello, Øyvind. 2010. *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Kvello, Øyvind. 2012. *Et samlet tilbud til utsatte foreldre med sped- og småbarn i alderen 0-3 år*. Oslo: Barne- ungdoms- og familiedirektoratet.
- Larsen, Erik. 2004. *Miljøterapi med barn og unge. Organisasjonen som terapeut*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lidén, Gunilla. 1984. *Når barn skifter foreldre*. Oslo: Aschehoug.
- Lindboe, Knut. 2012. *Barnevernrett*. 6. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Løgstrup, Knut E. 1956/1991. *Den etiske fordring*. København: Gyldendal.
- Main, Mary og Judith Solomon. 1986. Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. B. M. W. Yogman (Ed.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Westport, CT, US: Ablex Publishing.
- Moe, Vibeke. 1994. *Det affektive samspillet: betydningen av det tidlige affektive samspillet for barnets selvutvikling* (Skriftserie nr. 8: Aline Spedbarnsenter). Oslo: Aline Spedbarnsenter.
- Moe, Vibeke, Rigmor Grette Moe og Lars Smith. 2007. Utviklingsmessige og relasjonelle problemer hos sped- og småbarn. *I Barn og unge i psykoterapi*, red. Hanne Haavind og Haldor Øvreeide. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Moe, Rigmor Grette og Pia Risholm Mothander. 2010. Kartlegging og diagnostisering av vansker hos sped- og småbarn. *I Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*, red. Vibeke Moe, Kari Slinning og Marit Bergum Hansen. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Moe, Vibeke, Torill Siqveland og Kari Slinning. 2010. Barn av foreldre med rusproblemer og psykiske vansker. *I Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*, red. Vibeke Moe, Kari Slinning og Marit Bergum Hansen. Oslo: Gyldendal Akademiske.

- Rutter, M., O'Connor, T., & the English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team (2004) Are there biological programming effects for psychological development: Findings from a study of Romanian adoptees. *Development Psychology* 40:81–94.
- Sandberg, Kirsten. 2004. Inkorporeringen av FNs barnekonvensjon i norsk rett. *I Kritisk Juss* 30:316-329.
- Skau, Greta Marie. 2011. *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. 4. utgave. Oslo: Cappelen Damm Akademiske.
- Skorstad, Berit. 2008. Profesjonsetikk. *I Etikk – til refleksjon og handling i sosialt arbeid*, red. Solveig Botnen Eide og Berit Skorstad. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Smith, Lars. 2006. Bowlbys teori om barnets bånd og empiriske studier av tilknytning. *I Oppvekst og psykologisk utvikling*, red. Liv Mette Gulbrandsen. Oslo: Universitetsforlaget.
- Storø, Jan. 2008. *Sosialpedagogisk praksis – det handler om hva du gjør*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thormann, Inger. 1990. *Barn som har vært utsatt for rusmisbruk i fosterlivet*. (Skriftserie nr. 8: Aline spedbarnsenter). Oslo: Aline spedbarnsenter.
- Thormann, Inger og Charlotte Guldborg. 1995. *Hånden på hjertet. Omsorg for barn i krise*. København: Hans Reizels forlag.
- Winnicott, Donald. 1965. *The maturational processes and the facilitating environment*. London: Hogarth Press.
- Zachrisson, Henrik Daae. 2010. Tilknytning og psykisk helse hos sped- og småbarn. *I Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*, red. Vibeke Moe, Kari Slinning og Marit Bergum Hansen. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Juridiske bestemmelser er hentet fra:

Lovdata. <http://lovdata.no/all/index.html>

Syse, Aslak (red.). 2010-2011. *Norges lover. Lovsamling for helse- og sosialsektoren 2010-2011*. 20. utgave. Oslo: Gyldendal akademiske.