

Rapport

Du ser det ikke før du tror det

Rapport fra nasjonal konferanse om tidlig
innsats rettet mot barn i alderen 0–6 år



INNHold

Forord s. 4

Forebygging og tidlig innsats – Regjeringens politikk s. 5

FOREDAG

Foredragsholderne s. 9

Forskning om omsorgssvikt og tilknytning som grunnlag for forebyggende arbeid på helsestasjoner og i barnehagen

ved Kari Killén, Dr.philos, forsker emeritus ved NOVA s. 11

Den formbare barnehjernen

ved Magne Raundalen, psykologspesialist ved Senter for krisepsykologi s. 13

Samtale mellom Kari Killén, Magne Raundalen og Inga Marthe Thorkildsen s. 16

Vendepunkt

ved Tonna Brix s. 17

Varsellamper ved omsorgssvikt – fysiske funn og fallgruver

ved Torkild Aas, leder ved Regionalt kompetansesenter for vold og seksuelle overgrep mot barn s. 20

Små barn som informanter i forskning om vold i nære relasjoner

ved Carolina Øverlien, seksjonsleder ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) s. 22

Hva er virksam forebygging overfor de yngste barna

ved Terje Ogden, forskningsdirektør ved Atferdssenteret s. 24

Hva er en lykkelig barndom?

Tekstopplesning fra forfatter Roy Jacobsen s. 28

REFLEKSJONER OM VEIEN VIDERE

Refleksjoner om veien videre fra RBUP s. 32

PARALLELLSEMINARER

Seminar 1

Du kan hjelpe Jesper

ved Gro Kristiansen, Voksne for Barn s. 40

Tidlig innsats og langsiktig oppfølging i modellkommuneforsøket

ved Ulrika Håkansson, Bufetat og Hege Kristine Dyreland, Lørenskog kommune s. 41

Seminar 2

Hele barnet – hele kjeden

ved Anne Venke Myren og Nicolaas Kippenbroeck, prosjektet «Mission possible» s. 42

Familieambulatoriet i Nord-Trøndelag

ved Wenche Dehli, Helse Nord-Trøndelag s. 43

Seminar 3

Når må vi melde bekymring?

ved Kai Spurkland, Oslo politidistrikt s. 44

Hvordan arbeide sammen om saker som omhandler vold i nære relasjoner?

ved Camilla Grimsæth, Vestfold politidistrikt s. 46

Seminar 4

Barns tannhelse – hva skal vi se etter for å oppdage omsorgssvikt?

ved Anne Rønneberg, Universitetet i Oslo s. 47

Samarbeid mellom tannhelsetjeneste og barnevern

ved Ingvild Boge og Mona Nilsen, tannhelsetjenesten i Sogn og Fjordane s. 48

Dommeravhør og medisinske undersøkelser

ved Astrid Johanne Pettersen, Statens Barnehus Oslo s. 49

Seminar 5

Autisme eller tilknytningsforstyrrelse?

ved Elisabeth Grindheim, Oslo universitetssykehus s. 51

Kartlegging og tilknytningsstøttende tiltak

ved Marit Bergum Hansen, RBUP Øst og Sør s. 54

UTSTILLERE

Alarmtelefonen for barn og unge s. 57

Alternativ til vold s. 58

ADHD Norge s. 59

Autismeforeningen i Norge s. 60

Barn av rusmisbrukere s. 61

Home-Start Familiekontakten (HSF) s. 62

«Hvis klær kunne fortelle» s. 63

Jegvilvite.no s. 64

Landsforeningen for barnevernsbarn s. 65

Mental Helse Ungdom s. 66

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress s. 67

Norsk Tourette Forening s. 68

Statens Barnehus s. 69

Voksne for Barn s. 70

Forord

Det er viktig at utsatte barn får tidlig hjelp. De trenger voksne som bryr seg og som forstår. Voksne som arbeider med barn og familier må vite når og hvordan de skal gripe inn, og de må ha mot til å gjøre det.

Med dette som bakgrunn arrangerte Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Kunnskapsdepartementet konferansen *Du ser det ikke før du tror det* om tidlig innsats rettet mot barn i alderen 0–6 år. Den ble holdt 21. august 2013 og hadde et særlig blikk på barn som utsettes for vold og seksuelle overgrep.

Denne rapporten inneholder sammendrag fra alle foredragene som ble presentert på konferansen. I tillegg inneholder den en presentasjon av utstillere som deltok. Rapporten er skrevet av RBUP Øst og Sør. Konferansen ble også filmet, og per oktober 2013 er det mulig å se deler av den her:

www.regjeringen.no/nb/dep/bld/lyd_bilde/nett-tv/nett-tv-2.html?id=733529

Konferansen hadde deltakere fra barnehager, barnevern, helsestasjoner, tannhelsetjenester, PP-tjenester, sykehus, politi, krisesentre og familievernkantor. Dette er aktører som kan spille en avgjørende rolle overfor utsatte barn og familier.

Målet med konferansen var å gi felles kunnskap om hvordan vi kan oppdage og hjelpe barn som opplever omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep. Konferansen berørte viktige spørsmål som:

- Hvilke tegn og symptomer skal vi se etter?
- Hvordan kan vi snakke med barn og foreldre om vanskelige tema?
- Hvordan kan vi samarbeide bedre for at barn skal få hjelp tidlig?
- Hvordan kan vi forebygge omsorgssvikt?
- Hva er konsekvensene av en oppvekst med omsorgssvikt?

Vi takker alle foredragsholdere og utstillere som bidro til å gjøre konferansen faglig interessant. Vi takker også alle deltakerne.

Vi håper denne rapporten kan komme til nytte i arbeidet med å gi utsatte barn bedre muligheter og en bedre oppvekst!

Oktober 2013

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet
Helse- og omsorgsdepartementet
Justis- og beredskapsdepartementet
Kunnskapsdepartementet

Forebygging og tidlig innsats – Regjeringens politikk

Ved Barne-, likestillings- og inkluderingsminister Inga Marte Thorkildsen, Kunnskapsminister Kristin Halvorsen, statssekretær i Justis- og beredskapsdepartementet Pål Martin Sand og statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet Kjell Erik Øye

Konferansen startet med at de fire departementene presenterte regjeringens politikk og ga en oversikt over de fire departementenes ansvar og oppgaver for å styrke det forebyggende arbeidet mot vold og seksuelle overgrep i aldersgruppen 0–6 år.

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet

Statsråd Inga Marte Thorkildsen understreket at det er viktig å gi barn hjelp tidlig, for barndommen kommer ikke i reprise og en god barndom varer i generasjoner. Hvordan vi behandler barn i dag avgjør hva slags fremtid de får i morgen. Barndommen handler om verdier som ikke lar seg måle i penger. Det er en fremtidsinvestering å ta vare på barna våre, sa Thorkildsen. Noen barn blir utsatt for handlinger som er utenfor vår fatteevne. De er flere enn vi liker å tro. Det er viktig å erkjenne

«Barndommen kommer ikke i reprise.»

at vold og seksuelle overgrep faktisk skjer. Vi må tro at det kan skje, hvis ikke leter vi etter alle mulige andre forklaringer. Hvis vi ikke tror på det vi ser, vil vi heller ikke reagere for å hjelpe barn som er utsatt. Derfor er det viktig at vi har åpenhet og kunnskap om disse temaene. Vi må bryte tabuer og lytte til det barna selv har å fortelle oss. Det er de som er de virkelige ekspertene. Barn som har blitt utsatt for omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep er viktige informanter. De vet mye og kan hjelpe andre ved å bidra med sine erfaringer. Det er viktig å vise barn trygghet, tillit og respekt slik at de tør å fortelle. Vi skal styrke kompetansen i å snakke med barn og lytte til barn.

Vi skal jobbe mer for de aller minste, for vi vet nå hvor sårbare de minste barna er. Vi vil beskytte fostre bedre mot vold og rus. Vi vil fremme trygg tilknytning for det er like viktig som mat og luft for barns utvikling.

For å gi barn en trygg og god oppvekst er samarbeid viktig. Barn har rett til hjelp til rett tid, og vi må samarbeide for å få dette til.

Kunnskapsdepartementet

Statsråd Kristin Halvorsen påpekte at barnehagesektoren har en viktig rolle i å se barn som lever i familier der idyllen har sprekker. De ansatte i barnehagen møter familiene hver dag ved levering og henting, og har god innsikt i barnas hjemmesituasjon. I dag er det 90 000 voksne som jobber i barnehage i Norge, og av de er 1/3 pedagoger. Ca 50 % av de som jobber i barnehage er uten barnefaglig utdanning. Hun viste til veilederen «Til barnets beste – samarbeid mellom barnehagen og barneverntjenesten».

Det har vært en stor endring og vekst i antall barnehager. I dag er 90 % av alle barn i småbarnsalderen i barnehage i Norge, mens i 1975 var 5 % av barna i barnehage. F.eks. var det bare to barnehager i Halvorsens hjemby Porsgrunn, og de som jobbet i departementet kunne navnet på alle barnehagestyrene i landet. Dette sier litt om utviklingen. Det er viktig at man i barnehagen ser hvert enkelt barn. Hvem av oss har ikke tenkt «Det var noen jeg lurte på, men jeg trodde ikke på det jeg så, og dermed så jeg det ikke»?

«Barn og unge er 20 % av befolkningen, og 100 % av framtida.»

Det er viktig at de som jobber i barnehagen har kompetanse, støtte og noen å spørre når de merker at noe skurrer. Det gir trygghet for de ansatte slik at man reagerer når man ser det.

Tidlige tiltak er viktig, og vi må ha en strategi for kompetanseheving slik at det ikke blir ildsjeler og tilfeldigheter som styrer. Vi skal ikke glemme utsatte barn! Vi må aldri glemme dette, alle som jobber med barn. «Barn og unge er 20 % av befolkningen, og 100 % av framtida.»

Helse og omsorgsdepartementet

Statssekretær Kjell Erik Øie ga oss en oversikt over hva som gjøres innen helsevesenet for å forebygge og ivareta barn utsatt for omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep:

Den forebyggende innsatsen styrkes med 180 millioner til helsestasjonen og skolehelsetjenesten neste år, og en ny forskrift for helsestasjonen gir sterkere føringer for arbeidet ved helsestasjonene.

Psykologtjenesten i kommunene skal styrkes, og kompetanse og rutiner i helsevesenet vektlegges blant annet gjennom utarbeidelsen av en elektronisk håndbok for helsepersonell om hvordan man går frem ved vold og overgrep

Spesialistutdanningen for allmennleger styrkes, det vil holdes kurs for barneleger og allmennleger i hva man skal se etter når det gjelder overgrep og vold.

Å spørre om vold i hjemmet skal nå inn som en rutine i svangerskapsomsorgen.

Vi har en meldeplikt i følge lovverket, men vi vet at det er andre barrierer som hindrer at man melder ifra til barnevernet.

«Vi må samarbeide for å kunne gjøre en forskjell.»

Tilbudet til barn som er utsatt skal styrkes gjennom å øke kompetansen i spesialisthelsetjenesten. Man må vite forskjellen på et kutt fra et barberblad og fra et gjerde, og man må ha kunnskap om at samme symptomer hos to barn kan ha forskjellig forklaring. Derfor er det viktig at vi stiller de vanskelige spørsmålene. Vi må samarbeide for å kunne gjøre en forskjell, avslutter Øie.

Justis- og beredskapsdepartementet

Statssekretær Pål Martin Sand understreket at volds- og overgrepsutsatte barn er avhengig av fellesskapets beskyttende hånd. Denne barnegruppen er mer enn noen avhengig av å bli sett, at de som ser har kunnskap og kompetanse, og at fellesskapets ulike deler snakker sammen. Politiet spiller her en viktig rolle. Politiet driver aktivt forebyggende arbeid og har kompetanse og egne metoder i arbeidet mot vold i nære relasjoner. De siste tiårene har vi sett en holdningsendring. Vold og overgrep i hjemmet har blitt et offentlig anliggende. Stortingsmeldingen om forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner fra mars 2013 er et viktig bidrag i det helhetlige arbeidet mot vold i nære relasjoner.

Både antall anmeldelser og antall dommeravhør av barn er økende. Flere tør å melde fra, flere blir sett og flere får hjelp, men vi har fremdeles en vei å gå.

Det kan være slik at skolen sitter med noen brikker, helsevesenet sitter med andre brikker, politiet har noen brikker og når alle brikkene legges sammen, får det alarmklokken til å ringe.

Beredskap overfor de yngste er viktig, og fra 2007 har vi hatt barnehus der sårbare barn som har vært vitner til eller selv vært utsatt for overgrep og vold kan få hjelp fra flere i samme lokalitet i stedet for å bli sendt fra sted til sted. Vi etablerer nå barnehus nummer ni og ti i Bodø og Sandefjord.

I Oslo har opprettelsen av barnehus ført til en tredobling av antall avhør. Det tar fremdeles for lang tid før avhør blir gjennomført, og vi jobber for å få ned ventetiden. I sommer har ventetiden gått ned fra 90 til 20 dager ved avhør i saker som gjelder barn utsatt for seksualforbrytelser.

Statssekretæren trakk også frem Vestfold politidistrikt og Stovner politistasjon i Oslo som har tatt i bruk SARA (Spousal Assault Risk Assessment Guide), et verktøy med standardiserte spørsmål for å vurdere risiko for gjentatt vold. Målet er at alle politidistrikter tar dette verktøyet i bruk i løpet av 2013. Det er viktig at det jobbes tverrfaglig slik at både blant annet NAV, barnehage og skole, helsevesen, krisesentertilbud, politi og behandlingstilbud som Alternativ til vold bidrar. w

«Politiet har en viktig forebyggende rolle!»



Foredrag

Foredragsholderne

Forskning om omsorgssvikt og tilknytning som grunnlag for forebyggende arbeid på helsestasjoner og i barnehager
ved Kari Killén

Den formbare barnehjernen
ved Magne Raundalen

Samtale mellom Kari Killén, Magne Raundalen og Inga Marte Thorkildsen

Vendepunkt
ved Tonna Brix

Varsellamper ved omsorgssvikt – fysiske funn og fallgruver
ved Torkild Aas

Små barn som informanter i forskning om vold i nære relasjoner
ved Carolina Øverlien

Hva er virksam forebygging overfor de yngste barna?
ved Terje Ogden

Hva er en lykkelig barndom?
ved Roy Jacobsen

Foredragsholderne



Kari Killén

er utdannet sosionom med videreutdanning i barne- og ungdomspsykiatrisk behandling og psykososialt arbeid. Hun har omfattende erfaring fra klinisk praksis fra barne- og ungdomspsykiatrien, voksenpsykiatrien og familierådgivning. Killén har skrevet mange fagbøker, og flere av dem er oversatt til flere språk. Hun er forsker emeritus ved NOVA og er særlig opptatt av forebyggende arbeid og metodeutvikling overfor barn og foreldre med rusmiddelproblemer, psykiske lidelser og andre alvorlige psykososiale belastninger.

Foto: Fotograf Sturlason



Magne Raundalen

er psykologspesialist knyttet til senter for krisepsykologi i Bergen. Han har særlig arbeidet med temaer som barn i kriser og hvilke konsekvenser traumatiske opplevelser og omsorgssvikt har for barns utvikling. Han har skrevet en rekke bøker og faglige artikler om dette. Raundalen ledet det offentlige utvalget som sto bak NOU 2012:5 «Bedre beskyttelse av barns utvikling». I 2000 ble Magne Raundalen utnevnt til Kommandør av St. Olavs Orden for sitt arbeid for barns beste.

Foto: PEDLEX Norsk Skoleinformasjon



Tonna Brix

er navnet på en Rap-duo bestående av Hakan Pandul og Kenneth Holt. De står blant annet bak kampanjen «Vendepunkt» som er et voldsforebyggende tiltak mot vold i hjemmet. De siste årene har de reist rundt i landet og besøkt skoler og ungdomsklubber for å holde foredrag om temaet. Begge har personlige erfaringer fra en oppvekst preget av vold og trusler.

Foto: Morning Star



Torkild Aas

er leder ved Regionalt kompetansesenter for vold og seksuelle overgrep mot barn ved Oslo universitetssykehus. Aas er barnelege og har spesialkompetanse på spiseforstyrrelser og medisinsk utredning av barn utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt. Kompetansetjenesten skal bidra til å øke kunnskapen hos leger, sykepleiere, helsesøstre og andre brukere i Helse Sør-Øst RHF, blant annet gjennom å belyse henvisning- og samhandlingsrutiner for å sikre en effektiv og forsvarlig utredning av saker.

Foto: Torkild Aas



Carolina Øverlien

er fil.dr. og forsker ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Hun har i en årrekke forsket på barn og vold i nære relasjoner. Øverlien er særlig opptatt av barn og unges egne fortellinger om vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt, og hvilke strategier barn har for å håndtere vanskelige og traumatiske opplevelser.

Foto: Lars Sørli



Terje Ogden

er forskningsdirektør ved Senter for studier av problematferd og innovativ praksis (Atferdssenteret) og professor II ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo. Ogden har særlig forsket på atferdsproblemer og sosial kompetanse hos barn, og han har skrevet lærebøker og forskningsartikler om disse temaene. De senere årene har Ogden forsket mye på implementering og evaluering av forebyggende tiltak og behandlingstiltak rettet mot utsatte barn og familier.

Foto: Ole-Andreas Pedersen



Roy Jacobsen

er en norsk forfatter. Han debuterte i 1982 med novellsamlingen «Fangeliv» og er blant annet kjent for romaner som «Seierherrene» og «Vidunderbarn». Han har mottatt mange priser for sitt forfatterskap. Han har nå skrevet en ny roman, «De usynlige», som har blitt godt mottatt. Barndomsskildringer og oppvekst er sentrale temaer i flere av hans bøker.

Foto: Fredrik Arff

Forskning om omsorgssvikt og tilknytning som grunnlag for forebyggende arbeid på helsestasjoner og i barnehager

Ved Kari Killén

Killén poengterte at vi har tilstrekkelig kunnskap til å forebygge barns lidelser i forbindelse med omsorgssvikt. Denne kunnskapen må tas i bruk innen arenaer som helsestasjoner, barnehager og familiesentre.

«Vi ser det ikke før vi har 'kunnskap' om det.»

Overgrep og vanskjøtsel

Vi skiller mellom fysiske og seksuelle overgrep, og følelsesmessig vanskjøtsel og psykiske overgrep. I denne sammenheng fokuseres det på de to sistnevnte, da disse kan være vanskelig å få øye på. Følelsesmessig vanskjøtsel og psykiske overgrep er der før de fysiske og seksuelle overgrep, vel å merke når disse foregår innen kjernefamilien. Følelsesmessig

vanskjøtsel innbefatter mangel på dekning av følelsesmessige, kognitive og sosiale behov. Dette viser seg å være en alvorlig trussel mot barnets følelsesmessige, kognitive, fysiske, sosiale og atferdsmessige utvikling. Psykiske overgrep handler om en kronisk holdning eller handling hos foreldre som omfatter sterke negative og/eller irrasjonelle engasjement i barnet, og/eller at foreldres atferd og livsstil skaper en omsorgssituasjon hvor barnet lever med en kronisk bekymring for det «forutsigbare, uforutsigbare».

Nyere hjerneforskning underbygger kunnskap om at hjernens utvikling avhenger av erfaring, og omsorgspersonens følelsesmessige engasjement i spedbarnet er avgjørende. Traumer i de tre første årene av barnets liv har derfor vist seg å ha en spesielt skadelig effekt.

Barnet tilpasser seg omsorgssvikt på ulike måter. Enkelte blir utagerende og aggressive, og er lett synlige for oss alle. Andre blir overdrevent tilpasningsdyktige og kan være vanskelige å få øye på. Det kan være barn som er overdrevent lydige, konstant på vakt, eller barn som har en omsorgsrolle overfor sine foreldre. Det er nå omfattende dokumentasjon av langtidsvirkninger av omsorgssvikt opp i voksen alder. Den blir knyttet til alvorlige psykiske lidelser som bl.a. depresjon, posttraumatisk stresslidelse (PTSD), dissosiative lidelser, angst, suicidal atferd, spiseforstyrrelser og rusmiddelproblemer.

Tilknytning og samspill

Tilknytningsteori og samspillsforskning har de senere årene bidratt til ytterligere forståelse av barns utvikling og tilpasning til omsorgssvikt. Barnets tilknytningsstrategi har som funksjon å sikre nærhet til omsorgspersonen når barnet er redd. Noen barn utvikler en trygg tilknytning, mens andre utvikler en utrygg tilknytning. Barn i særlig risiko for skjevutvikling er barn med desorganisert tilknytning. For disse barna er omsorgspersonen, som skal være kilden til trygghet, samtidig kilden til frykt. Omsorgspersonen er enten så skremmende eller så skremt at barnet blir skremt. Det er viktig å merke seg at barnets tilknytningsstrategi kun blir aktivert når barnet blir utsatt for stress, og kan derfor ikke vurderes i vanlig samspill. Samtidig med at barnet utvikler tilknytningsstrategier til sine foreldre, utvikles det såkalte «indre arbeidsmodeller». Barnets erfaringer med omsorgspersonen danner grunnlaget for barnets oppfatning av seg selv og sine foreldre, men preger også barnets oppfatning av og forventninger til andre. Det vil således danne grunnlaget for tanker om og følelser for eget barn som

igjen preger utforming av foreldrerollen. Foreldres indre arbeidsmodell om eget barn kan belyses gjennom et intervju kalt Working Model of the Child Interview (WMCI). Allerede i graviditet har intervjuet vist seg å kunne predikere barnets tilknytningsstrategi ved et år.

I arbeidet med å forebygge omsorgssvikt er det behov for kunnskap om teori, forskning og metoder som bidrar til å identifisere og hjelpe barn og foreldre i risiko. Kunnskapen må formidles til både foreldre og de som arbeider tett på de minste barna og deres foreldre gjennom bl.a. helsestasjon, barnehage og familiesenter.

Working Model of the Child Interview (WMCI) kan anvendes i arbeidet med å kartlegge foreldrenes «indre arbeidsmodeller» eller tanker om følelser om barnet. Circle of Security (COS) er en psykoedukativ metode hvor tilknytningsteori formidles på en enkel og pedagogisk måte. Barnets behov og forståelse for barnets tilknytningsstrategi illustreres og gir grunnlag for å forstå barnets atferd. Kunnskap om tilknytning og tilknytningsstrategier må bli kunnskap som når ut til fagfolk som arbeider tett på små barn, men også må bli foreldres eie.

Barnets tilknytningsstrategi kan ikke vurderes før barnet er ca. 1 år gammelt. Videoopptak av samspill mellom foreldre og barn kan derimot gi oss viktig informasjon fra barnet er nyfødt. Det differensieres mellom «godt nok samspill», «risikosamspill» og samspill i omsorgssviktsituasjoner. Med bruk av observasjonsmetoden Care Index kan vi bli oppmerksom på foreldre og barn som strever og har behov for hjelp. De samme samspillvideoene kan anvendes i intervensjonsarbeidet med å styrke foreldrenes mentaliseringsevne, dvs. foreldrenes evne til å se og forstå barnets signaler og behov, og til å bære barnet i sin bevissthet. Vi har behov for kunnskap om utrednings- og behandlingsmetodikk. Disse barna har også behov for en tilknytningsperson utenfor familien, og det er viktig at barnehagen organiseres slik at alle barn får en person som sin tilknytningsperson. Behovet for bearbeiding er også fremtredende.

Betydningen av relasjoner

For at dette arbeidet skal realiseres, kreves omfattende satsing på opplæring. Metodene som Killén har modifisert for klinisk arbeid, har vist seg å være gode tilnærminger i arbeidet med utredning, identifisering og behandling. Metodene krever imidlertid omfattende opplæring og stadig oppfølging med veiledning for å sikre forståelse. Uansett tilnærming er relasjonen til både foreldre og barn helt avgjørende. Tilknytningsforankret forståelse gir et solid grunnlag for å utvikle relasjoner som gir muligheter for forebyggende arbeid så vel som behandlingsarbeid.

«Uansett tilnærming er relasjonen til både foreldre og barn helt avgjørende.»

Den formbare barnehjernen

Ved Magne Raundalen

Raundalen innledet sitt foredrag med å la det lille barnet spørre om hvor hjelpen skal komme fra. Barnet lever med vold i hjemmet og Raundalen undret seg over hva som skjer inne i det barnet som har søkt tilflukt under salongbordet, og ligget helt stille den siste timen, med hendene beskyttende over hodet. Han ga deretter en oversikt over sentrale hjernestrukturer og dissens betydning for det lille barnets utvikling, blant annet hippocampus, amygdala og HPA-systemet.

Hippocampus er hjernens kontaktskaper og rapportør

Hippocampus er lite utviklet før fireårs alder, noe som innebærer at det lille barnet ikke kan gjenfortelle hva det opplever. Allikevel er barnets medfødte stresssystem (HPA) mobilisert. Dersom dette systemet gjentatte ganger mobiliseres i tidlige barneår, vil traumeminner og uro lagres i barnets alarmsentral (amygdala) selv om barnet ikke kan huske eller fortelle om det.

Amygdala blir aktivert og satt i beredskap ved påkjenninger, og er nesten ferdig utviklet ved fødsel. Dersom barnets aktiveringsnivå er konstant forhøyet, kan det bli permanent. Dette medfører skader også når barnet ikke lenger utsettes for traumer. Et forhøyet aktiveringsnivå kan skade hippocampus, noe som igjen kan påvirke barnets mulighet for utvikling av rask og effektiv hukommelse. Dette betyr at traumatiske opplevelser gir både skrekkminner som lagres i barnesinnet, men at de også skader det verktøyet som barnet trenger for å mestre dagliglivet. Vold i hjemmet er derfor en forbrytelse mot fremtiden.

En skade på hippocampus hemmer barnets mulighet til å lykkes i utdanningsløpet, og et mislykket utdanningsløp er en risiko både for ekskludering i yrkeslivet og for å bli forelder til nye barn i barnevernet.

Vold kan gi varige følger for barnehjernen

Vold i hjemmet har en dobbelt effekt: De minste barnas hjerne er mest formbar. Samtidig er det de minste barna som hyppigst blir utsatt for vold.

Vi vet at hjernen utvikles i et samspill mellom gener og erfaring, og at tidlig omsorg har stor betydning for senere læringsevne, at det er mulighet for endring, men at dette avhenger av timing. Videre at det å leve med frykt skader hjernen, også moderat frykt.

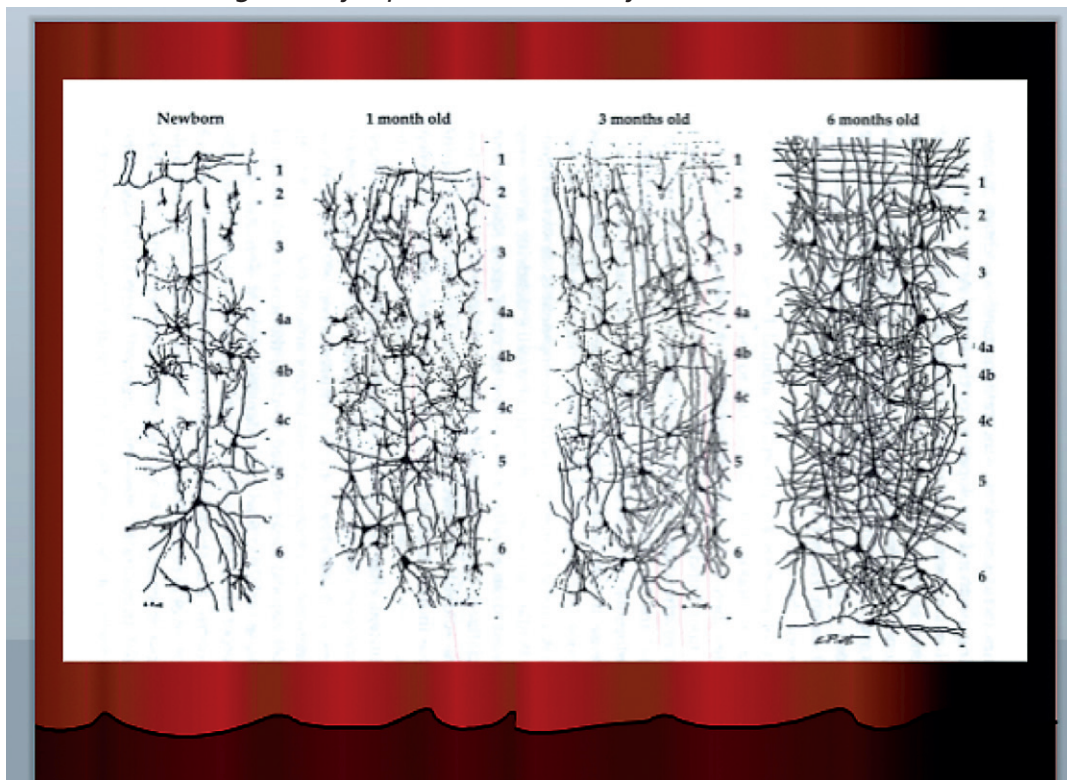
I hvilken grad er det mulig å forebygge og/eller kompensere for dette? Det ser ut som det settes et tak allerede ved syv måneder ved grov forsømmelse og understimulering, videre at utvikling begrenses når sensitive, optimale perioder oversittes. Disse begrensningen viser seg først og fremst som en redusert kognitiv utvikling, og vårt budskap er derfor at «det viktigste er at vi oppdager».

«Det viktigste er at vi oppdager.»

Vårt syn på barn har endret seg mye i løpet av de siste 80 årene. Førkrigsbarnet omtales som lydighetsbarnet, deretter kom behovsbarna, som var barnepsykologiens barn. Videre, med bakgrunn i barnekonvensjonen, forskerbarnet, og nå, på grunn av nyere hjerneforskning; det formbare barnet. Det er derfor viktig å beskytte hjernen, og derfor er BARNE-HJERNE-VERNET viktig.

Barnet fødes med over 100 milliarder hjerneceller, men det som er avgjørende for hjernens fungering, er hvordan disse hjernecellene kobler seg sammen (danner synapser) og kommuniserer med hverandre. Hjernen er bruksavhengig, og det er barnets erfaringer som bygger hjernen. Ved fødsel er ca. 15 % av cellene koblet sammen, i de neste årene kan barnet koble 250 000 nye forbindelser per time.

Her vises utviklingen av synapsedannelse, fra nyfødt til seks måneders alder:



En rekke studier bekrefter en høy sammenheng mellom traumatiserende hendelser, spesielt i omsorgsmiljøet, og senere psykisk helse. I dyreforskning er det godt dokumentert at stress tidlig i livet påvirker adferd i voksen alder (Lopez, Akil & Watson 1999). Videre at depresjon er tre-fem ganger mer vanlig hos barn som har opplevd vold og overgrep, og at de har tolv ganger større risiko for å prøve å ta livet sitt (ref. Putnam 2006). Raundalen kaller dette «hjernens hevn». Han fremhever også postulatet «fra rasert barndom til ruset ungdom».

Ny kunnskap om barns utvikling og sårbarhet

Her oppsummeres kunnskap fra flere sentrale forskere. Rutters som i sin forskning fulgte barn som hadde blitt adoptert fra barnehjem i Romania, fant at barna allerede ved syv måneder mistet ikkefornybare ressurser, og at dette i størst grad påvirket kognitiv utvikling. Heckman, nobelprisvinneren i økonomi i 2000, hevdet at alle investeringer som fremmer barns kognitive utvikling, gir fremtidsgevinst. Bronfenbrenner postulerte at barn må være sammen med voksne som er «crazy about them» men også være sammen med voksne som ikke er «that crazy about them» – dette gjør at barna kan få vite hva de vil.

Hvordan kan traumer behandles hos de minste barna?

Bruce Perrys har utviklet neurosekvensiell modell for terapi (NMT). Dette er en metode der man gjenoppretter dypere hjerneskade påført av tidlig omsorgssvikt og forsømmelse (Neurosequential Model of Therapeutics for children with complex neuropsychiatric problems, 2009, 2012, 1013).

NMT bygger på kunnskap om at hjernen er bruksavhengig og utvikles både sekvensielt og hierarkisk. Under utvikling organiserer hjernen seg parallelt, fra det minst komplekse til det mest komplekse: det vil si fra den minst komplekse hjernestammen, til den langt mer avanserte emosjonshjernen, videre til den mest komplekse storhjernen. Fra eldst til yngst og fra enkel til kompleks. De høyere hjernefunksjonene er avhengig av at de enklere fungerer. Hvis de lavere funksjonene er dysregulerte eller asynkrone, vil dette reflekteres i hjernens funksjon. De kliniske implikasjonene av disse prinsippene påpeker viktigheten av tidspunkt for erfaringer. Et traume vil virke forskjellig avhengig av barnets alder.

Terapi er å forandre hjernen, og det å nå ned til dypere hjernestrukturer for å gjenvinne, gjenopprette eller nyopprette forsømte nevrale systemer kan føre til endring og bedring. Gjennom NMT kan man nå disse områdene (Bruce D. Perry. Examining Child maltreatment Through a Neurodevelopmental Lens: Clinical Applications of the Neurosequential Model of Therapeutics. Journal of Loss and Trauma, 14:240–255, 2009. R. Sprang et al. Translating Neurodevelopment into Practice: How to go from fMRI to Home visit. Journal of Loss and Trauma, 14:325–346, 2009). NMT handler om å først kartlegge barnets utviklingshistorie, deretter sette inn tiltak mot de skadde områdene. Sentralt i dette er musikk, balanse, lek og rytme.

Politisk utfordring

Til slutt en politisk utfordring; mange faggrupper kan arbeide for å forebygge og gjenopprette skadde nettverk i barnehjernen, men dette vil kreve en faglig vurdering av modellen og deretter en opptrappingsplan for implementering. Dette underbygges med barnekonvensjonen artikkel 39, der det står at:

«Partene (statene) skal treffe alle egnede tiltak for å fremme fysisk og psykisk rehabilitering og sosial reintegrering av et barn som har vært utsatt for: enhver form for vanskjøtsel, utnyttning eller misbruk; tortur eller enhver form for grusom eller nedverdiggende behandling eller straff; eller væpnede konflikter. Slik rehabilitering skal finne sted i et miljø som fremmer barnets helse, selvrespekt og verdighet.»

Samtale mellom Kari Killén, Magne Raundalen og Inga Marte Thorkildsen

Relasjoner, mellommenneskelighet og kjærlighet

Samtalen ble innledet av at Thorkildsen fremhevet at de viktigste temaene uansett er relasjoner, mellommenneskelighet og kjærlighet. Hun påpekte at man ofte snakker om profesjonalitet og avstand, og stilte spørsmålet om hvorfor man ikke heller spør om profesjonalitet og nærhet.

«It has to do with love, you know.»

Killén svarte med å henvise til egen klinisk veiledning, der man sier: «It has to do with love, you know. But what kind of love?» Killén sa at vi må bruke det beste av oss selv i arbeidet med andre, men at dette krever at vi kjenner oss selv. Man må våge å se, man må våge å engasjere seg.

Da kan man også sette grenser, være ivaretagende og våge å gjøre noe med det. Da gjør vi det ut fra kjærlighet og engasjement, ikke ut fra moralisme.

Profesjonalitet og nærhet

Raundalen kommenterte at det å ha direkte kontakt og nærhet for mange kan føles farlig. Han refererte til Hillary Clinton som har fremhevet temaet profesjonalitet og nærhet. Han fortalte en anekdote om en mor han snakket med som mistet et barn for 25 år siden. Moren fortalte om et øyeblikk der hun lyste, et lysende øyeblikk; barnet var meget sykt, og både mor og personalet jobbet for å sette veneflon. Da de endelig fikk det til, sa barnelegen: «Så fikk VI det til,» ga moren en klem og sa at hadde det ikke vært for deg, så hadde vi aldri klart det. Raundalen utfordrer hjelpere til å noen ganger være grenseoverskridende, men selvfølgelig med kontroll.

Killén påpekte at mange har denne evnen, rent intuitivt, men at det er viktig å forstå denne evnen enda bedre.

Tilnærming til familier med minoritetsbakgrunn

Thorkildsen ønsket råd om tilnærminger til familier med minoritetsbakgrunn. Raundalen svarte spontant: «Bli kjent med dem, dra hjem til dem! De har alle tradisjon for å ta imot besøk, og de er glade for at det kommer folk. Ta deg god tid, prøv å forstå dem, men bruk også tid på forklare og vise dem det norske samfunnet.» Killén utdypet: «Se dem, lev deg inn i deres situasjon, se dem innenfra, og prøv å se hvordan de ser oss utenfra.» I denne sammenheng fremhevet hun viktigheten av mentalisering, det å tenke om og også det å tenke sammen med.

«Se dem innenfra, og prøv å se hvordan de ser oss utenfra.»



Vendepunkt

Ved Tonna Brix

Hiphop-duoen Tonna Brix består av Kenneth Holth og Hakan C. Pandul. Hakan og Kenneth fremførte to sanger for oss og fortalte oss om skoleprosjektet Vendepunkt. Navnet Tonna Brix er hentet fra det amerikanske uttrykket «hit you like a ton of bricks».

Prosjektet Vendepunkt

Gjennom prosjektet Vendepunkt reiser Tonna Brix rundt på landets ungdomsskoler og videregående skoler for å skape åpenhet om vold i hjemmet og gi informasjon om hvor man kan få hjelp. Prosjektet er støttet av Gjensidigestiftelsen. Tonna Brix ønsker å hjelpe andre som opplever det samme som de har gjort. Gjennom prosjektet Vendepunkt tilbys skoler en temadag der Tonna Brix gjennom musikk og foredrag forteller om sine liv, hvilken hjelp de selv har fått og hvilke metoder som finnes for å bearbeide de traumatiske opplevelsene av å vokse opp i en familie med vold og rus.

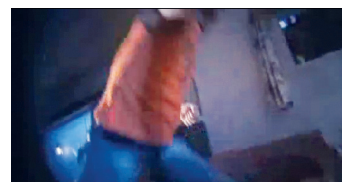
Å tørre å snakke om det vonde

Vi forteller gjennom tekstene våre om hvordan vi selv har opplevd å vokse opp med rusmisbruk og vold hjemme. Nå reiser vi rundt på skoler og fortelle om vår bakgrunn og hvordan man kan få hjelp ved å bryte tabuer og tørre å snakke om det vonde. Mange som har blitt utsatt for vold eller seksuelle overgrep skammer seg, og skammen er ofte til hinder for å få den hjelpen man trenger.

Sterkt inntrykk

Kenneth har selv gått til psykolog for å få hjelp til å bearbeide sine opplevelser og det har gitt ham styrke og vært med på å bygge ham opp fra å være redd for å snakke høyt i klassen sin, til at han nå kan stå på en scene og rappe og fortelle sin historie foran 700 mennesker slik som i dag. Hakan flyktet sammen med mor og to brødre fra en voldelig stefar og ble boende på krisesenter i over et år.

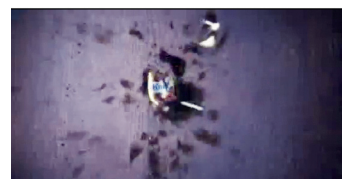
Bildene under er fra bloggen deres: www.tonnabrix.blogg.no



Løvetannbarn

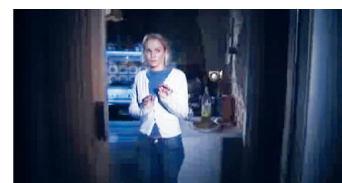
Vers 1 (Hakan Pandul/Tabasco)

vi åpner sår og så sår frø
vi tar ikke ferie, nei kompis, vi tar ikke ferie
og vi deler som brødre bryter brød
vi tar ikke ferie, nei kompis
v for vendetta, v for vendepunkt
jeg er en fønix og jeg kan detta, kanskje du kjenner noen
kunne tatt en telefon, kunne sagt ifra
burde snakke med treneren og pappa men jeg var vel for dum
fikk ikke kunnskap om hjem på heimkunnskap
næsj, fikk heller pekefingeren og ble kalt for lat
prat. jeg er et løvetannbarn baby. jeg er ikke leid inn og kjøpt
jeg er han karen daily. og jeg kan banne på
at Jarl snur seg i grava nå. jeg er ikke usynlig mer jeg blir glana på
– Tabasco. vil ikke at du skal gå i mine sko
i Air Jordan's og redd for og gå hjem



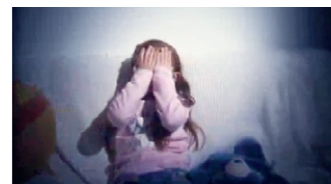
refreng

Vi er løvetann. løvetannbarn
måtte slåss mot løver for å leve
åh løvetannbarn vi kom tilbake fra kamp med tann i kjedet
Vi er løvetann. løvetannbarn
måtte slåss mot løver for å leve
åh løvetannbarn. vi kom tilbake fra kamp med tann i kjedet

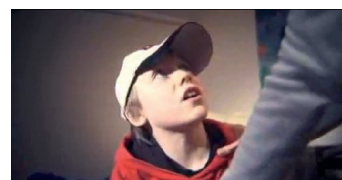


Vers 2 (Kenneth Holt/Hajoken)

jeg var liten og utilstrekkelig, sykkelig ulykkelig
 vettskremt, nedstemt, trist, dystert og usynlig
 men har jobba meg gjennom en radikal endring.
 forbedring. en psykologisk transformering
 kan jeg, så kan du, finn din vitale ventil
 det er du og dine tanker som skaper ditt liv
 snakk nå, blir det for hardt så skriv det ned på et ark og
 pass på, lever det til en du stoler fast på
 husk det jeg har sagt nå, bli hørt, vit at det her har du krav på
 ikke gi opp selv om hjelpeapparatet svikta og la på
 kanskje du intuitivt tenker «jeg føler meg sånn, jeg er dum»
 er ikke et aksiom, men ubrukelig abstraksjon
 en emosjonell resonering. selvdiskvalifisering
 motbevis det pisset der med kognitiv korrigering
 selv om du har ondskap brent inn på netthinna
 må du fortsette. leverer fra meg stafettpinna

**refreng**

Vi er løvetann. løvetannbarn
 måtte slåss mot løver for å leve
 åh løvetannbarn vi kom tilbake fra kamp med tann i kjedet
 Vi er løvetann. løvetannbarn
 måtte slåss mot løver for å leve
 åh løvetannbarn. vi kom tilbake fra kamp med tann i kjedet

**vers 3 (Hakan/Tabasco og Kenneth/Hajoken)**

jeg har hatt du vet skrutrekkeren under puta
 og tatovert skrutrekkeren på armen
 for vi har hatt det pes syv dager i uka
 og jeg har makulert og blitt kapteinen på skuta
 levd et amputert liv men nå ser du garantert smil
 har tilgitt og fått faen så feit driv
 skal ikke sørge men sørge for at vårt år blir i år
 og du forstår nå at to dudes forstår



vi åpner sår og så sår frø
 selv om det blør så ikke gå for å dø
 om det river i nervene og du pines i helvete
 så sett ord på det, skrik og bli sterkere
 har selv møtt en haug av vegger og vokst gjennom asfalt
 er stolt over hva jeg har klart vi står for en bra sak
 eksponerer meg på en autentisk måte med såppas kontroll
 siter meg på at psykisk vold også er vold

**refreng:**

Vi er løvetann. løvetannbarn
 måtte slåss mot løver for å leve
 åh løvetannbarn vi kom tilbake fra kamp med tann i kjedet
 Vi er løvetann. løvetannbarn
 måtte slåss mot løver for å leve
 åh løvetannbarn. vi kom tilbake fra kamp med tann i kjedet

Varsellamper ved omsorgssvikt – fysiske funn og fallgruver

Ved Torkild Aas

Fra 2007 til 2012 var det nesten en tredobling i antallet undersøkelser vedrørende mistanker om vold og seksuelle overgrep mot barn ved Sosialpediatrisk seksjon på Ullevål, Oslo universitetssykehus.

Det ble gjennomført totalt 284 undersøkelser i 2012, hvorav 130 var for mistanke om fysisk mishandling og 154 for mistanke om seksuelle overgrep. Det synes å være en liten overvekt av gutter som blir undersøkt for mistanke om fysiske overgrep de siste årene, mens det har vært en gjennomgående tendens fra 2007 at flest jenter blir undersøkt for seksuelle overgrep.

Et eksempel

Et barn blir innlagt på sykehus med tegn på forgiftning. Legene oppdager at barnet har høye saltverdier og iverksetter behandling. Saltverdiene synker, men etter kort tid stiger verdiene igjen. Dette virker uforståelig for legene. Hvorfor skulle verdiene stige igjen etter at det var iverksatt effektiv behandling? Det virker usannsynlig, og de finner ingen naturlig forklaring før de omsider oppdager at moren til barnet injiserer salt med en sprøyte gjennom næringssonden til magesekken på barnet på sykehuset. I ettertid viste det seg at moren hadde saltforgiftet barnet hjemme, noe som foranlediget innleggelsen.

Dette var ett av de mer beskjedne eksemplene som ble trukket frem, men som likevel understreker at man må tørre å tenke det utenkelige. Hovedbudskapet til Aas – at man må våge å tenke tanken om det kan være barnemishandling – er tydelig. «Det man ikke leter etter, finner man ikke,» sier han.

«Det man ikke leter etter, finner man ikke.»

Den vanligste formen for omsorgssvikt er vanskjøtsel hvor barnet ikke får dekket grunnleggende behov som påkledning, tannpuss eller ernæring. Andre typer mishandling og omsorgssvikt er seksuelle overgrep (f.eks. blotting, pornografi, onanering, beføling, oralsex og samleie), fysisk mishandling (f.eks. slag, spark, klyping, pisking, kvelertak, dytting, brenning og avstraffing), og psykisk mishandling (f.eks. trakassering, trusler, vitne til vold, rus og psykisk sykdom) som også synes å være den vanskeligste formen for mishandling å avdekke.

Hvem tar kontakt?

De som tar kontakt med Sosialpediatrisk seksjon ved mistanke om seksuelle overgrep eller fysisk mishandling er ofte foreldre, leger, helsesøstre, barnevern, politi, krisesentre, asylmottak og sykehus. Sosialpediatrisk seksjon kartlegger da problemstillingen og sender ut innkalling samme dag hvis situasjonen tillater det. Deretter vil barnet og foreldrene komme inn til samtale med lege, psykolog, ernæringsfysiolog eller andre, og det vil foretas en medisinsk utredning og eventuelt videre henvisning til ytterligere behandling.

Hva innebærer en medisinsk utredning?

Ved medisinsk utredning vil man typisk se om barnet er velstelt og hvilket stemningsleie det har, hvilket fysisk utviklingsnivå barnet er på (f.eks. lengde og vekt), om barnet har flekker, arr, eller lignende på huden, skader (f.eks. i ansikt, munnhule eller underliv), og det gjøres en vurdering av hvilke skader som er

«vanlige» eller mistenkelige. I noen tilfeller har det vist seg at mistanker om seksuelle overgrep og fysisk mishandling har vært feilaktige eller hatt en «naturlig» forklaring (f.eks. reelt uhell, infeksjon eller hudtransplantasjon). Det er likevel bedre å melde mistanke om seksuelle overgrep eller fysisk mishandling som viser seg å være feilaktig, enn å la være å melde en mistanke som hadde vist seg å stemme.

Barn i risikogruppen

Barn som synes å være i risiko for å bli utsatt for seksuelle overgrep og fysisk mishandling er:

- premature og kolikkbarn
- barn som ikke har utviklet språk eller barn med utviklingshemming
- barn med autisme eller atferdsproblemer
- barn som ikke er i barnehage
- barn hvor foreldre uteblir fra frivillig kontroll på helsestasjonene

Utløsende faktorer

Seksuelle overgrep og fysisk mishandling kan typisk være utløst av:

- arbeidsløshet eller krisesituasjoner
- fattigdom (dvs. økonomiske belastninger, vold i nærmiljøet, familiekonflikter og trangbodde)
- foreldre som selv er blitt utsatt for seksuelle overgrep eller fysisk mishandling
- aleneforeldre og tenåringsekteskap
- psykisk sykdom eller rusmisbruk
- kulturer med et sterkt patriarki

For råd og informasjon

Er du i tvil, kan du søke råd og informasjon hos Regionalt kompetansesenter for vold og seksuelle overgrep (Kompetansesenteret). Her kan du også finne prosedyrer ved mistanke om de ulike formene for mishandling som ligger i Helsebiblioteket. Kompetansesenteret skal bidra til å øke kunnskapen hos leger, sykepleiere, helsesøstre, og annet helsepersonell i helseforetaket Helse Sør-Øst, blant annet gjennom å belyse henvisnings- og samhandlingsrutiner for å sikre en effektiv og forsvarlig utredning av saker.

For kontakt med Kompetansesenteret gå til:

<http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/avdelinger/sosialpediatrisk-seksjon/sider/enhet.aspx>.

Små barn som informanter i forskning om vold i nære relasjoner

Ved Carolina Øverlien

«Vi må
være
lydhøre.»

Hvordan kan vi legge til rette for at barn forteller om sine opplevelser? Tradisjonelt har man tenkt at «barn skal sees, men ikke høres». Til tross for at det ikke lenger er slik på samfunnsnivå, er det fremdeles ofte slik innen forskning, særlig innen internasjonal forskning. Mye av det vi vet om barn vet vi gjennom retrospektive studier hvor voksne forteller om hvordan de

hadde det som barn. Når barn blir inkludert i forskning, er det oftest i form av observasjoner i barnehage og skole. Det har sjelden blitt gjort intervjuer av barn.

Hvorfor inkludere barn?

Barn er hovedpersoner i eget liv, og i FNs konvensjon om barnets rettigheter (barnekonvensjonen) legges det vekt på at barn har rett til å uttale seg om saker som berører dem. I tråd med barnekonvensjonen har det i den senere tid vært økt fokus på å inkludere barn i forskning, og på å tenke på barn som handlende aktører som må bli spurt. Barn har både en rett til å bli spurt, og forskningen har nytte av å vite hvordan barn tenker. I tillegg ser man at barn, på lik linje med voksne, kan oppleve en følelse av styrke («empowerment») hvis de får mulighet til å bli inkludert i forskning. Barn er ikke bare sårbare mottakere, de er aktive aktører. I en studie (Øverlien, Jacobsen & Evang, 2009) om barn på krisesenter viste «Oda» på fire år å være en nøkkelinformant i forhold til å beskrive barns opplevelser av vold i hjemmet.

Intervjuer: Du sa at du bodde i et gult hus.

Oda: Ja.

Intervjuer: Fortell, da!

Oda: Pappaen min prøver å være snill med mammaen. Og så er mammaen min så glad i pappaen. Men så vil mammaen min ikke bo med pappaen.

Intervjuer: Å nei.

Oda: Og det vil ikke jeg heller. Og jeg var lei meg og mammaen min. Jeg er så lei meg, og mammaen min har gått. Og jeg, og jeg går til mammaen. Og pappaen min har på tøfler ute, og jeg kjørte med den, med den vogna.

Intervjuer: Med vogna. Så da var du lei deg.

Oda: Ja. Hun er redd. Mammaen min er redd.

Intervjuer: Er mamma redd?

Oda: Ja, jeg hørte mamma gråte som meg.

Ikke lett å intervju små barn

En rekke argumenter har blitt brukt om hvorfor man ikke intervjuer små barn. Man har for eksempel tenkt at små barn ikke er verbale nok, og at det er vanskelig å analysere intervjuer med de minste barna. Det er riktig at intervjuer med små barn stiller spesielle krav til forskeren. Man trenger å bruke mer tid og ressurser i møte med barn. Ved å være lydhør og følge barnet i samtalen kan man legge merke til når barnet kommer med utsagn som gjentas flere ganger eller virker rare, slik at man oppfatter bakgrunnen for det barnet forteller. «Pappa går med tøfler ute» er et eksempel på et slikt utsagn. Det er nødvendig å være fleksibel og innstilt på en rekke pauser og adspredelser, som f.eks. å leke

hest, delta i måltider osv. Man må være lydhør både for hva barnet sier og for barnets signaler i samspillet med barnet, og enkelte ganger kan det hende at man kun fikk lekt hest og ikke gjennomført noe av det tenkte intervjuet. Analyseprosessen kan også være annerledes enn med voksne. Små barn har ikke samme narrative evne som det voksne har. Det kan være ikke-verbale signaler, som f.eks. hvordan barnet sitter på stolen, som er viktige for analysene heller enn selve diskursen.

Etiske betenkeligheter med å intervju små barn?

Etiske betenkeligheter har også blitt lagt til grunn for hvorfor man ikke bør intervju de minste barna. Det er riktig at man må ta hensyn til barnas spesielle behov, men samtidig har man et ansvar om å høre på dem. Det er viktig at den voksne lar barnet sette grenser og respekterer barnets behov for pause eller for å avslutte samtalen.

Eksempler fra intervjuer viser samtidig at barn kan være flinke til å signalisere når de har behov for pause, og at de kan i noen tilfeller klare å ta kontroll over et intervju slik vi ser i eksempelet under. I studien om barn på krisesenter (Evang & Øverlien, in press) tar Olivia på fem år kontroll over intervjusituasjonen ved å forlange at intervjueren lukker øynene:

Intervjuer: Vil du ikke fortelle? Jeg har møtt mammaen din en gang.

Olivia: Jaaaaa!

Intervjuer: Kan jeg se nå?

Olivia: Nei.

(Leker videre)

Intervjuer: Hva synes du om lekerommet her, da?

Olivia: Ja, det var fint.

Intervjuer: Er det fint? Hva er de beste lekene, da? Kan jeg se nå?

Olivia: Nei!

Intervjuer: Åh.

Olivia: Hvis du ser, du må gå ut, da.

Ta hensyn til barnet

Forskningsetiske retningslinjer presiserer at barn og unge som deltar i forskning har særlige krav på beskyttelse i tråd med deres alder og behov. Det er opp til forskeren å være oppmerksom på de signalene barnet gir, og på å være lydhør for barnets behov.

Hva er virksom forebygging overfor de yngste barna?

Ved Terje Ogden

En strategi for tidlig innsats for utsatte barn må stille spørsmål om hva de praktiske implikasjonene av kunnskapen om omsorgssvikt, mishandling og overgrep mot barn er. Barns første leveår er den viktigste perioden i barns utvikling, men også den mest gunstige med tanke på intervensjon.

«Små barn har dårlig tid.»

En forebyggende strategi må være grunnlagt på lærings- og utviklingsoptimisme: Det er aldri for tidlig å forebygge og aldri for sent å behandle. Formidling av kunnskap og kompetanse må settes i system for å ha en folkehelse-effekt og nå alle.

Det er viktig å bli mer treffsikre i vurderingene av hva som er normalt, hva som er marginalt og hva som er avvikende. For barn under tre år, har individuelle risikofaktorer en begrenset prediktiv verdi, men fysisk utagerende atferd (aggressjon) er en sterk prediktor. Samtidig er det viktig å kunne skille mellom forbigående, alderstypiske vansker og alvorlige vansker som barnet trenger hjelp med eller behandling for. Dette er et viktig område for samspill mellom forskning og praksis.

Tidlig innsats for utsatte barn i alderen 0–6 år

Forebygging kan på et nivå ses som risikoreduksjon: å identifisere og redusere risikofaktorer for omsorgssvikt og mishandling. For å kunne gjøre dette er det nødvendig med høy personalkompetanse blant voksne som møter og arbeider med barn og familier. Det er viktig å kunne støtte og veilede utsatte familier under graviditet og i barnets to første leveår.

På et annet nivå er forebygging også universelle tiltak for alle småbarnsfamilier, folkeopplysning, informasjon og kurs.

Barnehagene er viktig for alle barn og for barn med problemer. Det er viktig at barnehager har gode kartleggingsrutiner, høy personalkompetanse og et differensiert tilbud.

Å tilby barn som trenger det behandling, er forebygging av senere problemer. Barn kan trenge behandlingstilbud for angst, depresjon og traumer. Vi hjelper også barn ved å hjelpe foreldrene deres til å gi bedre omsorg og utvikle mer positiv oppdragerstil. Vi trenger tiltak med dokumentert effekt, med høy implementeringskvalitet og høy behandlingsintegritet.

Hjemmebaserte forebyggende tiltak

Stabil og vedvarende støtte i foreldrerollen av personer med relevant kompetanse og høy legitimitet kan forebygge et bredt spekter av problemer hos foreldre og barn.

«Hjemmebaserte tiltak møter familier i deres naturlige miljø, og når en gruppe som ikke selv oppsøker hjelp.»

Hjemmebesøk under graviditeten og i barnets to første leveår for familier i risiko bør gis høy prioritet for å forebygge senere vansker. Målgruppen kan være risikoutsatte førstegangsfødende mødre, der planlagte hjemmebesøk starter så tidlig som mulig i svangerskapet og som varer fram til barnet er to år.

Vi trenger forskning som undersøker hva som er den gode oppdragelse. Studien «Barns sosiale utvikling» ved Atferdssenteret, som følger 1150 barn fra 6 måneder til 6 år og deres familier, er et eksempel på slik forskning, der blant annet observasjon av samspill mellom far og barn og mor og barn videotapes, kodes og fortolkes.

Familier og barnehager

Barns utvikling påvirkes av sosial og praktisk støtte til familien, og andre tiltak som samfunnet setter inn for å sikre trygg tilknytning og positiv utviklingsstøtte i barnets primære omsorgsrelasjoner.

Foreldreveiledning og familiebehandling kan foregå individuelt eller i grupper med vekt på interaktiv formidling, rollespill, gruppediskusjoner og praktiske hjemmeoppgaver. Eksempler på slike programmer er Marte-Meo, De utrolige årene, Tidlig intervensjon for barn i risiko (TIBIR) og Parent Management Training, The Oregon Model (PMTO)

Brenna-utvalget (NOU 2010:8) understreket viktigheten av å sette inn hjelp så tidlig som mulig for å sikre at alle barn får de samme mulighetene til læring og utvikling.

«Barnehagen er en «utkikkspost» og en meldeinstans, men også en betydelig ressurs i forebyggende og problemløsende arbeid.»

Gode barnehager med høy personalkompetanse, omsorg, lek og læringsoppgaver er viktig for alle barn. Gode barnehager kan bidra til å avdekke alvorlige problemer og kan til en viss grad kompensere for mindre optimale forhold på andre av barnets arenaer. Forskning dokumenterer verdien av tidlig intervensjon i barnehager i form av strukturerte intensive programmer og et kompetent personale som har fått god metodeopplæring.

Foreldre og ansatte i barnehager og skole trenger profesjonell bistand. Tilbudene bør være gradert med mulighet for økende intensitet, varighet og fokus. Brenna-utvalget foreslo at barnehagene tar i bruk en tretrinns modell for systematisk identifisering og oppfølging av barn med særlige behov, og at tilbudet om foreldreveiledning utvides og styrkes.

Forebygging av barnemishandling – to forskningseksempler

Foreldreprogrammet Triple P er utviklet i Australia. Programmets forebyggende strategi baserer seg på:

- formidling av prinsipper for positiv oppdragelse
- mediestrategi for å nå flest mulig
- foreldrerettete tiltak

Programmet ble formidlet i 18 counties gjennom mer enn 600 offentlig og privat ansatte i tjenester som årlig har kontakt med ca. 85 000 familier med minst ett barn under åtte år. Programmet hadde overbevisende effekt på tre uavhengige indikatorer:

1. Reduksjon i antall bekreftede rapporter om barnemishandling fra barnevernet.
2. Reduksjon i antall barn plassert utenfor hjemmet.
3. Reduksjon i antall rapporterte skader etter barnemishandling fra medisinske akuttmottak.

Behandlingstiltak med vekt på positive foreldreferdigheter var virksomme overfor både internaliserte og eksternaliserte problemer hos barn.

I Norge er programmet Tidlig intervensjon for barn i risiko (TIBIR) som er utviklet ved Atferdssenteret, implementert og evaluert i til nå 57 kommuner. Målet med TIBIR er å forebygge og redusere atferdsproblemer hos barn, men har også relevans for barn som utsettes for omsorgssvikt. Programmet søker å snu negative samhandlingssirkler i familien og fremme positiv oppdragelse. Opplæring retter seg mot ansatte i kommunal helsetjeneste, barneverntjeneste, PP-tjeneste, skoler og barnehage. En rekke tiltak iverksettes for å sikre god implementering og høy kvalitet.

Motivering av familier som er vanskelige å engasjere

Eneforsørgerstatus, økonomiske vansker, psykiske problemer hos foreldre, rusproblemer, etnisk minoritetsstatus og det å bo i utsatte boligområder er forbundet med lavt engasjement for endring. Etniske minoritetsfamilier og familier med lav inntekt søker sjeldnere hjelp og avbryter oftere behandlingen enn andre, særlig i behandling av psykisk helseproblemer.

For disse familiene er det spesielt viktig med kulturell tilpasning av tilbudet, gode kommunikasjonsferdigheter hos hjelpere som er i stand til å formidle respekt for kulturelle og religiøse verdier.

Dersom familie- og foreldrerettete tiltak skal virke positivt for barn, må foreldre være motiverte eller bli motivert for å delta og engasjere seg. Manglende oppmøte, engasjement og fullføring av kurs eller behandling reduserer effekten både for det enkelte barn og på befolkningsnivå. Sentrale utfordringer når det gjelder forebyggende tiltak er at foreldre ikke nødvendigvis føler behov for tilbudet, og at det kan ta tid før noen ser resultater av innsatsen. Atferdssenteret prøvde ut et tiltak med PMTO foreldregrupper for mødre fra Pakistan og Somalia i to bydeler i Oslo. I dette prosjektet bygde man inn systematiske tiltak for å motivere for og gjennomføre tiltaket. Evalueringen viste at mødrene og barna deres hadde utbytte av å delta i kulturtilpassete foreldregrupper.

Motiverende tilbud kjennetegnes av et godt og troverdig innhold som foreldre etterspør, som er tilgjengelige i nærmiljøet og tilpasset familien situasjon og behov. For eksempel kan forhold som tidspunkt, varighet, barnepass og transport være viktige for avgjørelsen om å delta eller ikke. Nøytral lokalisering, for eksempel grendehus, barnehage eller skole, og akseptabel tilbyder, for eksempel helsestasjon og barnehage, påvirker rekrutteringen. Det er også viktig med et fleksibelt tilbud, slik at både hjembesøk, gruppetilbud og individuell oppfølging kan tilbys.

Profesjonelle som kan motivere, møter familier på en empatisk måte, formidler forståelse og respekt for familiens situasjon og behov, etablerer samarbeidsallianse og formidler tiltaket på en uformell, men strukturert måte. De tar seg tid til å snakke med foreldrene om utbyttet de kan ha av tilbudet, hvilke utfordringer som kan oppstå, og motstand mot deltakelse blant andre som får tilbudet. De legger vekt på å få frem forventninger og valgmuligheter foreldrene har. Foreldrene får stille spørsmål og uttrykke bekymring. De involveres i praktisk gjennomføring og evaluering.

Oversikten i figuren under oppsummerer hva som kreves for å drive forebyggende arbeid i praksis.

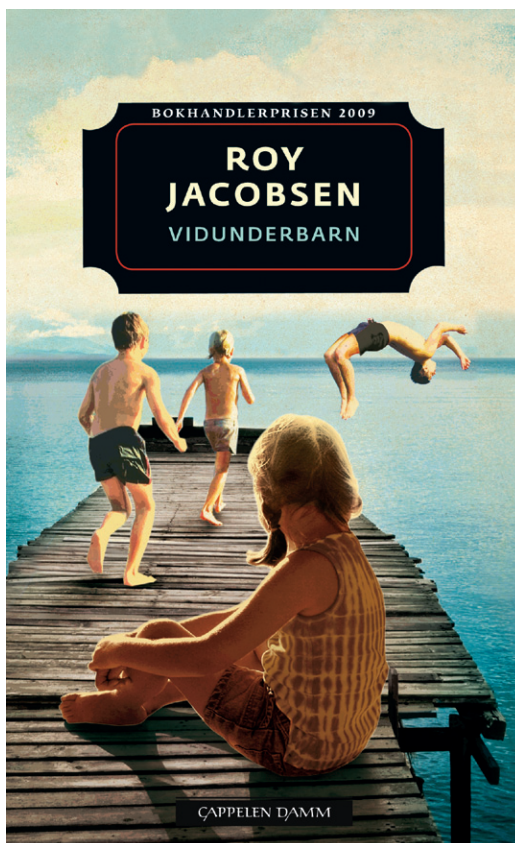
VIRKSOM FOREBYGGING, GODE TJENESTER OG KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS
Barn og familier: God informasjon, engasjement, medvirkning og brukervurderinger.
Gode medarbeidere: Individuell kompetanse, og kompetent praksis, leder-/kollegastøtte.
Gode organisasjoner: God ledelse, implementering, kvalitetsutvikling, kollektiv kompetanse, innovasjon, veiledning, samarbeid internt og eksternt.
God informasjon: Folkeopplysning, retningslinjer, kurs/undervisning, bibliotek.
Tiltaksforskning: Forsøk, forskningsbasert evaluering og kunnskapsoversikter.
Politikk og policy: Lover og forskrifter, økonomi, rammebetingelser, organisering, policystøtte.

Hva er en lykkelig barndom?

Ved Roy Jacobsen

Konferansen ble avsluttet med at Roy Jacobsen leste et utdrag fra sin egen bok, oppvekstromanen «Vidunderbarn».

Med tillatelse fra forlaget Cappelen Damm, gjengir vi utdraget han leste, fra kapittel 13, side 130–135 i boka.



Utdrag fra «Vidunderbarn», s. 130–135

«Nå var jo Linda en stor elsker av vann og tok på seg badedrakta og det gamle svømmebeltet mitt allerede før frokost, og var uti hele tida, til hun ble dratt på land med makt. Men hun skulle ikke gjøre som vi forklarte henne, og ikke være inne på grunna, men vade utover til føttene slapp bunnen, og flyte rundt som en dupp, rett opp og ned med gjensydd munn, tråkke vannet, eller hva det nå var hun drev med, som betydde at muttern og jeg måtte padle rundt som livbøyer og forsøke å manøvrere henne i en gunstig retning, altså innover, mens vi – fånyttes – ropte at hun skulle bevege armene. Dem brukte hun bare til å klamre seg fast til svømmebeltet, noe som var helt unødvendig, siden muttern hadde snørt det så stramt at det lagde sjakkbrettmønster på hele overkroppen hennes.

Det var et svømmebelte av den gamle typen, fôret med reinsdyrhår, tror jeg, som trakk vann og sakte, men sikkert endret karakter fra flyteinnretning til blysokke, slik at det med jevne mellomrom måtte bankes mot svaberget, eller

tråkkes på, så noe av vannet rant ut, og gjerne også henges opp i sola. På den annen side tørket det aldri helt, men var vått hele sommeren gjennom, og kaldt, så Linda grøsset hver gang hun tok det på seg, med den følge at hun helst ville ha det på hele tida, noe muttern satte seg imot.

– Du blir jo sjuk.

Dessuten ble hun svært solbrent, særlig på skuldrene og i ansiktet, som var omtrent det eneste som var over vann, og måtte smøres med Nivea og påtvinges en hvit bluse, også når hun badet. Samtidig gjorde muttern igjen dette som hun alltid angret på, men likevel ikke kunne la være, forhørte seg om hva Linda hadde gjort før om somrene, spørsmål som fikk Linda til å reise seg og begynne å gå, uansett hva vi holdt på med, som om hun hadde fått ordre om det av en høyere makt, slik at muttern eller jeg eller vi begge måtte løpe etter og gå ved siden av henne og snakke om et eller annet som falt oss inn til hun stanset og så på oss med det blikket som betydde at nå hadde hun hørt noe hun likte og samtidig glemt alt det det tankeløse spørsmålet måtte ha virvlet opp i henne.

Linda hadde en måte å se på oss på som fikk meg til å lure på hva som egentlig foregikk i henne. Ja, å se på Linda var som å klemme øyet lenger og lenger inn i okularet på mikroskopet til Kristian i håp om å få øye på noe gjenkjennelig, eller begripelig.

Heldigvis kan denne sommeren også kalles sommeren med Boris, som jeg møtte allerede andre dag vi var på stranda. Han var på min alder, på min størrelse, med hverv i panna, som jeg, var fra et borettslag av samme slag som vårt, og interesserte seg for tegneserier og bøker og mynter og trær og stålkuler og ord og verdensrommet, ja, han hadde ikke engang en far, vi var så godt som helt like.

Men han hadde en «onkel», som var der sammen med mora hans og noen eldre brødre og «fettere», så Boris var til overs, det var derfor «onkelen» hans introduserte oss.

– Dø, kan’ke du leke med han her? hørte jeg plutselig ved siden av meg mens jeg lå på alle fire og grov i sandstranda etter det du egentlig bare finner i himmelen. Og der sto en stor, skallet mann i en svart og altfor trang badebukse som ikke så ut til å inneholde noe som helst, under en naken, nøttebrun vom, og med en sigarett dinglende i munnviken. Ved siden av ham sto Boris, senete og liten og brun som om han hadde bodd her hele livet, kledd i for stor badebukse og med blikket skrått ned i drømmehullet mitt, som nå sakte, men sikkert fyltes med svart vann. Jeg svarte sikkert noe i retning av ingenting. «Onkelen» tok hintet og sa:

– Kan du fiske krabber?

– E ..., sa jeg.

– Boris viser deg. Ikke sant, Boris?

Dermed vendte han oss ryggen og vagget av sted med badesko som kippet klis-sent under de svære fotbladene mens han knipset aske i vannet og holdt blikket støtt rettet mot et lyserødt punkt et sted inni evigheten på den skyfri himmelen.

Boris ble stående og se seg rundt, og det gjorde vel jeg også, før han så nesten rett på meg og sa «kom» og begynte å gå bortover stranda og derfra ut på et skjær.

Jeg vasset nølende etter, på et par-tre meters avstand, med blikket til muttern i ryggen, kjente jeg, ut på skjæret, der jeg ikke hadde vært før, og ble stående med ruren gnagende under føttene og beundre Boris som vasset rett uti en svær tangdyngne uten å ta skade av det og bøyd seg ned til havet rakk ham over hårrøttene og fisket opp en klase med blåskjell som han heiv inn foran føttene mine.

– Hvordan skal vi få dem opp? sa jeg i et forsøk på å vite hva det dreide seg om.

– Vi skal knuse’røm, sa Boris. – Med den der.

Han hadde en egen stein til det formålet, og under steinen lå et snøre og en plastpose. Boris'snøre og Boris' plastpose.

– Gørra blir hengende igjen i det ene skjælet, sa han, – det er den krabbene vil ha.

Vi fisket krabber. Vi satt på huk med sola hamrende i ryggen og heiv et skjell uti og halte opp en rød-grønn krabbe og puttet den i plastposen som vi fylte med sjøvann. Boris viste meg hvordan jeg skulle ta i svina og dra dem opp, ikke for brått, ikke for langsomt, ha tålmodighet, og kanskje særlig at heller ikke hva krabbefiske angår så er det noe å frykte, når du bare kan det, hele tiden med mutterns blikk hvilende i ryggen, muttern som lå der borte på stranda i fluktstolen til Kristian og kranglet med Linda om hvorvidt det var gått et kvarter eller ikke fra det forrige badet hennes til det som for familiefredens skyld egentlig burde ha begynt for tjue minutter siden.

– Kan du svømme? sa Boris.

– Ja, sa jeg.

– Kom, sa han igjen og vasset uti og la på svøm og jeg etter. Utover i sundet, i retning neset på den andre siden av bukta, en strekning jeg aldri hadde våget å legge ut på alene. Ikke muttern heller. Nå reiste hun seg og sto ved siden av fluktstolen og la den ene hånda over øynene og var en statue over alle mødre som har stått på samme måte på strand etter strand i sommer etter sommer opp gjennom historien og sett det de elsker høyest av alt forsvinne inn i fortapelsen – jeg svømte og svømte så herlig og langt at det gikk over alle grenser. Ved siden av Boris. Den nye vennen min, som jeg nå kunne fastslå, med enda større fryd, ikke svømte bedre enn jeg, men omtrent like godt, slik at vi duvet fint av sted ved siden av hverandre og antagelig bare var to små og helt like hoder som ble mindre og mindre, som erter og til slutt knappenålshoder, før vi forsvant helt inn i den horisonten som heter døden og evigheten.

Da vi var over, kløv vi opp og satte oss på et svaberg i et fremmed land og så oss tilbake, på skulpturen over alle mødre som fortsatt sto der så bitte liten og sendte ut varmen sin og formaningene og skrekkvisjonene og alt det en mor skal stråle ut gjennom verdensrommet. Jeg kjente smilet dra seg over ansiktet og reiste meg og vinket til henne ...»

Refleksjoner om veien videre



Refleksjoner om veien videre fra RBUP

Ved Elin Olsen Kallevik, Eyvind Elgesem, Silje Marie Haga, Filip Drozd, Gro Vatne Brean, Hilde Melsom, Heidi Jacobsen og Marit Bergum Hansen, Regionalt senter for barn og unges psykiske helse Øst og Sør

Regionsenter for barn og unges psykiske helse Helseregion Øst og Sør (RBUP) har på oppdrag fra Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet utarbeidet rapporten. Det er Elin Olsen Kallevik som har hatt redaktøransvaret. RBUP har skrevet sine faglige refleksjoner om veien videre med utgangspunkt i konferansen. Vi er opptatt av hvordan vi kan arbeide videre for å ivareta de minste barna, både med tanke på forebygging og ivaretagelse av utsatte barn, med basis i det kunnskapsgrunnlaget vi i dag har. Vi ønsker her å samle trådene fra konferansen og peke på veien videre for å kunne se, tro og handle når barn er utsatt for overgrep og mishandling.

«Det bør lages en opptrappingsplan for å forebygge omsorgssvikt, seksuelle overgrep og fysisk mishandling av alle barn, med spesiell fokus på de minste.»

Det er viktig å holde et nasjonalt fokus på omsorgssvikt, seksuelle overgrep og fysisk mishandling av barn, og et spesielt fokus på barn under tre år både fordi de er mest utsatt for skader og fordi de i mindre grad enn større barn kan fortelle om det de har vært utsatt for. Det bør lages en opptrappingsplan for å forebygge omsorgssvikt, seksuelle overgrep og fysisk mishandling av alle barn med et spesielt fokus på de minste barna.

Å se og å tro

Ved alle de store sykehusene i Norge bør det etableres sosialpediatriske seksjoner med tverrfaglige team som kan

- utrede barn som er henvist for barnemishandling og
- kvalitetssikre sykehusenes praksis for avdekking, utredning og oppfølging av barn utsatt for mishandling og omsorgssvikt

– tilsvarende det de har på Ullevål, Oslo universitetssykehus. Dette støttes i en kartlegging av utredningspraksis i forhold til om sykehusene klarer å oppdage barnemishandling. Undersøkelsen pekte på behovet for en bredere kartlegging av barnas situasjon som inkluderer en systematisk vurdering av psykososiale forhold, psykisk helsetilstand og eventuelle psykiske tegn på omsorgssvikt og mishandling (Myhre, Lindboe & Dyb, 2010).

Det er de minste barna (0–3 år) som er mest utsatt for både direkte vold fra foreldrene (Finkelhor & Dzuiba-Leatherman, 1994) og for omsorgssvikt (Clausen & Valset, 2012). Nyere studier viser også at de minste barna faktisk blir mest skadet av et miljø preget av vold og høyt konfliktnivå, gjennom forstyrret tilknytning og hormonell påvirkning av hjernen (Perry, 1997; Kirkengen, 2005). Derfor

«Arbeidet med å verne barnet bør starte allerede i svangerskapet.»

er det viktig at vi starter forebygging og setter inn tiltak tidlig der det er risiko for eller det er oppdaget omsorgssvikt, vold eller seksuelle overgrep. Arbeidet med å verne barnet bør starte allerede i svangerskapet.

Psykisk omsorgssvikt

Psykiske overgrep og emosjonell omsorgssvikt kan gi alvorlige konsekvenser (f.eks. Bogat et al, 2006; Gilbert et al, 2009; Heim et al, 2010) og er den formen for omsorgssvikt som er vanskeligst å se. En meta-analyse beregnet nylig at fysisk mishandling forekommer blant 163 per 1000 barn, mens forekomsten av psykisk mishandling ble beregnet til 184 per 1000 barn (Stoltenborgh et al, 2013). Med andre ord, forekomsten av psykisk mishandling er vel så hyppig som av fysisk mishandling, om ikke noe høyere.

Dersom man jobber med barn og foreldre til daglig, bør man imidlertid ha kunnskap om at psykisk omsorgssvikt handler om å forsømme et barns følelsesmessige behov for omsorg og trygghet. Det inkluderer utilstrekkelig pleie og hengivenhet (f.eks. å omtale barnet i negative ordelag, med eller uten barnet til stede), å la barn være vitne til rusmisbruk og vold i hjemmet, trusler og truende atferd (f.eks. trusler om å forlate barnet dersom det ikke gjør som foreldrene sier), bevisst tillate utagerende eller mistilpasset atferd (f.eks. å tillate slag og spark mot andre barn i lek eller stjeling), unnlate å oppsøke hjelp ved medisinske, følelsesmessige eller atferdsproblemer, og unnlate å gi barnet en adekvat oppfølging og struktur (f.eks. ikke trøste barnet når det er lei seg, eller høre med barnet hvordan det har det) (NCC-WCH, 2009). Hos spedbarn kan vedvarende sosial tilbaketrekking hos barnet være et tegn på omsorgssvikt, eller barnet viser at det ikke har det godt gjennom reguleringsvansker i forhold til mat, søvn og emosjoner (Moe, Slinning og Bergum Hansen, 2010).

Meldingsplikt

Det er viktig at alle som jobber med barn er kjent med plikten til å melde videre dersom man er bekymret for et barn. Denne plikten gjelder også om man er pålagt taushetsplikt i yrket sitt. Barnevernet har en tilbakemeldingsplikt dersom det foreligger en bekymringsmelding. Dersom det er mistanke om overgrep, og særlig dersom man kan se tegn som tyder på fysisk mishandling, bør barnet følges til sykehus eller legevakt for medisinsk undersøkelse, utredning og dokumentasjon.

Videre arbeid med tidlig intervensjon og forebygging

Vi vil her kort gi noen innspill til videre arbeid med tidlig intervensjon og forebygging av omsorgssvikt, vold og overgrep i henholdsvis barnevernet, helsestasjonene og barnehagene.

Barnevernet

Barneombudet har i en høringsuttalelse angående barnevernloven (2012) uttrykt sin bekymring for at barn i kontakt med både statlig og kommunalt barnevern ikke alltid får den hjelpen de skal ha etter barnevernloven og barnekonvensjonen, og hadde derfor ønsket at barnevernloven ble en gjort til en rettighetslov. Faren ved et forsvarlighetskrav i loven i stedet for en rett for barnet, er at man beveger seg bort fra individuelle vurderinger og over til mer generelle og standardiserte barnets beste-vurderinger. I likhet med barneombudet mener vi at man må være opptatt av at utførelsen av barnevernstjenester og tilsynet med

dem må ha fokus på det individuelle barnets beste, og ikke må gjøres ut fra en nedre forsvarlighetsgrense.

«Viktigheten av å høre på barna ble vektlagt under konferansen.»

Vi må høre på barna

Viktigheten av å høre på barna ble vektlagt under konferansen, og også paragraf 12 i FNs barnekonvensjon (1989) som sier at «et barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, skal gis retten til fritt å gi uttrykk for disse

synspunkter i alle forhold som vedrører barnet, og tillegge barnets synspunkter behørig vekt i samsvar med dets alder og modenhet» fastslår viktigheten av å lytte til barnas stemme.

Liv Mette Gulbrandsen, leder for det tverrfaglige forskningsprosjektet «Snakk med oss» ved Høgskolen i Oslo og Akershus sier i et intervju med Forskning.no at selv om saksbehandlere i barnevernet er pålagt å snakke med og involvere barna, gjør de av ulike årsaker ofte ikke det. De ansatte rapporterer at det er vanskelig å få tid i en travel barnevernhverdag. Noen synes det er vanskelig å få til meningsfulle samtaler med barna, og prioriterer derfor å snakke med andre som kjenner barna, for eksempel lærere eller barnehageansatte. Det kan også være at foreldre ikke gir samtykke til å snakke med barna fordi de kan være bekymret for at det vil være en belastning for barnet, eller de er redd for hva barna vil si til barnevernet.

Barnevernsarbeidere trenger økt kunnskap

For at barna skal bli ivaretatt på best mulig måte, er det avgjørende at voksne som snakker med dem gir barnet rom for å komme med tanker og meninger om egen situasjon. For at barnet skal bli godt ivaretatt og begge parter skal kunne føle seg trygge i situasjonen, er det nødvendig at den voksne har kunnskap om fremgangsmåter for slike samtaler (e.g. Gamst & Langballe, 2004; Øvreeide, 1995). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har utarbeidet «Barnesamtalen» som tar for seg hva man må være oppmerksom på i samtale med barn i sårbare situasjoner (Langballe, 2011). En helt fersk doktorgrad (Søftestad, 2013) viser at barnas muligheter til å snakke med foreldre og barnevernsarbeidere styres både av de voksnes evner til å være oppmerksomme, lytte og se barnets behov, og av barnets evne til å kommunisere. I avhandlingen peker Søftestad på at barnevernsarbeidere trenger økt kunnskap og at ferdigheter bør økes.

Behov for særskilt saksbehandlingsansvar for bekymringsmeldinger

Som Raundalen påpekte i sitt foredrag, finnes det mye kunnskap, både forskningsmessig og erfaringsbasert, om hva som er viktig for å skaffe best mulig oppvekstvilkår, men det å gi alle barn en trygg nok start, er både økonomisk, kulturelt og etisk krevende.

Hvem som skal bestemme hva som er godt nok for det enkelte barn, er en stor etisk, faglig og praktisk utfordring for det systemet som er satt til å hjelpe barna.

Å forvalte kunnskap om den formbare hjernen er krevende og de som skal forvalte denne kunnskapen må ha god nok kunnskap og kompetanse. Dette krever mengdetrening. Et åpent spørsmål er derfor hvordan barnevernet kan organisere enheter som får et særskilt saksbehandlingsansvar for bekymringsmeldinger som omhandler omsorgssvikt, seksuelle overgrep og fysisk mishandling.

«Helsestasjonen har mulighet til å fange opp omsorgssvikt tidlig, og er en god arena for forebyggende arbeid.»

Helsestasjonen

Helsestasjonene er viktig ettersom det er de som møter familiene jevnlig gjennom barnets første leveår og i småbarnsalderen. Helsestasjonen har mulighet til å fange opp omsorgssvikt tidlig, og er også en god arena for å drive forebyggende arbeid.

Hjemmebesøkene er spesielt viktige i forhold til å kunne oppdage forhold som ikke kommer frem på samme måte i møter på helsestasjonen. Dette gjelder f.eks. rusmisbruk hos foreldre, psykisk syke foreldre og samspillsvanser. Hjemmebesøkene er viktige og bør styrkes.

Lytt til hvordan foreldrene omtaler barnet

Kari Killén påpekte i sitt foredrag viktigheten av å lytte til hvordan foreldrene omtaler barnet. Dersom foreldrene har negative tanker og oppfatninger av barnet, kan det være et signal på at noe er galt i relasjonen mellom mor eller far og barnet. Mor kan allerede i svangerskapet ha negative følelser og tanker knyttet til barnet, og vil da trenge oppfølging og hjelp til å knytte seg til barnet. Prosessen med å knytte bånd til barnet i svangerskapet omtales som det psykologiske svangerskapet.

Det psykologiske svangerskapet

Det psykologiske svangerskapet påvirkes av sosiale, fysiske og biologiske faktorer. Mors indre representasjoner av barnet i magen, hennes opplevelse av å være knyttet til det ufødte barnet samt atferd som indikerer at mor utvikler en relasjon til barnet i magen, har vist seg å predikere mors forventninger, foreldre-atferd og tilknytning til barnet etter fødselen (Brodén, 2004).

Kartleggingsverktøy

Å få barn er en stor livsendring, og i tillegg til de fysiske endringene innebærer et svangerskap også en psykisk endring. Den gravide kvinnen er mer psykisk sårbar enn ellers. Temaer og erfaringer som har vært vanskelige tidligere i livet, kan f.eks. dukke opp i denne tiden og kan bidra til psykiske vansker som svangerskapsdepresjon eller angst knyttet til fødsel. Derfor er det viktig at man i svangerskapsomsorgen i tillegg til å stille direkte spørsmål om vold i hjemmet og ha gode prosedyrer i forhold til sikkerhet og ivaretagelse av mor og barn, også har rutiner for å fange opp psykiske vansker som f.eks. svangerskapsdepresjon eller risikofaktorer som alkohol- og rusmisbruk. I modellkommuneprosjektet har man systematisk brukt kartleggingsverktøy og samtalemetodikker i helsestasjonene i forhold til å spørre om vold i hjemmet, bruk av alkohol og andre rusmidler og om psykisk helse i svangerskapet. Dersom resultatene av evalueringen viser at dette er gode metoder for å drive forebyggende arbeid og tidlig intervensjon, bør alle kommuner implementere metodene.

I forskningsprosjektet Kartleggingsverktøy i kommunene utprøver man nå kartleggingsverktøy ved helsestasjonene i fem kommuner, for å avdekke risikofaktorer hos mor som f.eks. alkoholbruk, foreldrestress og depressive symptomer og utviklingsforsinkelser hos barnet. Dersom dette viser seg å gi god hjelp til å tidlig oppdage og gi hjelp til barn i risiko, kan bruk av slike kartleggingsverktøy implementeres som en del av helsestasjonenes arbeid.

Newborn Behavioral Observation (NBO)

Spedbarn er helt avhengig av sine omsorgsgivere, og relasjonen mellom barnet og de voksne omsorgsgiverne er helt avgjørende for barnets helse og utvikling. Arbeidet med å styrke relasjonen mellom det lille barnet og foreldrene bør derfor starte så tidlig som mulig, helst allerede i svangerskapet. En metode som bør vurderes å implementeres i Norge er Newborn Behavioral Observation (NBO). NBO er en nyfødttundersøkelse som inkluderer foreldrene, og hvor hensikten er å både undersøke barnets helse og reguleringsevne, men også å vise foreldrene den medfødte kompetansen og individualiteten til deres nyfødte barn. Undersøkelsen brukes i barnets 3 første levemåneder og er egnet å bruke både for

barneleger, jordmødre og helsesøstre og kan være en fin metode å bruke ved hjemmebesøk. Man kan tenke seg at ved å styrke relasjonen mellom barn og foreldre forebygger man psykisk omsorgssvikt og vanskjøtsel.

Samspillsveiledning

En videreføring av denne forebyggingstankegangen er å gi samspillsveiledning til risikogrupper i barnets første leveår for å forebygge omsorgssvikt. Samspillsveiledning brukes blant annet i forhold til premature barn. Videobasert samspillsveiledning etter Marte Meo-metoden har vært mye brukt ved helsestasjoner i Norge. En større evalueringstudie er i gang, og foreløpige resultater tyder på at slik veiledning er effektiv for mødre med depressive symptomer.

Alarm Distress Baby Scale (ADBB)

Sped- og småbarn uttrykker vansker på andre måter enn større barn. De kan f.eks. vise problemer med å ta til seg føde, søvn og regulering av emosjoner. Psykisk omsorgssvikt eller mishandling kan avdekkes gjennom strukturerte observasjonsmetoder for foreldre–barn samspill og ulike kartleggingsverktøy.

Alarm Distress Baby Scale er utviklet for å vurdere tilbaketrekkingssreaksjoner hos barn i alderen fra 2 til 24 måneder, og er under utprøving for norske forhold (PsykTestBarn, 2012), men kan også være et kjennetegn hos babyer som er i ferd med å utvikle depresjon eller barn med tilknytningsforstyrrelser. ADBB er ment brukt av helsesøstre og leger som er spesialisert innen arbeid med sped- og småbarn.

Tilknytningsbaserte intervensjonsprogram

Det er også behov for tilknytningsbaserte intervensjoner. «Nurse–Family partnership» er et intervensjonsprogram hvor helsesøstre følger opp familier med hjemmebesøk fra graviditet til barnet er to år. Dette har vist gode effekter i flere randomiserte kontrollerte studier. Målgruppen er risikoutsatte førstegangsfødende, og programmet som er basert i tilknytningsteori og vektlegger en økologisk tilnærming, bør prøves ut og evalueres med tanke på eventuell implementering i Norge.

Et annet tilknytningsbasert intervensjonsprogram som kan brukes i forebyggende arbeid med familier, er Circle of Security (COS). COS finnes i to versjoner; en enklere versjon for universalforebygging og en mer omfattende versjon som tilbys gjennom spesialisthelsetjenesten til omsorgspersoner for barn i risiko for eller som har utviklet tilknytningsforstyrrelser.

COS virker å være et godt alternativ til rene foreldreveiledningsprogrammer ettersom intervensjonene er tilknytningsteoretisk forankret, men det er behov for tilpasning og effektevaluering og tilpasning av begge intervensjonene for norske forhold.

«Det kan virke som at barnehager med god kvalitet har positiv effekt for barn i risikogrupper.»

Barnehagen

Det er gjort få studier på effekt av barnehage i forhold til risikoutsatte barn, men en Cochrane-rapport fra 2009 (Zortich, Roberts og Oakley) oppsummerte at for barn fra risikobelastede familier der barnehage har vært et av tiltakene som ble satt inn, er det vist god effekt av å være i barnehage når det gjaldt IQ, atferd og skoleprestasjoner. I tillegg ble det vist å ha langtidseffekter i forhold til arbeid, sosioøkonomisk status, tidlig graviditet og kriminalitet sammenlignet med andre barn med samme bakgrunn som ikke hadde et lignende barnehetilbud. Det kan altså virke som

at barnehager med god kvalitet har positiv effekt for barn i risikogrupper.

I likhet med helsestasjonene er barnehagene en arena hvor de ansatte møter mange barn og dermed kan oppdage barn som er utsatt for omsorgssvikt, vold i hjemmet eller seksuelle overgrep. I tillegg kan barnehagen være egnet for å drive forebyggende arbeid.

Behov for kunnskap og kompetanse

Barnehagene trenger kunnskap og kompetanse i forhold til å ivareta de minste barnas behov blant annet i forhold til relasjonen mellom voksne og barn i barnehagen (Løvgren & Gulbrandsen, 2012). Det er i relasjonen mellom barn og voksen at utviklingen skjer, og spesielt for de minste barna i barnehagene er det viktig at de kan knytte bånd til en sekundær tilknytningsperson. Det kan virke beskyttende og reparerende dersom relasjonen mellom primæromsorgsgiver (foreldre) og barnet er i ubalanse, og barnet er utrygg i sin tilknytning til primæromsorgsgiver.

Primærkontaktmodellen

Primærkontaktmodellen ble innført i mange norske barnehager på 1990-tallet, og er en modell utviklet for å sikre nære relasjoner mellom barn og voksne i barnehagen. Modellen vil være av særlig betydning for barn som har en utrygg tilknytning til foreldrene og for barn som har dårlige omsorgsbetingelser hjemme (Drugli, 2010). Primærkontakten har da et særlig ansvar for et mindre antall barn slik at det skal være overkommelig å følge tett med på hva barna gjør, være til stede raskt og gi støtte i vanskelige situasjoner for barnet og være en base for tilknytning og trygghet.

Videoobservasjoner

Ifølge NOKUT (2010), mangler vi også forskning på hvordan utdanningen forbedrer studentene til å jobbe med de yngste barna i barnehage. Videoobservasjoner av egen praksis kombinert med refleksjoner under veiledning kan være en metode for kompetanseheving i forhold til voksen–barn relasjonen. Ved Byneset barnehager i Trondheim gjennomførte man i perioden 2008–2009 prosjektet «Med blick på barnet» der man har brukt slik videobasert veiledning basert på Marte Meo-pedagogikk tilpasset til å brukes i barnehager. Prosjektet er nå videreført i Trondheim kommune. Effektevalueringer av både primærkontaktmodellen og videoobservasjon i barnehagen hadde vært interessant for å se om man finner at en slik systematisk kompetanseutvikling hos personalet i barnehager har en effekt i forhold til forebyggende psykisk helse hos barn i risikogrupper.

Bogat, G.A., DeJonghe, E., Levendosky, A.A., Davidson, W.S., & von Eye, A. (2006). Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence. *Child abuse & neglect*, 30(2), 109–125.

Broden, M. (2004). *Graviditetens möjligheter: en tid då relationer skapas och utvecklas*. Stockholm, Natur och kultur.

DeJonghe, E.S., Bogat, G.A., Levendosky, A.A., Von Eye, A., & Davidson, W. S. (2005). Infant exposure to domestic violence predicts heightened sensitivity to adult verbal conflict. *Infant Mental Health Journal*, 26(3), 268–281.

Clausen S.E og Valset, K (2012). Spedbarn og småbarn med tiltak fra barnevernet 1995–2008. Utbredelse av omsorgssvikt og risikofaktorer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(7): 642–648.

Drugli, M.B (2011): *Liten i barnehagen*. Forskning, teori og praksis. Oslo, Cappelen Damm.

Evaluerings av førskolelærerutdanningen i Norge 2010, NOKUT 2010.

Finkelhor, D, Dzuiba-Leatherman, J (1994). Children as victims of violence: A national survey. *Pediatrics* (94).

FNs konvensjon om barnets rettigheter. Barne- og familiedepartementet, 1989.

Gamst, K.T., & Langballe, Å. (2004): *Barn som vitner: En empirisk og teoretisk studie av kommunikasjonen mellom avhører og barn i dommeravhør: Utvikling av en avhørsmetodisk tilnærming*. Doktoravhandling. Institutt for spesialpedagogikk. Universitetet i Oslo.

Gilbert R., Spatz Widom C., Browne K., Fergusson D., Webb E., Janson S. (2009): Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 373:68–81.

Heim, C., Shugart, M., Craighead, W.E., & Nemeroff, C.B. (2010). Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Developmental psychobiology*, 52(7), 671–690.

Høringsuttalelse fra Barneombudet angående forslag til ny barnevernlov, 2012.

Høringsuttalelse fra Regionsenter for barn og unges psykiske helse Øst og Sør angående forslag til ny barnevernlov, 2012.

Kirkengen, A.L. (2005). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Universitetsforlaget, Oslo.

Langballe, Å. (2011). *Den dialogiske barnesamtalen. Hvordan snakke med barn om sensitive temaer*. Oslo, NKVTS.

Løvgren, M. og Gulbrandsen L. (2012). How early and how long? *Nordisk barnehageforskning* vol. 5 nr. 7, s. 1–9.

Moe V., Slinning K., Bergum Hansen M. (2010): *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Myhre, Lindboe & Dyb (2010). Oppdager sykehusene barnemishandling? En kartlegging av utredningspraksis. NKVTS, Oslo.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. PsykTestBARN. Alarm Distress Baby Scale. 12.10.2012. Tilgjengelig fra: <http://www.psyktest.no/945/adbb>

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2009). *When to suspect child maltreatment*. National Institute for Health and Clinical Excellence: RCOG Press.

Nøra, S. (2013): Barnevernet sliter med å snakke med barna. *Forskning.no*. Tilgjengelig fra: <http://www.forskning.no/artikler/2013/juli/363173>

Perry, B.D. (1997). Incubated in terror: Neurodevelopmental factors in the «cycle of violence». In: Osofsky, J. (Ed.), *Children, youth and violence: The search for solutions*. Guilford Press, New York (ss. 124–148).

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M.J., & van IJzendoorn, M.H. (2013). The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(3), 345–355.

Søftestad, S. (2013). *Suspicion of Child Sexual Abuse: Challenges in protection and care. A qualitative study exploring the perspectives of children, parents and child protection workers*. Doktoravhandling. Psykologisk institutt. Universitetet i Oslo.

Zoritch, B., Roberts, I., og Oakley, A. (2009): Day care for pre-school children (Review). *The Cochrane Library*, 2009, 1.

Øvreiede (1995). *Samtaler med barn: metodiske samtaler med barn i barnevernssituasjoner*. Kristiansand, Høyskoleforlaget.

Parallellseminarer

Seminar 1

Du kan hjelpe Jesper, ved Gro Kristiansen, Voksne for Barn
Tidlig innsats og langsiktig oppfølging i modellkommuneforsøket,
ved Ulrika Håkansson, Bufetat og Hege Kristine Dyrland, Lørenskog kommune

Seminar 2

Hele barnet – hele kjeden, ved Anne Venke Myren og Nicolaas Kippenbroeck
Familieambulatoriet i Nord-Trøndelag, ved Wenche Dehli, Helse Nord-Trøndelag

Seminar 3

Når må vi melde bekymring? ved Kai Spurkland, Oslo politidistrikt
Hvordan arbeide sammen om saker som omhandler vold i nære relasjoner?
ved Camilla Grimsæth, Vestfold politidistrikt

Seminar 4

Barns tannhelse – hva skal vi se etter for å oppdage omsorgssvikt?
ved Anne Rønneberg, Klinikk for allmenn odontologi – barn, Universitetet i Oslo
Samarbeid mellom tannhelsetjeneste og barnevern,
ved Ingvild Boge og Mona Nilsen, tannhelsetjenesten i Sogn og Fjordane
Dommeravhør og medisinske undersøkelser,
ved Astrid Johanne Pettersen, Statens Barnehus Oslo

Seminar 5

Autisme eller tilknytningsforstyrrelse?
ved Elisabeth Grindheim, Autismeenheten, Universitetet i Oslo
Kartlegging og tilknytningsstøttende tiltak,
ved Marit Bergum Hansen, RBUP Øst og Sør

Du kan hjelpe Jesper

Ved Gro Kristiansen, fagkoordinator, Voksne for barn

Jesper er fire år og bor sammen med sin eldre søster og mor. Han våkner opp om morgenen og skal i barnehagen, men mamma ligger og sover. Han forsøker å kle på seg og spise, men mor ligger fortsatt i sengen, utslått av alkoholrus. Slik begynner historien om Jesper.

Stort omfang barn som har det vanskelig

Ifølge Folkehelseinstituttet tilhører om lag 450.000 barn i Norge familier hvor minst en av foreldrene har psykiske lidelser eller misbruker alkohol¹. Mange barnehageansatte og andre som jobber med små barn, vil derfor kunne møte barn som har det vanskelig. Det er ikke alltid enkelt å vite hva man kan gjøre, og kanskje har man vært bekymret lenge.

Samtaleverktøy for barnehager

«Hvem kan hjelpe Jesper?» er et samtaleverktøy utviklet av Voksne for barn for barnehageansatte og andre som jobber med barn opp til åtte år. Verktøyet består av en bok, film og veileder som ligger tilgjengelig på nettet, samt en mal for tiltaksplan og bekymringsmelding². Samtaleverktøyet er et hjelpemiddel som skal bidra til at flere barnehageansatte tar opp mistanker om omsorgssvikt med barn som vokser opp med foreldre som misbruker rus.

Veiviser og kurs

«Du kan hjelpe Jesper!» Det er også tittelen på veiviseren som er en videreføring av filmen «Hvem kan hjelpe Jesper?». Veiviseren finnes både på nett³ og mobil, og kan lastes ned for iPhone⁴ og Android⁵. Den skal trygge deg som jobber i barnehage på hvordan du kan hjelpe barn som Jesper, og ta opp dine bekymringer med foreldrene. Målet er at den ansatte i barnehage skal selv reflektere over ulike dilemmaer og ta aktive valg – å gjøre noe som følge av bekymringene for barnet. Voksne for barn tilbyr også kurset⁶ «Du kan hjelpe Jesper!» hvor en kursholder snakker om barn som pårørende i barnehagen.

1. Torvik, F.A. & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: Omfang og konsekvenser*. Folkehelseinstituttet, Oslo.
2. <http://www.narbarnerparorende.no/?module=Articles&action=Article.publicOpen&id=1278>
3. http://www.narbarnerparorende.no/barn_som_parorende/jobber_med_barn/vare_tiltak/jesper/veiviser_for_jesper/
4. <https://itunes.apple.com/us/app/hjelp-jesper!/id565290288?ls=1&mt=8>
5. https://play.google.com/store/apps/details?id=no.idium.apps.jesper&feature=search_result#?t=W251bGwsMSwxLDEsIm5vLmlkaXVtLmFwcHMuamVzcGVyIl0
6. http://www.narbarnerparorende.no/barn_som_parorende/jobber_med_barn/vare_tiltak/jesper/videnutøver_fra_kurs/

Tidlig innsats og langsiktig oppfølging i modellkommuneforsøket

Ved Ulrika Håkansson, psykologspesialist, Bufetat, og Hege Kristine Dyrland, koordinator for Lørenskog kommunes tverrfaglige samarbeidssystem for barn og unge, Lørenskog kommune

Modellkommuneprosjektet er et samarbeid mellom Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Prosjektet ble iverksatt med bakgrunn i tre rapporter som konkluderte med at barn av psykisk syke og rusmisbrukende foreldre ikke blir fanget opp eller hjulpet på en god nok måte.^{1,2,3} Målet med prosjektet er å styrke innsatsen for disse barna gjennom informasjon, kompetanseheving, utviklingsarbeid og forskning, så vel som forebygging og tidlig igangsetting av hjelpetiltak og behandling.

Arbeidsmodell

Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) samarbeider med 26 modellkommuner om å utvikle en god arbeidsmodell for tidlig identifisering av barn (0–6 år) av psykisk syke og rusmisbrukende foreldre, og utarbeidelse av hele tiltakskjeden. Formålet med arbeidsmodellen er å utvikle modeller for helhetlig og systematisk oppfølging av barna og deres foreldre, både innad og på tvers av kommunegrensene. Arbeidsmodellen skal ha overføringsverdi til andre kommuner hvor hele tiltakskjeden ved barn og foreldre, tjenesten, og samarbeid med overordnede kommune- og sykehussystemer, er representert.

Lørenskog kommune

Lørenskog kommune er en av de 26 modellkommunene som deltar i utviklingsarbeidet. De har en felles satsning mellom de ulike tjenestene i helse- og omsorgssektoren og oppvekst- og utdanningssektoren som gir et godt utgangspunkt for tverrfaglig samarbeid. Det tverrfaglige samarbeidet består av et politisk utvalg, rådmannen, styringsgruppen (f.eks. kommunalsjefer og koordinator), politirådet (f.eks. lensmann, rådmann og koordinator), arbeidsutvalget (dvs. ledere for barnehagene, barnevernet, helsestasjonen, m.fl.) og de ulike tiltakene (f.eks. Tidlig intervensjon for barn i risiko (TIBIR) og kriminalitetsforebygging).

Et viktig ledd i Lørenskog kommunes arbeid, er deres tverrfaglige møter. De tverrfaglige møtene skal bistå barn og unge det knyttes bekymring til, gjennom å styrke foreldreansvaret, sikre åpenhet mellom foreldre og offentlige tjenester, samordne tiltak, sikre dokumentasjon av arbeidet, og redusere antallet henvisninger til barneverntjenesten og den pedagogisk-psykologiske tjenesten.

I tillegg til at Lørenskog kommune har fått en kompetanseheving, flere kartleggingsverktøy og et økt samarbeid med spesialisthelsetjenesten og andre instanser, har de utviklet en veileder for tidlig intervensjon blant målgruppen. Denne veilederen er tilgjengelig og kan lastes ned på nett.⁴ Den beskriver hvordan man kan håndtere bekymringer rundt barnet, se etter tegn på bekymring i samspillet mellom barn og foreldre, og bruk av kartleggingsverktøy. I veilederen finner man også hjelp til hvordan man kan gjennomføre den nødvendige, men vanskelige samtalen med foreldre om ens bekymringer for deres barn, og når man bør melde til barnevernet.

1. Aamodt & Aamodt (2005); *Tiltak for barn av psykisk syke foreldre*. RBUP sør/øst for BLD.

2. Solbakken, B.H. & Lauritzen (2006); *Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer*. SIRIUS rapport nr. 1/2006.

3. Solbakken, B.H., Lauritzen, G. & Lund, M.K.Ø. (2005) Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer. SIRIUS rapport 5/2005.

4. <https://www.lorenskog.kommune.no/Filnedlasting.aspx?MId1=2829&FilId=4138>

Hele barnet – hele kjeden

Ved prosjektleder Anne Venke Myren og fagansvarlig IKT Nicolaas Kippenbroeck, Helse Møre og Romsdal

Prosjektet «Mission possible» søker å nå målet om tidlig, rett og koordinert hjelp til barn og unge i risiko gjennom utvikling av felles og samkjørt ledelse på tvers av tjenester. Prosjektet ser samhandling rundt barn i risiko som en ledelsesutfordring og et felles lederansvar.

Samhandling på tvers av likeverdige og autonome aktører er utfordrende, og man arbeider derfor for å utvikle en organisasjonsform, en ledelsesform og et IKT-samhandlingsverktøy som håndterer denne kompleksiteten. Det er et mål å fremme lokal innovasjon, og på bakgrunn av dette har man valgt:

- nettverksledelse som metode
- nettverk som organisasjonsform
- eget IKT samhandlingsverktøy

Ledere må trenes på å lede sammen

Prosjektets målgruppe er ledere, og gjennom prosjektet skal samlet evne til samhandling, det som kalles samhandlingskapabiliteten, styrkes. Over 200 ledere fra politisk, administrativt og faglig nivå i kommunene på Sunnmøre, Helse Møre og Romsdal, Politiet og Bufetat samarbeider for å nå felles mål. Det er etablert nettverk for ledere med arenaer for felles læring og utveksling og mulighet for kommunikasjon over tid. Alle ledere med ansvar for beredskap sitter i ledernetverket. I bunnen ligger en forståelse av at ledere må trenes i felles problemløsning for at systemene skal endre seg. Som resultat av slike prosesser samordnes styringssignaler, og det skapes felles oppgaveforståelse. Det er utarbeidet et eget IKT samhandlingsverktøy «CrossWall» som gjør informasjon tilgjengelig og gjør det mulig for deltakerne i nettverket å kommunisere nettbasert. Det er et mål å fremme lokal innovasjon.

«Barrierer forsvinner når en sammen setter fokus på felles mål.»

Etablering av nettverksledelse har ført til identifisering av felles mål («Fra barnevern til vern av barn») og høy grad av oppslutning om dette. Prosjektet samarbeider med forsknings- og utdanningsinstitusjoner, og det arbeides med å få til evaluering.

Neste skritt

Det etableres tre delprosjekter – som systematisk jobber med henholdsvis psykisk helse, vold–overgrep–omsorgssvikt og beredskap i akutte situasjoner. Videre vil alle ansatte som jobber nært med barn, unge og familier i høst få tilbud om å øke sin kompetanse i forhold til taushetsplikt/opplysningsplikt – samt tilbud om økt kompetanse på å oppdage barn i risiko. Prosjektet trenger mer sentral økonomisk støtte og søker p.t. seks departementer om midler.

Familieambulatoriet i Nord-Trøndelag

Ved Wenche Dehli, klinikkleder, Barn- og familieklinikken, Helse Nord-Trøndelag

Familieambulatoriet består av tverrfaglige team og er et lavterskeltilbud. De tilbyr koordinerte tjenester fra spesialisthelsetjenesten og bistand i forhold til kommunale tjenester som kan bedre situasjonen for utsatte familier. Teamene i familieambulatoriet samarbeider nært med øvrige fagmiljø i Barn- og familieklinikken (BUP, habilitering, føde, pediatri), Rusenhet og Voksenpsykiatrisk klinikk.

Oppsøkende og koordinerende virksomhet

Virksomheten er oppsøkende, og tilbudet omfatter oppfølging av det ufødte barnet og dets familie frem til barnet fyller seks år. Familieambulatoriet har en viktig koordineringsfunksjon. Det er ofte mange instanser inne i arbeidet med familiene, og dermed mange samarbeidspartnere å koordinere. Modellen har sin opprinnelse fra København.

«Gode ideer og enkeltprosjekter må utvikles til felles systemer.»

Målgruppe

Målgruppen er foreldre med rusproblemer og psykososiale problemer. Det tverrfaglige samarbeidet og familieambulatoriet ble initiert fordi en antok at det var for få henvisninger og at berørte barn kom for sent til behandling, først ved seks- til syvårs alder. Ved å rette innsats mot gravide og barn fra fødselen av forebyg-

ges rusrelaterte skader og komplikasjoner i fosterlivet. Foreldrenes evne til å ta vare på seg selv og barnet styrkes. Mange henviser til familieambulatoriet, både instanser, organisasjoner og privatpersoner .

Fellestrekk ved foreldrene som henvises er

- fattigdom
- lav utdanning
- svakt nettverk

Familieambulatoriet følger per i dag opp 310 familier. En stor andel av familiene i opptaksområdet har alvorlige problemer.

«Spesialisthelsetjenesten må inn i barnevernet!»

Evaluering av funksjon

Brukere og samarbeidspartnere har evaluert familieambulatoriets funksjon.

Brukerne mener at familieambulatoriet bidrar til å redusere fremtidige problemer. Hovedeffekter for brukerne: trygghet rundt svangerskap og fødsel og økt tillit til barnevernet.

Hva er virksomt?

- Koordineringsfunksjonen (viktigst).
- At det er lav terskel og kort ventetid.
- At man møter pasienten der hun eller han er.
- At det er kort vei mellom ulike fagavdelinger.

Når må vi melde bekymring?

Ved Kai Spurkland, politiadvokat, Oslo politidistrikt

Temaet er det rettslige rammeverket rundt kommunikasjon mellom politi og barnevern, i saker hvor barn kan være utsatt for omsorgssvikt. Temaet kan grovt sett deles i to: Når kan politiet gi informasjon til barnevernet, og når kan barnevernet gi informasjon til politiet. Temaet er omfattende, innimellom vanskelig, og alltid uoversiktlig.

«Temaet er hverken lett eller morsomt.»

På sett og vis «eier» både barnevernet og politiet barnet som er utsatt for vold, men etatene har ofte svært ulike agendaer i møte med barnet. Politiet ønsker å straffeforfølge den kriminelle handlingen, mens barnevernet ønsker å ha barnets

beste i fokus. Disse ulike hensynene kan føre til gnisninger og uenigheter mellom de to etatene, som potensielt kan virke ødeleggende og i verste fall forringe muligheten til å hjelpe offeret. I enkelte tilfeller tar det for lang tid før politiet blir informert om en voldssak fordi barnevernet ikke ønsker at politiet skal komme i veien for deres saksbehandling. I slike tilfeller kan viktig informasjon ha gått tapt.

Taushetsplikt – ytringsplikt – ytringsrett

Det er viktig å skille mellom taushetsplikt, ytringsplikt og ytringsrett. Taushetsplikt innebærer at bestemt informasjon ikke blir gjort kjent for noen andre uten at det foreligger særskilt hjemmel for det. Det er viktig å merke seg at taushetsplikten er aktiv – dvs. man er ikke bare forpliktet til ikke å gi informasjon videre, men til å sørge for at andre ikke får tilgang til den. Ytringsplikt er når en offentlig etat har plikt til å gi bestemt informasjon videre. Avvergingsregelen er et eksempel på ytringsplikt hvor man gjør informasjon kjent fordi man er overbevist (50 % <) om at en kriminell handling vil finne sted. Ytringsrett er et vanskelig område som handler om når en etat har mulighet, men ikke plikt til å melde.

Meldeplikt til barnevern

Generelt kan man si at hvis politiet har nytte av å gi ut informasjon, så kan/gjør de det. I tillegg suppleres politiets regler om når de skal gi ut taushetsbelagt informasjon av bestemmelsen i barnevernloven § 6-4 hvor det blant annet står:

«Offentlige myndigheter skal av eget tiltak, uten hinder av taushetsplikt, gi opplysninger til kommunens barneverntjeneste når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, eller når et barn har vist vedvarende alvorlige atferdsvansker.»

Kort sagt kan man si at barnevernloven overstyrer alt annet regelverk, og alle (inkludert politiet) har plikt om å melde fra når de vurderer at det er en rimelig mulighet for omsorgssvikt. Meldeplikten inntreffer når man vurderer at det er en rimelig mulighet for at noe kriminelt kan skje.

Meldeplikt til politiet

Reglene for når barnevernet skal melde fra til politiet, er strengere, og det er færre unntak. Barnevernet må kjenne til og være trygge på hva regelverket sier om meldeplikt overfor politiet. En relativt ny bestemmelse er at barnevernet har tilbagemeldingsplikt når det er levert formell bekymringsmelding.

Tilbakemeldingsplikt

Barnevernet har en tilbakemeldingsplikt når det er levert bekymringsmelding. Bestemmelsen er forholdsvis ny, og det er derfor begrenset med praksis omkring den. Etter denne bestemmelsen plikter barnevernet å gi tilbakemelding til enhver som har gitt bekymringsmelding til barnevernet. Det er bare formelle bekymringsmeldinger som utløser tilbakemeldingsplikt, informasjonsutveksling i samtaler og møter gjør ikke det. Ved formell bekymringsmelding fra politiet skal barnevernet informere om at melding er mottatt, om det er åpnet undersøkelsessak, og om utfallet av en undersøkelsessak (dvs. om saken er henlagt eller følges opp).

Barnevernet har barnets beste for øye, ikke kriminalitetsbekjempelse. En del barnevernsansatte er utrygge på reglene, og velger derfor i noen tilfeller den «tryggeste vei» som er å ikke gi ut informasjon til politiet. Det er helt nødvendig at barnevernsansatte er kjent med jussen som setter rammebetingelser for meldeplikt. I tillegg må politiet være flinke til å formidle hva de kan bidra med i et samarbeid. Et eksempel er at barnevernet har ingen tvangsmidler overfor sine klienter, men det har politiet. I enkelte tilfeller kan tvangsmidler gi bedre resultater i barnevernssaker. Et eksempel: Hvis barnevernet har et frivillig behandlingsopplegg rundt en ungdom, vil de aldri fortelle politiet at han røyker hasj hvis de tror at politiet da vil pågripe ham. Hvis de derimot får vite at politiet kan gi en betinget påtaleunndlatelse – med betingelser som matcher oppfølgingsopplegget til barnevernet (f.eks. at han møter på skolen) – så får barnevernet et risikobak speilet (nemlig straffen) som de ikke har i sitt lovverk. Det vil gjøre det langt mer fristende for barnevernet å dele informasjonen med politiet.

Viktig med sunn fornuft for å få til et godt samarbeid

Det er også viktig å bruke informasjonen fra barnevernet med fornuft. Mange barnevernsansatte har et dilemma fordi de kan risikere å miste tilliten fra ungdommen hvis de «sladrer» til politiet om det de ser eller får vite. Hvis Siri sosionom forteller Petter politibetjent at Ole røyker hasj, vil det derfor kunne være helt ødeleggende for hennes kontakt med gutten hvis politiet ransaker gutterommet samme kveld. Hvis politiet i stedet holder øyne og ører åpne i det miljøet Petter vanker i, kan det gi barnevernet viktig informasjon om hvor utsatt Petter er og hva slags tiltak han trenger. Hvis det skulle vise seg at det er aktuelt med tvangstiltak etter barnevernloven, kan politiet bidra med viktig dokumentasjon overfor fylkesnemnda.

Hvordan arbeide sammen om saker som omhandler vold i nære relasjoner?

Ved Camilla Grimsæth, politioverbetjent, Vestfold politidistrikt

Det er et felles samfunnsansvar å forebygge, avdekke, beskytte og hjelpe barna, voldsutsatte og voldsutøver slik at volden opphører. Tverretatlig samarbeid er avgjørende for at voldsutsatte skal få den hjelp de behøver, og det er særdeles viktig å tilby hjelp til barna.

«Samarbeid for å hjelpe barn – de har ikke tid til å vente.»

Barnehage og skole må føle seg trygge nok til å kontakte barnevern/politiet. For å lykkes i å hjelpe barn utsatt for vold må avstanden mellom barnevern og politi være så kort som mulig. Barnet må ikke settes i fare, og et samarbeid må ikke forringe saken.

Familievoldteamet

Vestfold politidistrikt har i mer enn ti år hatt et tverretatlig fokus innen vold i nære relasjoner. Familievoldteamet er et tverretatlig samarbeid mellom politiet, Krisesenteret, Barnevernvakta og familievernkontoret. Teamet leder Vestfold-modellen som er en samarbeidsmodell mellom instanser som møter vold i nære relasjoner. Modellen omfatter samarbeid mellom instanser som møter familier der vold er en del av problembildet. Familievoldsteamet har vært førende for etablering av Voldtekstmottaket, Alternativ til vold, Statens Barnehus Sandefjord samt utvikling av felles handlingsplan («Handlingsplan mot vold i nære relasjoner i Vestfold – felles rutiner når barn forteller om mulig vold og overgrep») for samtlige kommuner i Vestfold. Vestfold politidistrikt mottok i 2012 Justis- og beredskapsdepartementets pris for samarbeid og samordning i arbeidet mot vold i nære relasjoner.

Hvordan lykkes med tverretatlig samarbeid?

Forankring i øverste ledelse er sentralt for å lykkes med tverretatlig samarbeid. Faste møtetider med fokus på metode, fag og rutiner har vært et av suksesskriteriene for Familievoldteamet i Vestfold. Gjennom kontinuerlig dialog vil man kunne øke fagkunnskapen og bidra med adekvate tiltak for øvrige samarbeidspartnere.

«Arbeid med vold i nære relasjoner kan være belastende, og det er derfor viktig at du tar vare på deg selv slik at du varer.»

Barns tannhelse – hva skal vi se etter for å oppdage omsorgssvikt?

Ved Anne Rønneberg, klinikkssjef ved klinikk for allmenn odontologi – barn, Universitetet i Oslo

Det er viktig å inkludere tannhelsetjenesten i tverrfaglige team vedrørende temaet barnemishandling og omsorgssvikt. Tannhelsetjenesten kaller inn alle barn fra 3 til 18 år jevnlig gjennom hele oppveksten.

Unik mulighet til å avdekke overgrep hos tannlegen

Vi vet at fysiske overgrep foregår i hode-/halsregionen i langt over 50 % av tilfellene, studier viser helt opp til 76 %. Det blir også rapportert at mange seksuelle overgrep er orale seksuelle overgrep. Når barnet/ungdommen er hos tannlege eller tannpleier, sitter de godt opplyst, og vi har en unik mulighet til å kunne avdekke ulike tegn til overgrep. Det kan være ulike tannskader hvor forklaringen ikke stemmer med våre observasjoner, barn som kommer urovekkende sent til konsultasjon etter skade eller man observerer tidligere skader som ikke er behandlet. Også større barn med grav karies (alvorlig tannrøte) kan være utsatt for omsorgssvikt, seksuelle overgrep eller fysisk mishandling. Det er viktig å tørre å stille spørsmål, og grav karies er en grunn til bekymring inntil det motsatte er bevist. Hvis karies ikke kan forklares ut fra sykdom eller endrede forhold, er det grunn til bekymring. Grav karies er en av de vanligste årsakene til at små barn får narkose, og grav karies er alvorlig da det gir åpning inn til blodbanen. Karies gjør vondt både for voksne og barn, og kan medføre underernæring og vekttap hos barnet, infeksjoner, læreproblemer og at barnet kommuniserer dårligere. Det er viktig at tannhelse også blir påtenkt i forbindelse med at barn er syke og innlagt på sykehus / er i barnehabilitering. Samhandling og informasjonsutveksling her er av stor viktighet for barnets generelle helse. Det bør være rutine at barneavdeling på sykehus samarbeider med tannhelsetjenesten lokalt på barnets hjemsted når barn er kronisk syke, funksjonshemmede eller alvorlig syke. Det bør være spesialister i pedodonti (barnetannpleie) ved alle større sykehus.

Tannleger kan også legge merke til andre merker som f.eks. arr i ansikt, hals, bak ørene etter vold og overgrep. Det er derfor viktig å ha rutiner for å stille spørsmål og å vite hva en skal være obs på og se etter. Det å være i tannbehandlingssituasjonen er en spesiell situasjon, og kan fremkalle reaksjoner fra tidligere opplevde traumer. En pasientjournal kan inneholde verdifulle notater vedrørende pasientens oppførsel og samspill med ev. foresatte.

Gjensidig samarbeid viktig

Det er viktig å dokumentere gjennom å fotografere og journalføre, og å melde videre slik at barnet ivaretas og får den hjelpen det skal ha. Gjensidig samarbeid med barnevernet er av stor betydning. Det bør tilstrebes å opprette formelle nasjonale samarbeidsavtaler mellom barnevern og tannhelsetjenesten i hele landet.

Det er viktig å være klar over at den offentlige tannhelsetjenesten er organisert under fylkeskommunen. Dette medfører at tannhelsetjenesten ikke automatisk blir inkludert i de tverrfaglige intrakommunale team som jobber i forhold til barn og unge. Et godt samarbeid med helsestasjonen er også av stor viktighet. Ved flere av Statens Barnehus etableres det også nå kontakt med tannleger som kan gjøre undersøkelser på barnehusene.

«Tannhelsetjenesten er den eneste helseprofesjonen som ser barn og unge jevnlig gjennom hele oppveksten.»

Samarbeid mellom tannhelsetjeneste og barnevern

Ved Ingvild Boge og Mona Nilsen, tannhelsetjenesten i Sogn og Fjordane

Bakgrunnen for samarbeidet var et seminar for tannhelsetjenesten i Sogn og Fjordane vinteren 2009, med fokus på barn utsatt for omsorgssvikt og overgrep hvor Anne Rønneberg kom og holdt foredrag om temaet. I 2010 oppfordret barneombudet helseministeren i et brev å utarbeide rutiner i tannhelsetjenesten for å fange opp omsorgssvikt, vold og overgrep.

Direktøren for tannhelsetjenesten i Sogn og Fjordane opprettet en ressursgruppe som fikk i oppdrag å utarbeide forslag til interne rutiner og prosedyrer i tannhelsetjenesten for å sende bekymringsmelding til barnevernet. Det ble lagt vekt på tverrfaglig samarbeid og kompetanseheving, og det ble også utarbeidet rutiner for å fange opp barn som uteblir til timeavtale på tannklinikken.

Nettverk

Den offentlige tannhelsetjenesten i Hordaland, Tannhelse Rogaland, Statens Barnehus Bergen, Universitetet i Bergen avdeling pedodonti, Fylkesmannen ved helse, sosial og juridisk avdeling Sogn og Fjordane, Indre Sogn barnevern, Anne Rønneberg ved Universitetet i Oslo og RVTS (Regionalt ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging) deltok i samarbeidet om utarbeidelse av rutiner og prosedyrer. Gjennom dette nettverket fikk ressursgruppa opplæring og kompetanse knyttet til omsorgssvikt, vold og misbruk av barn.

Utarbeidet rutiner og prosedyrer

Resultatet av arbeidet er at det er blitt etablert bindende samarbeid mellom tannhelsetjenesten og barnevernet i alle kommuner i Sogn og Fjordane. Alle ansatte i tannhelsetjenesten har fått informasjon og opplæring i rutinene, og nå i høst skal rutinene evalueres og revideres. I sammenheng med dette arbeidet er det utarbeidet et opplæringsprogram for alle ansatte i tannhelsetjenesten, og en egen arbeidsgruppe jobber videre med å lage nasjonale rutiner.

Økt antall meldinger fra tannhelsetjenesten til barnevernet

Rapportering fra 2011 og 2012 viser en økning i antall meldinger fra tannhelsetjenesten til barnevernet. Et forskningsprosjekt ved Ingfrid Vaksdal Brattabø og Linda Næss om tannhelse og barnevern og samhandling til beste for barnet, settes nå i gang. Dette er et tverrfaglig forskningsprosjekt mellom den offentlige tannhelsetjenesten i Hordaland, Rogaland, HEMIL senteret, Psykologisk fakultet (UIB), Institutt for klinisk odontologi (UIB) og Juridisk fakultet (UIB).

Dommeravhør og medisinske undersøkelser

Ved Astrid Johanne Pettersen, leder av Statens Barnehus Oslo

Vi har hatt Statens Barnehus i Norge i litt over fem år, og barnehus nr. ti er straks etablert. Hele poenget med barnehus er at dommeravhør, medisinsk undersøkelse, behandling og oppfølging skal skje på samme sted. Alle de voksne skal komme dit barnet er. Slik var det ikke før, men slik er det heldigvis nå. Målet er å ivareta barnas rettsikkerhet bedre og ivareta barnet bedre.

Formål

Formålet med opprettelsen av barnehus er å tilby dommeravhør, medisinsk undersøkelse, behandling og oppfølging av barn, familie og øvrig nettverk på ett og samme sted. Dette skal bidra til økt rettssikkerhet og bedre ivaretagelse av barnet som da slipper belastningen med å dra fra sted til sted.

Barnehusene er med på å styrke tverrfaglig samarbeid mellom ulike instanser som barnevernet, psykisk helsevern og politiet. Barnehusene ønsker å bidra til fagutvikling og økt kompetanse for alle som arbeider med målgruppen – som er barn og unge opp til 18 år samt voksne med psykisk utviklingshemming – når det foreligger et anmeldt forhold med mistanke om seksuelle overgrep eller vold. Barnehusene jobber også med unge som har utsatt andre barn for vold eller overgrep. Man tenker at det er viktig å ivareta de barna også, da de selv ofte har en bakgrunn der de har vært utsatt for vold og overgrep. Ikke minst er det viktig i et forebyggingsperspektiv. De aller fleste barn synes det er vanskelig å snakke om vold og overgrep som har skjedd.

Noen tall fra Statens Barnehus Oslo

2011

Avhør: 535
Gutter: 40 %
Jenter: 60 %
Gjennomsnittsalder: 10 år
Vold: 309
Seksuelle overgrep: 220
Andre forhold: 6
Barn mellom tre og seks år: 128

2012

Avhør: 627
Gutter: 50 %
Jenter: 50 %
Gjennomsnittsalder: 11 år
Vold: 373 (vitne til vold: 158)
Seksuelle overgrep: 272
Barn mellom tre og seks år: 139

Samtalemetoder

Som samtaleteknikk i avhør på barnehus, brukes vanligvis den dialogiske samtalemetoden DCM som er utviklet av Kari Gamst og Åse Langballe. Barn som forteller noe om vold eller seksuelle overgrep, utgjorde ved barnehuset i Oslo 68 % i 2011 og 69 % i 2012. Antall dager fra anmeldelse til avhør i 201 lå på mellom 26 og 100 dager på landsbasis, og det jobbes for å få tiden ytterligere ned.

Utfordringer ved avhør av små barn

Det er flere utfordringer ved avhør av små barn. Språk er én utfordring. En annen er at små barn har kort oppmerksomhetsspenn (15–30 minutter). Det er i det spennet at små barn kanskje kan klare å fortelle noe, dersom vi tilrettelegger godt. Barn er orientert mot det som skjer her og nå, de er fysiske og hopper og beveger seg rundt i rommet. Barn i avhør må få lov til å bevege seg rundt,

og i barnehusene bruker man kamera som følger barnet slik at det lar seg gjøre. Barn viser ofte hendelser og følelser med kroppen. Trygghet og tilknytning påvirker også, – det er vanskelig for små barn å skulle snakke med en fremmed voksen uten å ha mamma med. Det sier seg selv at man må bruke tid og forberede godt. Barna skjønner ofte ikke hvorfor de er der eller hvor de er, og jo mindre barna er, jo mer avhengig er de av å få en innramming og sammenheng. Dette står da i motsetning til ønsket om å få frem den frie fortellingen fra barna som jussen er opptatt av. Man ønsker å unngå å lede barnet. Det kan være vage mistanker, og å skille mellom fantasi og virkelighet kan være vanskelig.

To eksempler på hvordan avhør med små barn kan foregå ble vist for å vise hvordan slike avhør blir holdt. Dommeravhør av førskolebarn trenger støttebevis. Støttebevis som f.eks. medisinske undersøkelser eller andre vitnemål er som regel avgjørende i retten. Dommeravhør av små barn krever god forberedelse før avhøret i tillegg til god og profesjonell etterforskning. Derfor trenger man kunnskapsrike personer i hele straffesakskjeden. Å avhøre barn krever kunnskap og særlige ferdigheter, trening, supervisjon og evaluering.

Sekvensielle avhør

En annen aktuell avhørsmetode er sekvensielle avhør som bygger på «Extended Forensic Interview» (EFI), utviklet ved National Child Advocacy Center (NCAC) i Huntsville Alabama, USA, og som viser gode forskningsresultater (Carnes, Wilson & Nelson-Gardell, 1999; Carnes, Nelson-Gardell, Wilson & Orgassa, 2001; Faller & Nelson-Gardell, 2010).

Kripos og Statens Barnehus Bergen har fra 2010–2012 prøvd ut sekvensielle avhør som går over tre sekvenser og dermed gir mer tid til å etablere kontakt med barnet og å nærme seg temaet som skal tas opp. I sekvensielle avhør tilpasses fremgangsmåten det enkelte barns formidlingsevne og utviklingsnivå. Kripos og Statens Barnehus i Norge videreutvikler og trener på bruk av metoden til dommeravhør.

Medisinske undersøkelser

Det foretas også medisinske undersøkelser ved Statens Barnehus Oslo. I 2011 ble det gjennomført 77 undersøkelser, 127 i 2012 og 91 hittil i 2013. Det er viktig at et tilbud om medisinsk undersøkelse gis. Undersøkelsene fungerer som støttebevis ved en eventuell rettssak. Man sikrer spor, kan dokumentere eventuelle tidligere skader og undersøke om søsken har samme skader. Det er også sånn at noen barn forteller mer ved undersøkelse enn i avhør ettersom det er fysisk og det da kan være lettere å snakke om kroppen. En undersøkelse kan også eventuelt gi en bekreftelse på at kroppen ikke er fysisk skadet.

Anmeld vold og overgrep mot barn!

Astrid Johanne Pettersen avslutter med å oppfordre til å anmelde vold og overgrep mot barn og peker på at avhør er mulig selv om barna er små. Hun understreker at det bør være kort tid mellom anmeldelse og avhør, at man bør gjøre medisinske undersøkelser, at tverrfaglig samarbeid er viktig og at man må ha lav terskel for å stille spørsmål og for å snakke sammen.

«Det gjelder å tro at det er mulig å gi barna en sjanse!»

Autisme eller tilknytningsforstyrrelse?

Ved Elisabeth Grindheim, forsker ved Autismeenheten, Oslo universitetssykehus

Foredraget er et samarbeid mellom Elisabeth Grindheim og Gunn Stokke (Senter for foreldre og barn i Molde, Bufetat).¹

Det finnes få systematiske studier om hvordan man kan skille mellom autismespekter forstyrrelser (ASD) og reaktiv tilknytningsforstyrrelser (RAD), det er til dels motstridende funn innen forskningen, det er få tester, og utredningsmetodikken er lite standardisert. I tillegg er begrepsbruken ulik, også i den kliniske hverdagen.

Hva kjennetegner ASD og RAD i diagnosemanualene?

De to diagnosemanualene har hatt noe ulik inndeling og presisering av kriterier for disse diagnosene. ICD-10 (som brukes i Norge) beskriver ASD som en funksjonsdiagnose hvor en skal identifisere tilstedeværelse eller fravær av bestemte typer atferd innenfor tre domener (områder). Det skal være kvalitative avvik i gjensidige sosiale relasjoner, kommunikasjons- og språkutvikling, samt repetitiv atferd som kan ses enten som stereotypier eller som spesielle interessedemaer. Videre er ASD her inndelt i flere undergrupper. Det antas at ASD skyldes en nevrobiologisk dysfunksjon med en genetisk årsak. Forekomst er ca. 0,8–1 % (Fombonne, 2009).

I den nylig reviderte DSM-5 manualen² (brukes mest i USA) er det to domener; vedvarende vansker i sosial kommunikasjon og interaksjon, samt begrenset mønster i atferd, interesser og aktiviteter. I begge manualene kreves det at symptomene skal ha vært til stede fra tidlig barnealder, men de kan først vise seg senere når kravene til sosial kommunikasjon øker. Forskjellen som er mellom DSM-5 og den noe eldre ICD-10 er vektleggingen av avvik i sosiale interaksjoner og da særlig i forhold til gjensidighet og kommunikasjonsferdigheter.

Fellestrekk i beskrivelsene av tilknytningsforstyrrelser

Tilknytningsforstyrrelser forårsakes av «patogen omsorg», og symptomene skal være til stede før femårs alder. Det finnes to typer tilknytningsforstyrrelser: reaktiv (RAD) og udiskriminerende. Begge er sjeldne tilstander med en antatt forekomst på under 1 prosent i normalpopulasjonen, mens i kliniske populasjoner kan forekomsten være mellom 35 til 40 prosent (Zeanah et al., 2004).

Tilknytningsforstyrrelser kjennetegnes ved avvikende sosial fungering på tvers av ulike situasjoner eller relasjoner. Tilstanden synes å være stabil over tid dersom miljøvilkårene ikke endres, mens det forventes betydelig endring ved bedring i miljøet og omsorgen.

Diagnosekriteriene i DSM-5 for tilknytningsforstyrrelser

En har valgt å legge frem de nyeste kriteriene, siden ICD-10 og DSM-5 begge nå har to diagnoser for tilknytningsforstyrrelser. I begge beskrives det to hoveddomener med tilhørende og utfyllende atferdskriterier. Diagnosekriteriene for reaktiv tilknytningsforstyrrelse (ICD-10 F 94.1) sier det skal være en konsistent hemmet, emosjonell tilbaketrukket atferd overfor voksne omsorgspersoner som første domene. Det andre er vedvarende sosial og emosjonell forstyrrelse, som må ha vært til stede før fylte fem år. Som grunnleggende kjennetegn beskrives: fravær eller svært underutviklet tilknytning mellom barn og omsorgsgiver. På grunn av omsorgssituasjonen viser ikke barnet atferdsmanifestasjonene av selektiv tilknytning. ASD settes opp som differensialdiagnose.

Kriteriene for udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse (ICD-10 F 94.2) beskriver et atferdsmønster hvor barnet aktivt oppsøker og samhandler med ukjente voksne som et domene. Denne atferden er ikke begrenset til impulsivitet (som ved ADHD), men inkluderer sosial uhemmet atferd. Det grunnleggende kjennetegnet her er at barnet viser et atferdsmønster som er kulturelt upassende, overdrevent familiært i forhold til fremmede. Her settes ADHD som differensialdiagnose.

For begge tilknytningsforstyrrelsesdiagnosene er det et kriterium at barnet må ha opplevd ekstremt utilstrekkelig omsorg, som regnes som årsaken til tilstanden. Samtidig presiseres det at ikke alle barn som lever under utilstrekkelige omsorgsvilkår utvikler tilstanden. Forekomsttallene er ikke kjent.

Fellestrekk mellom ASD og RAD diagnosene i symptombeskrivelser

Selv om de to tilstandene har ulik årsak, kan det være svært vanskelig å skille dem i fremtredelsesform. Begge diagnosene har som domene, avvik i sosial fungering, som presiseres videre med følgende like atferdsbeskrivelser: sosial tilbaketrukkethet, vansker med å initiere og regulere sosial kontakt, redusert sosialt engasjement og gjensidighet, lavt nivå av positiv affekt, mangelfull trøstsøkende atferd og avvikende blikkontakt. I tillegg beskrives vansker i vennskapsdannelse med jevnaldrende. En annen sosial ferdighet som «evnen til å ta andres perspektiv», er en vanlig vanskebeskrivelse i ASD og kan være en vanske ved RAD. Innenfor språk- og kommunikasjonsferdigheter kan det forekomme avvik hos barn med RAD som minner om språkvanskene en kan se i barneautisme. Sadiq et al. (2012) fant at barn med RAD synes å ha større vansker med pragmatisk språk enn barn med Aspergers syndrom på noen områder. Sistnevntes funn skiller seg noe fra kriteriene i diagnosemanualene og litteraturen for øvrig. Kognitiv forsinkelse ses ofte hos barn som har opplevd omsorgssvikt, men vanligvis endres dette ved miljøskifte. Ulike kognitive vansker forekommer ofte innen ASD. Til slutt kan det nevnes at motoriske stereotypier er vanlig forekommende i begge tilstandene.

Holdepunkter for å skille tilstandene

For å skille ASD og RAD, angir DSM-5 at er det avgjørende å avdekke kvaliteten på omsorgssituasjonen. Dersom den er god nok, kan RAD utelukkes. Hos barn med ASD kan en se særinteresser og ritualisert atferd, spesifikke vansker med sosial kommunikasjon som er kvalitativt annerledes enn hos barn med RAD. Selektiv tilknytning kan vanligvis ses hos barn med ASD, mens hos barn med RAD er den selektive tilknytningen svært underutviklet. Barn med ASD former selektiv tilknytning til omsorgspersonene omtrent som vanlige barn. Ca 50 % av ASD-barna former trygg tilknytning (mot ca. 65 % av vanlige barn). Det synes å være litt høyere forekomst av utrygg og disorganisert tilknytning hos barn med ASD. Tilknytningskvalitet kan ikke avgjøres bare på grunnlag av tradisjonell bruk av SSP (Fremmed sit.) for barn med ASD (Rutter et al., 2009). En skal være oppmerksom på at barn med ASD viser tilknytning på en annerledes og individuell måte, f.eks. hvordan de bruker den voksne som trygg base, er svært forskjellig fra vanlige barn (Oppenheim et al., 2008). «Uvanlige barn gir uvanlige samspill.»

Så langt har vi bare funnet to studier som har sett på hvordan barn med ASD reagerer på overgrep og omsorgssvikt (Mandell et al., 2005 og Howlin & Clements, 1995).

Omsorgssvikt og overgrep overfor barn med funksjonshemminger.

Forekomsten av omsorgssvikt og overgrep synes å være høyere for barn med ulike typer funksjonshemming enn for vanlige barn – 3,4 ganger så høy (Sullivan & Knutson, 2000). Den forhøyete risikoen i forhold til vanlige barn er knyttet til ulike faktorer som at den totale omsorgsbelastning på foreldrene er større. Barnas atferd er vanskeligere å tolke, og en ser oftere vanskelig atferd hos barna. På grunn av funksjonshemmingen er selvbeskyttelsesevnen hos barna svakere utviklet. I mange tilfeller er det også mange omsorgspersoner rundt barna. Det er derfor nødvendig med helhetlige forebyggende tiltak som må rettes mot belastnings- og mestringsaspektene for familien. Samtidig må det legges til rette for optimaliseringen av barnets utvikling. I tillegg må det være god faglig kompetanse i institusjoner som skal ivareta barna.

Utredning

Utredning må være flerfaglig, med bred klinisk kompetanse fra autismefeltet, ADHD-feltet og barnevern/tilknytningsfeltet. En må gjøre generelle og diagnosespesifikke kartlegginger med ulike tester og observasjoner på tvers av situasjoner og med ulike personer. Grundig anamnese; med fokus på tidlig utvikling og tilknytningsforhold, samt familieanamnese. Kartlegging av omsorgsvilkårene for barnet er selvsagt nødvendig.

Til slutt: Konsekvensene av å ta feil med hensyn på differensialdiagnostisering/overskygging av tilstander (barn kan ha ASD og/eller ADHD og leve under utilstrekkelige omsorgsvilkår) kan være svært store både for barn, familier og ev. fosterfamilier. Erfaringene har vist oss at det å ikke gjøre noe ved bekymring for et barns omsorgsvilkår, kan være enda verre.

Rapport fra prosjekt:

- Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 48, nummer 6, 2011, side 529–534 (Gunn Stokke)
- Autisemeenheten, Rapport nr 2, 2011: Gunn Stokke
Autismespekterforstyrrelse eller tilknytningsforstyrrelse.
<http://www.autisemeenheten.no>
- Hefte: Bestilles fra: bramse@ous-hf.no

1. Bakgrunnen for foredraget er et prosjekt om kunnskapsstatus på fagfeltet, finansiert av Autisemeenheten.
2. Oversettelsen av DSM-5 er gjort av foredragsholder, med forbehold om feil.

Kartlegging og tilknytningsstøttende tiltak

Ved Marit Bergum Hansen, avdelingssjef, RBUP Øst og Sør

Det er viktig å oppdage barn og familier som trenger hjelp tidlig. Vi må bruke tid og passe på ikke å sette i gang tiltak for raskt. Barnevernet må være der familien er og være lydhøre for foreldrenes budskap. Barnevernet trenger kartleggingsverktøy og erfaring.

En rapport fra Clausen og Valset viser at det er en økning i barn i barnevernet i aldersgruppen 0–5 år på 22 prosent fra 1995–2008. I tillegg har det vært en økning i ansatte i barnevernet på 40 prosent. Vi vet ikke om det nå er flere barn og familier som trenger hjelp eller om det er flere ansatte som oppdager flere som har behov for hjelp.

Mangel på omsorg, vold og overgrep henger sammen

Omsorgssvikt og mishandling er verst for de minste barna. Det er derfor behov for et godt kunnskapsgrunnlag, men det er fremdeles få studier om hvem som fanges opp og lite observasjonsdata. Utvalgene er små og metodene ulike. Hjelpetiltak handler om barns kompetanse og foreldrenes forutsetninger for et vellykket samspill. Transaksjonsmodellen er viktig i dette arbeidet. Barn og foreldre påvirker hverandre gjensidig over tid, og kvalitative endringer skjer i samspillet.

Still Face prosedyren

En viktig måte å kunne observere hva som skjer når samspillet blir lite tilfredsstillende for barnet, er Still Face prosedyren. I starten ser vi et speilbilde av barnet og omsorgspersonenes emosjonelle uttrykk. Så blir mor eller far bedt om ikke å reagere på barnets initiativ og se bort. Barnets reaksjoner er voldsomme med en gang og holder seg over tid, og det tar tid å gjenopprette det samspillet som var der tidligere. Det viser at gjensidig koordinering i samspillet er viktig. Barnet utvikler en generalisert forventning om hvordan samspillet skal være, og representasjoner dannes førspråklig. En mismatch er forvirrende fordi spedbarnets hjerne er programmert til å forvente en viss type gjensidighet ut fra tidligere erfaringer. Det handler om ansvarlighet, følelse av kontroll/balanse, slitenhet, metalliseringskapasitet, mestringsstrategier og sosial støtte.

Hva skal vi se etter og hva skal vi spørre om for å oppdage at et lite barn er i fare?

Og hva trenger vi for å ha et godt fungerende barnevern? Det er viktig å spørre om hvordan foreldrene ser på barnet og hvordan de beskriver barnet sitt. Dette er ofte ikke naturlig for oss, og et intervju er et godt hjelpemiddel. Det er viktig å ha erfaring i å jobbe med sped- og småbarn. Det er fort at vi ønsker å være en god hjelper for mor, og dermed er faren at vi glemmer barnet. Vi kan bli opp-tatt av å få et smil fra mor, men ser ikke blikket barnet får. Barnevernet trenger mengdetrening. Å jobbe med 30 barn per år er nødvendig for å få god kompetanse. Det er ikke kun mengde som er viktig, men kvalitativ mengde. Barnevernet må kunne skille mellom hvilke familier som ligger litt på grensen og hvem som er i faresonen.

Vi trenger en særlig kvalifisert meldingssentral med erfaring både fra omsorgssvikt, mishandling og overgrep

Barnevernet trenger kunnskap i bruk av kartleggingsmetoder, intervjumanualer og samspillsmetoder. Dessuten trenger barnevernet systematiske hjelpeprogram. Det er et spørsmål om profesjonalisering både når det gjelder meldingsvurderinger, kartlegging og utredning og hjelpetiltak.

Mange saker som meldes fra politiet henlegges. Barnevernet har ansvar for å undersøke alle meldinger fra politiet grundig for å se om det er grunnlag for videre utredning.

Hvilke metoder har vi?

Vi har behov for informasjon fra flere kilder: barnehage, helsestasjon og foreldrene og barna.

Utfordringen med mange metoder er at de ikke er utviklet for barnevernsbefolkningen, derfor er kunnskap i bruk og begrensninger viktig.

Det finnes gode metoder for utredning og behandling som Marte Meo og behandlingsmetoden Circle of Security. En norsk studie er i ferd med å publisere gode resultater ved bruk av Marte Meo. Det er viktig å se betydningen av de to første leveårene hvor barnet er åpent for korrigering. Hjemmebaserte tiltak er viktig og vi trenger å jobbe langsiktig.

Praksisfeltet trenger kunnskap og forskning, og disse to områdene må knyttes opp mot hverandre. Forskingen må også inkludere forskning på hvordan praksis kan forbedres og kvalitetssikres. Dette kan f.eks. være evaluering av tiltak, prosedyrer og rutiner.

«Det finnes ingen 'Quick fix' i arbeid med barn i fare for omsorgssvikt, vold og overgrep.»

Utstillere

Alarmtelefonen for barn og unge

Alternativ til vold

ADHD Norge

Autismeforeningen i Norge

Barn av rusmisbrukere

Home-Start Familiekontakten (HSF)

«Hvis klær kunne fortelle»

Jegvilvite.no

Landsforeningen for barnevernsbarn

Mental Helse Ungdom

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Norsk Tourette Forening

Statens Barnehus

Voksne for Barn



Alarmtelefonen for barn og unge

- Alle barn og unge skal ha ett nummer de kan ringe når de opplever vold i hjemmet, er utsatt for overgrep, er redd for tvangsgifte eller opplever andre akutte og vanskelige situasjoner.
- Nødtelefonen 116 111 er gratis.
- Alle telefoner blir besvart av voksne som har lang erfaring i å hjelpe barn og unge.
- Også voksne som er bekymret for barn og unge – eller har mistanke om at de utsettes for vold og overgrep kan ringe Alarmtelefonen 116 111.

Alarmtelefonen skal være et tillegg til eksisterende akuttberedskap for barn og unge. Det finnes 15 store barnevernvakter i Norge. Det er de som svarer når du ringer 116 111 i deres åpningstid. Ca. 100 kommuner i Norge har krise- og akuttberedskap for barn og unge. Websiden *barnevernvakten.no* viser hvilke kommuner som har egen krise- og akuttberedskap.

Alarmtelefonen er åpen når barneverntjenesten har stengt, fra kl. 15.00–08.00. I helger og på helligdager er Alarmtelefonen døgnåpen.

Alarmtelefonen vil vurdere om det er behov for:

- hjelp her og nå
- å sende bekymringsmelding til barneverntjenesten der du bor
- å kontakt med andre hjelpetjenester
- å gi råd om hvordan du kan få hjelp fra andre

Alle henvendelser blir registrert og skrevet ned. Dersom du har behov for hjelp her og nå – vil vi ta kontakt med lokalt barnevern, politi eller legevakt.

Når vi sender melding til barneverntjenesten, vil de ta kontakt med deg.

I Norge er det Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD) som finansierer Alarmtelefonen for barn og unge.

www.116111.no



Alternativ til Vold

Alternativ til Vold (ATV) er en privat ideell stiftelse som driver med behandling, forskning og kunnskapsformidling med fokus på vold i nære relasjoner.

ATV startet i 1987 som det første samtaletilbud i Europa for menn som utøver vold mot partner. ATV har vokst til en stor organisasjon som nå har elleve kontorer i Norge. Arbeidet med etableringen av nye ATV-kontorer har de senere årene vært knyttet til Regjeringens Soria Moria-erklæring og Regjeringens handlingsplaner mot vold i nære relasjoner. ATV har også kontorer i Sverige, Danmark, Finland (Åland) og Island. I dag gir enkelte av ATVs kontorer også behandling til voldsutsatte voksne og barn.

Alternativ til Vold er en aktiv bidragsyter til å redusere vold både på familie- og samfunnsmessig plan. Vi ser med begeistring på hvordan tabu i samfunnet stadig bygges ned når det gjelder vold mot barn, og hvordan fokuset på dette har økt både fra offentlige instanser og ute i samfunnet generelt. Men, det er fremdeles en lang vei å gå – daglig er vi i kontakt med mennesker hvor systemene rundt barn ikke fungerer godt nok.

De siste årene har ATV arbeidet med flere faglige utviklingsprosjekter som grunnlag for vårt arbeid og ønske om å bidra til en voldsfri barndom:

- Prosjektet «Barn som lever med vold i familien», et prosjekt ATV Oslo gjennomførte i samarbeid med Senter for Krisepsykologi på oppdrag fra BLD.
- Boka og filmen «Sinna Mann» brukes mye i vårt arbeid, Øyvind Aschjem i ATV Telemark spilte en sentral rolle for å få utgitt denne boka. I arbeidet med boka dro han med en gruppe voldsutsatte barn for å besøke Kong Harald – fordi det var Kongen som virkelig kunne fortelle dem at det ikke var deres skyld.
- «Bryt Voldsarven» er en metode som ble utviklet med midler fra Extrastiftelsen hvor fokus er å forebygge at sinne og vold føres videre i generasjoner. Nye kurs i denne metoden avholdes høsten 2013 i Stavanger, våren 2014 i Trondheim, og muligens blir det også satt opp et i Vestfold.
- «Dialoggrupper om vold – forebyggende arbeid i asylmottak» er et pågående prosjekt på oppdrag fra UDI. Målet er at dialoggrupper om vold hos beboere i asylmottak. Deler av prosjektet har fokus på beboernes foreldrerolle.
- Forskning på voldsutøvende menn som kommer i behandling. Her pågår en omfattende studie ved NKVTS hvor det kartlegges hvor mange av mennene som har utøvd vold mot barn, og hvor mange av dem som selv ble utsatt for vold i oppveksten. Ved ATV Stavanger pågår også en studie på voldsutøvende fedres evne til mentalisering.



ADHD Norge

ADHD Norge

ADHD Norge er en landsomfattende interesseorganisasjon for mennesker med ADHD og deres familier. ADHD Norge er en av de største organisasjonene innen psykisk helse med 9200 medlemmer per 2012 og 19 fylkeslag. ADHD Norge arbeider for å spre kunnskap om og forståelse for ADHD både for medlemmer, hjelpeapparat, undervisningssektor og i befolkningen generelt.

- Arbeider for full likestilling og samfunnsmessig deltakelse for alle mennesker med ADHD, og arbeider mot diskriminerende holdninger.
- Utvikler og driver aktiviteter i tråd med medlemmenes behov og arrangerer bl.a. sommerleirer og familieseminarer.
- Bidrar til kompetanseutvikling i hjelpeapparatet, spesielt innen utdanning, NAV, helse og barnevern.
- Deltar i nasjonalt og internasjonalt samarbeid som fremmer ADHD-saken.

www.adhdnorge.no



Autismeforeningen i Norge

Autismeforeningen i Norge er en landsdekkende forening for mennesker med diagnose innen autismespekteret, foreldre og andre pårørende samt andre interesserte.

- Arbeider for at samfunnet oppfyller sine forpliktelser overfor mennesker med diagnose innen autismespekteret.
- Arbeider for like muligheter for deltakelse på ulike samfunnsområder.
- Arbeider for forpliktende langtidsplanlegging i et helhetlig og livslangt perspektiv ut fra den enkeltes behov.
- Driver opplysningsvirksomhet, voksenopplæring, stimulerer til forskning.
- Driver likemannsarbeid overfor enkeltfamilier, bidrar til bedre mestring av hverdagen og forebygging av psykiske vansker.

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



Barn av rusmisbrukere

Barn av rusmisbrukere (BAR) er en bruker- og interesseorganisasjon for barn, i alle aldre, som opplever foreldres rusbruk som en belastning, og har som hovedmål å fremme barn av rusmisbrukeres kunnskap/erfaring, posisjon og stemme i samfunnet.

BAR arbeider for å:

- ivareta barneperspektivet med bakgrunn i representantenes erfaringer som barn av foreldre med rusmisbruk
- synliggjøre mennesket og barnet bak rusmisbrukerfasaden og de ressursene og mulighetene som ligger der
- styrke barn av rusmisbrukeres rettigheter
- synliggjøre barn av rusmisbrukere som en ressurs
- jobbe imot endringer i lovverket som gjør rusmidler (alle) mer tilgjengelig

Blant annet driver BAR tilbudet BARsnakk:

Barsnakk er et anonymt praterom for de som har en mor eller far, eller andre man bryr seg om, med rusproblemer. På barsnakk.no kan man selv skape det miljøet man vil være i, og er mest komfortabel med, samtidig som man er helt anonym.

Tilbudet er nettbasert og er geografisk uavhengig.

I tillegg kan du komme innom vår Barsnakk-café på mandager, hvor du kan ta en kaffekopp og slå av en uforpliktende prat med en av oss.

Åpningstider BARsnakk chat: mandag og tirsdag, 17.00–21.00.

Åpningstider drop-in: mandager 17.00–21.00.

www.barweb.no



Home-Start Familiekontakten (HSF)

Home-Start Familiekontakten (HSF) er et frivillig og forebyggende tilbud for småbarnsfamilier som trenger hjelp og støtte i hverdagen. Familiene må ha barn under skolealder.

Frivillige (familiekontakter) må gjennomføre et omfattende forberedelseskurs (refleksjonskurs) som går over åtte–ti uker. Denne kvalitetssikringen er viktig, og etter kurset blir de kjent med en familie som er i en sårbar livssituasjon, og som ønsker hjelp og støtte fra HSF. Familien får besøk i sitt eget hjem, to–fire timer per uke i ca. et halvt år.

Våre suksessfaktorer er fleksibilitet, raushet og en god «match» mellom familien og familiekontakten. Familiekontaktens personlige nærvær og praktiske hjelp med barna bidrar til håp og en bedre hverdag for familien. Støtten gis i form av gode samtaler, aktiviteter og avlastning med barna, slik at isolasjon og ensomhet kan brytes. «Ved å gi støtte og hjelp til foreldre, bedres barns oppvekstvilkår og psykisk helse. Foreldrenes egen livssituasjon bedres, og foreldre får styrket sin mestringsevne, selvtillit og trivsel, og derved bedres barnas sosiale ferdigheter.» (Ref. rapport fra Folkehelseinstituttet: «Bedre føre var».)

Ukentlige besøk i hjemmet er vårt varemerke. Det lages en avtale mellom familien og HSF-avdelingen, slik at det er forutsigbare rammer for begge parter.

En HSF-avdeling blir ledet av koordinator med høyskoleutdanning innen sosialt arbeid. Koordinator har ansvar for rekruttering av frivillige, kurset, veiledning av familiekontaktene og oppfølgingen av samarbeidet mellom familien og familiekontakten.

Home-Start ble etablert i England for 40 år siden og har spredt seg til alle kontinenter. I Norge ble det etablert for 18 år siden og er i stadig vekst til flere og flere kommuner. Men ennå er det mange kommuner som ikke kjenner til HSF eller som ikke bruker det som metode. Det er ønskelig at flere skal dra nytte av dette.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) yter midler til det nasjonale kontoret.

www.home-start-norge.no

«Hvis klær kunne fortelle»

«Hvis klær kunne fortelle 1 og 2» er utstillinger som dokumenterer vold og overgrep mot de minste barna. Den består av klær og gjenstander som har tilhørt barn som har vært utsatt for krenkelser og presenteres av www.reddesma.no.

www.reddesma.no er et nettsted som inviterer alle til å arbeide kompromissløst for de minste barnas rett til en oppvekst fri for vold, overgrep og omsorgssvikt. Ansvarlige for nettstedet er Siri Sjøftestad og Øivind Aschjem som gjennom flere år har arbeidet for å beskytte utsatte barn og unge.



«Hvis klær kunne fortelle» består av to ulike utstillinger som frem til nå har vært sett av om lag 17 000 personer og blitt omtalt flere ganger i ulike media. Utstillingsstedene har variert fra konferanser, ungdomsskoler, høyskoler, kjøpesentra, kirker, museer og gallerier. Utstillingen har også vært presentert på Stortinget og i Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

www.reddesma.no har som mål å vekke medfølelse og handling for å beskytte de minste barna og har frem til nå høstet erfaring om at nettopp en slik utstilling har vært med på å oppnå denne intensjonen. Som eksempel kan nevnes 2000 ungdomsskoleelever som ble invitert inn til utstillingen og deretter ble bedt om å skrive et brev til et av barna de ble spesielt berørt av gjennom utstillingen. Flere ungdommer henvendte seg i etterkant til trygge voksne og ba om hjelp.

Interessen for utstillingene har vært stor, og vi forventer at de vil reise Norge rundt i årene som kommer. Ulike pedagogiske opplegg vil bli utviklet etter hvert, og det planlegges et forskningsprosjekt i tilknytning til utstillingene. Videre er det tatt kontakt med et forlag som vil gi ut en fagbok med basis i utstillings klær og fortellinger.

Det er også planer om å presentere dette konseptet til miljøer i andre land, da vi tror denne formidlingsmåten vil kunne være et verdifullt supplement i arbeidet som gjøres for å beskytte redde små mennesker.



JEG VIL VITE



STINESOFIES § STIFTELSE
en barndom uten vold

Jegvilvite.no

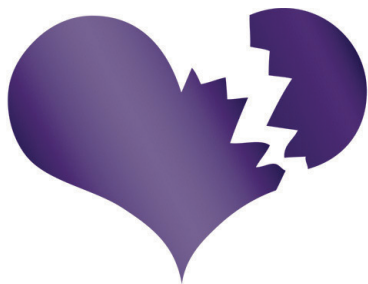
Jegvilvite.no ble til etter at Stine Sofies Stiftelse søkte om Telenors julegave i 2011. Ideen var å lage et e-læringsverktøy om vold og overgrep. Dette skulle være primært for barn, men også til hjelp for voksne slik at de kan lære å snakke med barna om dette.

Hovedmålene for siden er å spre kunnskap om vold og overgrep, få flere til å si ifra dersom de er utsatt eller vet om noen som er det, samt å fjerne tabu i samfunnet. Nettsiden inneholder også en undervisningsmodul for voksne som arbeider med barn.

Siden lanseringen i mai 2013 har Jegvilvite.no hatt over 20 000 unike besøkende, og det vil i løpet av høsten 2013 distribueres informasjonsmateriell og plakater til samtlige grunnskoler i Norge.

Vårt mål er at både barn og voksne vil benytte seg av Jegvilvite.no for å lære mer om vold og overgrep samt å få frem viktigheten av å si ifra.

www.jegvilvite.no



Landsforeningen
for barnevernsbarn

Landsforeningen for barnevernsbarn

Landsforeningen for barnevernsbarn (LFB) er en medlems- og interesseorganisasjon som jobber for å bedre barn og unges rettigheter i møte med barnevernet, samt for å endre stereotipe holdninger til barnevernet og barnevernsbarn.

Landsforeningen for barnevernsbarn ble stiftet 21. februar i 1997 etter stort engasjement fra ungdommer som ønsket å bruke sine erfaringer fra barnevernet til noe konstruktivt. Som organisasjon er vi opptatt av å ta barn og unges opplevelser på alvor, og forvalte disse erfaringene på en måte som fører til et bedre og mer hensiktsmessig barnevern. For å være medlem i LFB må man selv ha eller ha hatt tiltak fra barneverntjenesten, så vi involverer barnevernsbarna selv i alle ledd i vår organisasjon. Medlemmene har også muligheten til å gjennomgå LFBs talsperson-utdanning.

LFB har vært en sterk pådriver for ettervern, brukervedvirkning og brukerinvolvering i dagens barnevern. I dag er LFB fortsatt en sterk samfunnsaktør som blir lyttet til av de som bestemmer, og fundamentet vårt er den erfaringskunnskapen vi kan bidra med.

www.barnevernsbarna.no



MENTAL HELSE UNGDOM

Mental Helse Ungdom

Mental Helse Ungdom er en interesseorganisasjon for barn og unge opp til 30 år. Vi jobber for økt åpenhet om psykisk helse, forebygging av psykiske plager og et bedre psykisk helsetilbud. Våre verdier er Mot, Åpenhet og Likeverd.

Vårt mål er at alle barn og unge i Norge skal ha en best mulig psykisk helse. Vårt viktigste virkemiddel er å synliggjøre den erfaringsbaserte kunnskapen som medlemmene våre innehar, slik at denne kunnskapen kan bidra til å utvikle et bedre hjelpesystem.

Vi er en organisasjon for dem som ønsker et samfunn som ivaretar innbyggernes psykiske helse. Vårt mål er å engasjere flest mulig i dette ved å støtte arbeidet i Mental Helse Ungdom. Gjennom våre fylkes- og lokallag tilrettelegger vi for aktiviteter og nettverk, sosialpolitisk arbeid. Arbeidet med å styrke og ivareta medlemmenes ressurser og å rekruttere nye, pågår kontinuerlig.

Mental Helse Ungdom ønsker å være en tydelig stemme som jobber for at alle skal kunne ha en best mulig psykisk helse. Gjennom å etablere plattformer for samarbeid mellom brukere, pårørende, hjelpeapparat og samfunnet, ønsker vi å sikre at alle får sine rettigheter og muligheter ivaretatt.

www.mentalhelseungdom.no

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, NKVTS, er et forskningssenter som skal utvikle, vedlikeholde og spre kunnskap og kompetanse som kan bidra til å forebygge vold og traumatisk stress og til å redusere helsemessige og sosiale konsekvenser av vold og traumatisk stress.

Vi har et spesielt ansvar for barn og unge innenfor disse temaene, og vi utvikler kunnskap om både ofre og overgripere. Målet med forskningen er å avdekke omfang, årsaker og konsekvenser av vold og traumer i befolkningen, og å få økt forståelse av vold og traumer.

Senteret ble stiftet 17. november 2003. Selskapet er et datterselskap av UNIRAND AS, som er heleid av Universitetet i Oslo.

23. og 24. september 2013 arrangerer NKVTS konferansen «Understanding terror and violence in the lives of children and adolescents». <http://gyroconference.event123.no/NKVTSISTSS/Violence/hjem.cfm>. Dette er den første fagkonferansen om barn og unges behov i etterkant av traumatiske opplevelser, som avholdes i Norge etter 22. juli 2011. Nyeste forskning presenteres av norske og internasjonale forskere.

NKVTS har utviklet en Håndbok for helsepersonell ved mistanke om fysisk barnemishandling. <http://www.nkvts.no/sites/barnemishandling/Pages/index.aspx>. Håndboken skal først og fremst være et redskap for fagpersoner i den somatiske helsetjenesten og retter seg spesielt mot dem som arbeider innen spesialisthelsetjenesten med mottak/utredning, diagnostikk og oppfølging av barn som kan ha vært utsatt for mishandling. Andre som arbeider profesjonelt med barn kan også ha nytte av håndboken.

www.nkvts.no



Norsk Tourette Forening

Norsk Tourette Forening (NTF) er en landsomfattende organisasjon som har til formål å utbre kunnskap og forståelse for Gilles de la Tourettes syndrom (TS), og være en støtte- og interesseforening for alle som har Tourettes syndrom og andre nevrobiologiske tilstander, og arbeide for at samfunnet tilrettelegges for mennesker med disse tilstandene. NTF er organisasjonen for alle med Tourettes syndrom, deres familier og andre interesserte.

- Arbeider for at alle med Tourettes syndrom skal få stilt den riktige diagnosen så tidlig som mulig og dermed kunne komme under medisinsk behandling.
- Arbeider med å hjelpe til med å løse eller redusere problemer i familien, i skolen og i samfunnet generelt.
- Arbeider med å støtte og hjelpe alle med Tourettes syndrom og deres familier.
- Kan bistå med informasjon og hjelp i enkeltsaker knyttet til skole, arbeid og trygd.
- Er en «opplysningssentral» for myndigheter, publikum, skolepsykologer, lærere, helsestasjoner, sosialkontorer og trygdekontorer.
- Er et samarbeidsorgan for leger og sykehus.
- Er et samlingssted for alle med Tourettes syndrom og deres familier. Foreningen ble startet av personer som selv har Tourettes syndrom og deres familier.
- Er et sted hvor alle med Tourettes syndrom og deres familier kan finne andre med de samme opplevelsene som de selv har. Her vil de finne andre som virkelig kan forstå deres egen situasjon.

www.touretteforeningen.no



STATENS BARNEHUS
Et tverrfaglig kompetansehus



Statens Barnehus

Statens Barnehus i Oslo ble åpnet i 2009 med det formål å bedre rettssikkerheten og hjelpetilbudet til barn, unge- og psykisk utviklingshemmede som utsettes for vold eller seksuelle overgrep. Det skjer ved at blant annet medisinsk undersøkelse, dommeravhør og behandling tilbys samlet under et tak. Det må foreligge et anmeldt forhold med mistanke om seksuelle overgrep og/eller det å være utsatt for vold eller vitne til vold før et avhør kan gjennomføres. Barna kommer til Barnehuset for dommeravhør, det vil si at de avhøres av en spesialtrent politi om det anmeldte forholdet. Dommer, advokater, politi og barnevern overværer avhøret fra et annet rom.

Mens de er på barnehuset blir barna og følgepersonene tatt hånd om av en psykologspesialist/seniorrådgiver som foruten å ivareta barnet og de voksne etter dommeravhøret kan kartlegge barnets behandlingsbehov og gi oppfølging og behandling. Oppfølgingsarbeidet kan blant annet bestå i å veilede og gi råd til lokalt hjelpeapparat.

Statens Barnehus Oslo (SBO) er en del av Oslo politidistrikt og dekker også politidistriktene Asker og Bærum, Follo, Nordre og Søndre Buskerud og Østfold. I 2012 ble det gjennomført 627 avhør ved SBO, en økning på 19% fra året før. I 20% av sakene ble det også gjennomført medisinsk undersøkelse av barnet.

Gjennomsnittsalderen på barna som blir avhørt er 10 år, 139 av barna var i førskolealder. I et samarbeidsprosjekt mellom Kripos og alle Statens Barnehus i Norge utprøves en spesiell avhørsmodell for de små barna; sekvensielle avhør.

www.statensbarnehus.no



Voksne for Barn

Voksne for Barn er en ideell medlemsorganisasjon som i over 50 år har jobbet for barns oppvekstvilkår og psykiske helse.

Å jobbe for barns psykiske helse handler om å redusere tabuer, utestengning og mobbing. Det handler også om noe så enkelt og viktig som at alle barn blir hjulpet til å mestre. At de vokser opp til å takle utfordringene livet gir. At de skal ha det fint.

Alle barn har rett på en trygg voksenhånd og visshet om at de blir sett og hørt. Ingen barn skal føle at de er alene. Å vite hvordan barn best kan ivaretas når problemer oppstår, er en forsikring vi alle ønsker.

Voksne for Barns arbeid består i å bygge robusthet og styrke. Hos dem som allerede har problemer. Hos dem som er spesielt utsatt. Men også hos den familien som ikke aner fare, som ikke tenker på å være forberedt på det uforutsette. Slik at det skal gå bra.

Voksne for Barn vil:

- sikre at barn og ungdom har de beste forutsetninger for å vokse opp trygt og godt
- innhente og spre kunnskap om barns erfaringer og behov
- gi barn læring som styrker deres psykiske helse
- hjelpe voksne som har bekymringer for barn

Vi har alle et voksenansvar. Et ansvar for å passe på. For å tilby en trygg hånd når det trengs. For å være voksne for barn.

www.vfb.no

Utgitt av:
Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet,
Helse- og omsorgsdepartementet
Justis- og beredskapsdepartementet
Kunnskapsdepartementet

Innhold: Regionalt senter for barn
og unges psykiske helse Øst og Sør
Grafisk formgivning: MEDLEX Norsk Helseinformasjon
Omslagsdesign: Grøset trykk

Publikasjonskode: Q-1218B
10/2013

