

# Kunnskapsgrunnlag – Metoder for tidlig identifisering av risiko hos barn og unge

**Heftets tittel:** Kunnskapsgrunnlag - Metoder for tidlig identifisering av risiko hos barn og unge

**Utgitt:** Februar 2018

**Utgitt av:** Helsedirektoratet

**Postadresse:** Pb. 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo

**Besøksadresse:** Universitetsgata 2, Oslo

**Tlf.:** 810 20 050

**Faks:** 24 16 30 01

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

**Publikasjonsnummer:** IS-2696

**Hftet kan bestilles hos:** Helsedirektoratet  
v/ Trykksaksekspedisjonen  
e-post: [trykksak@helsedir.no](mailto:trykksak@helsedir.no)  
Tlf.: 24 16 33 68  
Faks: 24 16 33 69  
Ved bestilling, oppgi publikasjonsnummer: IS-2696

**Forfatter:** Geir Møller

**Trykk:** Andvord Grafisk

# Forord

Både kunnskap og dokumentasjon viser at utsatte barn og unge ikke blir oppdaget tidlig nok. Det er derfor behov for styrket innsats for et systematisk arbeid med identifisering, oppdagelse og oppfølging av barn, unge og foresatte. Dette er et arbeid som berører alle de instansene som arbeider med barn og unge.

Helsedirektoratet ønsker å sammenfatte kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer som påvirker barn og unges oppvekst. Dette gir oss et kunnskapsgrunnlag for å forstå de mekanismene som gjør at barn har det vanskelig i ulike overganger i livet. Tematisk er rapporten avgrenset til å gjelde kunnskap og kompetanse som er relevant i arbeidet med å oppdage barn som bekymrer. Mer konkret innbefatter dette en oversikt over risiko- og beskyttelsesfaktorer, tegn og signaler på utsatte barn, samtalemetoder og hvordan disse elementene inngår i mer helhetlige systemer.

Formålet med denne rapporten har vært å oppsummere kunnskap om tidlig innsats mot utsatte eller sårbare barn og unge. Rapporten sammenfatter kunnskap om tegn og signaler hos barn som lever i ulike risiko situasjoner. Et slikt kunnskapsgrunnlag er en forutsetning for å kunne gi råd til de som arbeider med barn og unge. Denne rapporten skal gi en oversikt over kunnskapsgrunnlaget på området og benyttes som grunnlag for videre systematisk utredning i arbeidet med tidlig identifisering og oppfølging.

Målet må være å bygge opp et felles kunnskapsgrunnlag for alle som er involvert i arbeidet med barn og unge. Et felles kunnskapsgrunnlag vil kunne bidra til en mer enhetlig forståelse og tolkning av samordning på både individ og systemnivå.

Helsedirektoratet takker forsker Geir Møller for arbeidet og håper rapporten kan bidra og inspirere i arbeidet med tidlig innsats overfor barn og unge.

Synspunkter som kommer frem står for forfatterens egen regning.



Linda Granlund  
divisjonsdirektør

# Innhold

<b>1. Innledning .....</b>	<b>6</b>
<b>2. Metode .....</b>	<b>8</b>
2.1 Risiko og beskyttelse .....	8
2.2 Tegn og signaler .....	8
<b>3. Teoretisk grunnlag .....</b>	<b>10</b>
3.1 Begrepsavklaring .....	10
3.2 Kausalitet, årsakssammenhenger og teorier .....	10
3.3 Praktisk anvendelse av kunnskap om beskyttelse og risiko .....	12
3.4 Fra kunnskap om risiko til observasjon av tegn og signaler .....	15
3.5 Kunnskap og metoder på ulike tjenestenivå .....	17
<b>4. Barns behov, risiko og beskyttelse .....</b>	<b>19</b>
4.1 Barns utvikling .....	19
4.2 Foreldres kapasitet (relasjon til barnet) .....	23
4.3 Familie og miljø (kontekst) .....	25
4.4 Oppsummering .....	26
<b>5. Supplerende litteratur om risiko- og beskyttelse .....</b>	<b>27</b>
5.1 Barn og unges utvikling .....	27
5.2 Foreldres kapasitet .....	36
5.3 Familie og miljø .....	41
5.4 Risikooppbygging .....	46
5.5 Oppsummering .....	49
<b>6. Systematisering av tegn og signaler på omsorgssvikt .....</b>	<b>50</b>
6.1 Begrepsbruk .....	50
6.2 Datagrunnlaget .....	51
6.3 Følelsesmessige uttrykk og atferd .....	52
6.4 Uvanlig atferd og utviklingstrekk .....	54
6.5 Sosiale forhold .....	56
6.6 Fysiske tegn .....	59
6.7 Foreldre og relasjon foreldre-barn .....	60

6.8	Tolkning av tegn og signaler .....	61
6.9	Oppsummering .....	62
<b>7.</b>	<b>Fysiske og seksuelle overgrep .....</b>	<b>63</b>
7.1	Fysiske overgrep .....	63
7.2	Seksuelle overgrep .....	67
7.3	Sammendrag .....	74
<b>8.</b>	<b>Tegn og signaler på andre risikofaktorer .....</b>	<b>75</b>
8.1	Atferdsutfordringer hos ungdom .....	75
8.2	Mobbing .....	77
8.3	Rus- og spillproblematikk .....	80
8.4	Psykiske plager/lidelser .....	81
8.5	Tilknytningsvansker .....	83
8.6	Oppsummering .....	84
<b>9.</b>	<b>Samtalemetoder .....</b>	<b>86</b>
9.1	Den nødvendige samtalen .....	86
9.2	Ta opp uro (urosamtalen) .....	87
9.3	«Snakk med meg» .....	88
9.4	Den dialogiske barnesamtalen (NKVTS) .....	89
9.5	Samtaler med barn (Folkehelseinstituttet) .....	89
9.6	Samtalemetode for ansatte i skolen .....	91
9.7	Motiverende intervju .....	92
9.8	Oppsummering .....	93
<b>10.</b>	<b>Systemer for å fange opp barn som bekymrer .....</b>	<b>94</b>
10.1	NICE - retningslinjer .....	94
10.2	Common Assessment Framework (CAF) .....	95
10.3	Oppsporingsmodellen .....	100
10.4	Bedre tverrfaglig innsats (BTI)modellen .....	103
10.5	System for å redusere rusmisbruk blant ungdom .....	106
10.6	System for identifisering av psykiske plager hos ungdom (NICE - retningslinjer) .....	106
10.7	Oppsummering .....	107
<b>11.</b>	<b>Sammenfatning .....</b>	<b>110</b>

# 1. Innledning

En stor utfordring i dag er barn og unge som sliter i oppveksten, og som har vanskeligheter med å mestre overgangen til voksenlivet innenfor de kravene dagens samfunn stiller. En annen utfordring er at vi ofte kommer for sent inn i slike saker. Det betyr at det også er vanskeligere å håndtere problematikken. I lys av dette har denne rapporten to hovedformål. For det første er formålet å summere opp kunnskapsstatus om risiko- og beskyttelsesfaktorer som påvirker barn og unges oppvekst. Dette gir oss et kunnskapsgrunnlag for å forstå de mekanismene som gjør at barn har det vanskelig i overgangen til voksenlivet. For det andre er formålet å sammenfatte kunnskap om tegn og signaler hos barn som lever i risikoutsatte situasjoner. Dette for å bedre kunne fange opp barn og unge tidligere. Et slikt kunnskapsgrunnlag er en forutsetning for å kunne forstå og oppdage tegn og signaler tidlig.

Dersom vi tar utgangspunkt i et generelt samfunns mål om at barn og unge skal mestre overgangen til voksenlivet, vil risikofaktorene knyttet til det enkelte barn/ungdom svekke muligheten for å mestre en slik overgang. På samme måte vil beskyttelsesfaktorer ha en virkning som styrker evnen til å mestre overgangen, eller mestre overgangen til tross for at man er utsatt for risiko. Det siste omtales gjerne som resiliens.

Kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer er et viktig grunnlag for å komme tidlig inn i saker. Problemet med å fange opp barn og unge ved hjelp av kunnskap om risikofaktorer, er dels at disse faktorene er lite synlige og dels lite treffsikre. Det at barn er vitne til vold i familien, er en risikofaktor, men dette er nødvendigvis ikke synlig eller observerbart for en ansatt i barnehage eller skole. Skilsmisse er også en risikofaktor. Dette er gjerne observerbart, men det er en lite treffsikker indikator på om barnet er utsatt for risiko. Barn som har opplevd skilsmisse, sliter i større grad

enn andre, men samtidig vil de aller fleste skilsmissebarn klare seg godt.

Kunnskap om risiko og beskyttelse vil være nødvendig, men ikke tilstrekkelig. Det er også nødvendig med kunnskap om tegn og signaler som indikerer at barn har det vanskelig eller er i risiko. Det vil imidlertid være glidende overganger mellom det vi betrakter som risikofaktorer, og tegn og signaler på risiko. For det første vil kunnskapen om risiko- og beskyttelsesfaktorer være en forutsetning for å identifisere tegn eller signaler på risiko. For det andre vil enkelte risikofaktorer være synlige, og dermed er det ingen forskjell mellom det vi definerer som risiko, og det vi beskriver som tegn og signaler på risiko.

Ulike tegn hos barnet kan være en direkte og klar indikasjon på at det er utsatt for risiko (f.eks. bestemte blåmerker), men som regel vil tegnene være uklare og diffuse. Slike tegn må tolkes og er gjerne kun starten på en lengre prosess der formålet er å avklare eller skape økt sikkerhet. I rapporten beskriver vi også elementer som inngår i denne typen prosesser.

Rapporten er delt inn i 11 kapitler. I kapittel 2 har vi kort gjennomgått metodene for innsamling av litteratur. Kapittel 3 beskriver en modell som binder sammen kunnskapsgrunnlaget om risiko og beskyttelse på den ene siden, og tegn og signaler på den andre. Modellen er opprinnelig utarbeidet i England, men er spredt til flere europeiske land, herunder Sverige og Danmark. Kapittel 4 inneholder en oversikt over risiko- og beskyttelsesfaktorer. Dette tar utgangspunkt i det kunnskapsgrunnlaget som ligger til grunn for modellen, men i kapittel 5 er dette kunnskapsgrunnlaget supplert med mer utfyllende litteratur. Kapittel 6 inneholder en oversikt over tegn og signaler på omsorgssvikt. Denne baserer seg på innsamlinger av både dokumenterte og uokumenterte kilder. I kapittel 7 har vi presentert tegn

og signaler på fysiske og seksuelle overgrep. Kapittel 8 inneholder tegn og signaler på andre risikofaktorer, herunder mobbing. Kapittel 9 inneholder en oversikt over litteratur som tar for seg ulike samtalemetoder. Bakgrunnen for dette er at prosessen med å identifisere - i tillegg til å benytte tegn og signaler - også inneholder samtaler med foreldre eller andre. I kapittel 10 har vi til slutt beskrevet noen systemer for identifisering av risikoutsatte barn og unge. Kapittel 11 oppsummerer rapporten.

## 2. Metode

Litteraturgjennomgangen baserer seg på to typer litteratursøk. Det ene er et litteratursøk etter risiko- og beskyttelsesfaktorer og det andre et litteratursøk som omhandler tegn og signaler. Det er videre søkt etter litteratur i to faser. Første fase bestod av et usystematisk søk i utvalgte databaser og hadde som formål å finne eksempler på relevant litteratur og relevante søkeord. Den andre fasen bestod av et mer systematisk litteratursøk. Her ble det utarbeidet PICO-skjema som definerer problemstilling og formål. Selve søket er gjennomført av Folkehelseinstituttet.

### 2.1 Risiko og beskyttelse

Litteraturgjennomgangen av risiko- og beskyttelsesfaktorer er gjennomført i to faser. I den første fasen ble det gjennomført et usystematisk litteratursøk i ulike databaser med utgangspunkt i kilder knyttet til ICS-modellen. Dette er en modell som skiller mellom tre hovedtyper behov, risiko- og beskyttelsesfaktorer hos barn. Modellen er opprinnelig utformet i England på begynnelsen av 2000-tallet, men er senere oversatt og tilpasset til andre land (Department of Health 2000a, 2000b). I oversikten bygger vi hovedsakelig på den svenske varianten (BBIC-modellen) som inneholder dokumentert kunnskapsoversikt over ulike risiko- og beskyttelsesfaktorer (Socialstyrelsen 2015).

I tillegg til søket nevnt over, ble det også gjennomført et eget litteratursøk etter litteratur over risiko- og beskyttelsesfaktorer. Formålet var å supplere det førstnevnte søket. Søket ble gjort i følgende databaser: Medliner, Embase, PsycINFO, Cochrane Database of Systematic Reviews, Epistemonikos. Etter fjerning av dubletter fikk vi i alt 1502 treff. Av disse har vi kun valgt ut de mest relevante publikasjonene. Søket er gjennomført av Folkehelseinstituttet.

### 2.2 Tegn og signaler

Oversikten over tegn og signaler baserer seg på tre kilder. Den første kilden er oversikter over tegn og signaler som er hentet fra veiledningsmateriell i kommuner eller kompetansesentre. Den andre kilden er dokumenterte retningslinjer og veiledningsmateriell fremskaffet på bakgrunn av et systematisk søk. Den tredje kilden er ulike fagartikler fremskaffet ved et systematisk litteratursøk.

Den første kilden med verktøy over tegn og signaler bygger på et usystematisk søk i kommuner, ulike kompetansesentre og veiledningsmateriell utgitt av fagmyndigheter. Dette materialet er praktisk veiledningsmateriell som inneholder oversikter over tegn og signaler hos risikoutsatte barn og unge. Materialet inneholder imidlertid ikke dokumenterte kilder. Hensikten med disse kildene har vært å få en oversikt over hvordan slike verktøy er utformet innenfor praksisfeltet.

Den andre kilden bygger på et søk etter retningslinjer og liknende dokumentert veiledningsmateriell. Formålet har vært å finne praktiske verktøy som har et vitenskapelig grunnlag. Dette søket ga i alt 71 treff. Etter første gjennomgang fant vi at 10 retningslinjer/veiledere hadde relevans for temaet og målgruppen (opprinnelig 12, men to var dubletter). Disse inneholdt følgende tema: omsorgssvikt (maltreatment), psykiske helse blant barn og unge, tilknytningsproblemer, alkoholbruk blant unge og unge voksne, partnervold/hjemmenvold. En nærmere gjennomgang viste at det kun var to av kildene som inneholdt konkrete tegn og signaler på risiko. Videre har vi også supplert de nevnte retningslinjene med fire fagprosedyrer utarbeidet av Universitetssykehuset i Oslo. Tematisk overlapper disse med de to førstnevnte kildene.



**Tabell 2.1 Oversikt over retningslinjer om omsorgssvikt som er referert til i rapporten**

Tittel	Tema
Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s (CG89), National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2009 (updated 2014)	Omsorgssvikt, fysisk mishandling, psykisk mishandling og seksuelle overgrep
Barnemishandling - Håndbok for helsepersonell ved mistanke om fysisk mishandling. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). 2013*	Omsorgssvikt, fysisk mishandling, psykisk mishandling og seksuelle overgrep
Omsorgssvikt/vanskjøtsel av barn, fagprosedyrer, Oslo universitetssykehus, 2015	Omsorgssvikt og vanskjøtsel
Mishandling av barn - psykisk, fagprosedyrer, Oslo universitetssykehus, 2015	Psykisk mishandling
Mishandling av barn - fysisk, fagprosedyrer, Oslo universitetssykehus, 2015	Psykisk mishandling
Seksuelle overgrep mot barn, fagprosedyrer, Oslo universitetssykehus, 2015	Seksuelle overgrep

Retningslinjene som i siste runde ble vurdert som relevante, er opprinnelig utformet for spesialisthelsetjenester. Det betyr at fremstillingene i retningslinjene preges av å være mer spesifiserte og detaljerte enn det som er hensiktsmessig for barnehager og skoler. Gjennomgangen av tegn og signaler i retningslinjene er likevel relevant fordi mange av de samme tegn og signaler som inngår her, også finnes i det praktisk rettede veiledningsmaterialet som er utformet for mindre spesialiserte tjenester.

Som en hjelp til å systematisere og sammenfatte oversiktene over tegn og signaler fra de ulike kildene, har vi lagt oversiktene inn i en felles database. I databasen er de ulike tegna og signalene videre kategorisert etter fem hovedkategorier som hver har flere underkategorier. Vi har også valgt å omhandle fysiske og seksuelle overgrep separat, dvs. at tegn og signaler på fysiske overgrep og seksuelle overgrep ikke inngår i databasen.

Den tredje kilden er litteratursøk på primærlitteratur. Søket ga i alt 943 treff. En første gjennomgang av tittel og sammendrag ga et resultat på 84 mulige relevante artikler. De få treffene illustrerer at det er vanskelig å finne gode søkeord som gir et presist søk. Mye av den ekskluderte litteraturen handlet om forekomst av ulike typer risiko, intervensjoner, tegn og signaler på somatiske helseplager eller tegn og

signaler beregnet på spesialisthelse. En stor del av litteraturen omhandlet også systematiske screeningverktøy, noe vi har utelatt fra denne oversikten. En mer grundig gjennomlesing av de 84 publikasjonene resulterte i at 73 ble ekskludert. Artiklene som ble fjernet, innbefattet i hovedsak metoder og verktøy tilpasset spesialisthelsetjenesten, screeningverktøy og artikler om rettslige avhør av barn.

## 3. Teoretisk grunnlag

Formålet med dette kapitlet er å redegjøre for begreper, teoretisk grunnlag og måten kunnskapsgrunnlaget er systematisert i rapporten. Bl.a. lanseres en analysemodell der formålet er å koble sammen det teoretiske grunnlaget (utviklingsperspektiv kombinert med et økologisk perspektiv), kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer og kunnskap om tegn og signaler på risiko. I kapitlet diskuteres også noen grunnleggende problemstillinger rundt det å oppdage utsatte barn.

### 3.1 Begrepsavklaring

*Risikofaktorer:* Begrepet risikofaktorer innebærer enhver egenskap eller eksponering som leder til økt sannsynlighet for en negativ utvikling i form av sykdom, skade, mangelfull mestring etc. Utgangspunktet er at barn og unge er utsatt for ulike typer risiko. Det kan være biologiske risikofaktorer som har oppstått som følge av dårlige ernæring eller rusbruk under graviditet, og det kan være miljøfaktorer som påvirker barnet etter fødselen. Slike miljøforhold kan være fattigdom, foreldres utdanningsnivå, familiekonflikter, negative erfaringer (omsorgssvikt, vold og overgrep).

*Risikooppbygging* (akkumulert risiko): Risikooppbygging og kumulativ risiko er begreper som benyttes om hverandre. I det følgende brukes begrepet risikooppbygging synonymt med kumulativ risiko. Begrepene refererer for det første til den risiko som oppstår som følge av flere uheldige eller skadelige omstendigheter og hendelser i et barns liv. For det andre inneholder begrepene en antakelse om at kumulativ risiko er en endogen prosess i den forstand at en type risiko er en medvirkende årsak til at det oppstår andre risikofaktorer. F.eks. vil biologiske risikofaktorer eller miljømessige risikofaktorer som oppstår i barndommen, ha en tendens til

å skape nye risikofaktorer over tid slik at ulike risikofaktorer hopper seg opp. For det tredje er virkningen av kumulativ risiko dyptgående og eksponentiell (risikoen øker proporsjonalt mer enn antall risikofaktorer). For det fjerde kan kumulativ risiko bestå av tilbakevendende risiko over tid (f.eks. omsorgsnivå). Slik risikooppbygging eller akkumulering av risiko øker sannsynligheten for et negativt utfall etter hvert som barnet vokser opp.

*Beskyttelsesfaktorer:* Begrepet beskyttelsesfaktorer innebærer enhver faktor – individuell, relasjonell eller miljømessig – som bidrar til å fremme en positiv utvikling for barn og unge. Begrepet er nært beslektet med resiliens.

*Resiliens:* Ifølge Zolkoski og Bullock (2012) handler resiliens om hvordan barn og unge oppnår et positivt utfall til tross for utfordrende eller truende omstendigheter. Det betyr at resiliens forutsetter at det er risikofaktorer tilstede. Dersom vi forstår resiliens som det som hindrer barn og unge fra å utvikle seg i negativ retning til tross for at de er utsatt for ulike typer risiko, vil beskyttelsesfaktorene være de bestanddelene som forklarer resiliensen. Ifølge Benzie og Mychasiuk (2009) er resiliensen optimalisert når beskyttelsesfaktorene er styrket på alle nivåer i en sosio-økologisk modell (individ, familie og samfunn).

### 3.2 Kausalitet, årsaks-sammenhenger og teorier

Mye av forskningen på risiko studerer samvariasjon mellom en bestemt risikofaktor og et bestemt utfall, men uten at det nødvendigvis er noen eksplisitt kausal kobling mellom risiko og utfall. Rutter (2013) viser bl.a. at det er en sterk sammenheng mellom skilsmisse og psykisk stress

hos barna, men at det ikke er skilsmissen i seg selv som er årsaken, men konflikten rundt skilsmissen. Det betyr f.eks. at fravær av skilsmisse vel så gjerne kan lede til negativt utfall dersom fraværet skaper mer konflikter enn en skilsmisse. Det finnes imidlertid noen generelle antakelser om hvordan risiko- og beskyttende faktorer virker. Garmezy m.fl. (1984) nevner tre modeller:

- Kompensasjonsmodellen: En beskyttelsesfaktor eller kompensasjonsfaktor nøytraliserer risiko. Beskyttelsesfaktoren styrker utfallet, men påvirker ikke tilstedeværelsen eller omfanget av risikoen (som vedvarer). Et eksempel er det å bo i et fattig område, som øker risikoen for å begå voldelige handlinger. Men voksne som har tilsyn med barna, kan nøytralisere virkningen av å bo i et fattig område (dvs. at tilsyn ikke bidrar til å redusere fattigdommen, men kun til å påvirke barnas atferd).
- Utfordringsmodellen: Dette innebærer at risikofaktoren nærmest har en lærende effekt når det gjelder å håndtere fremtidig stress, gitt at risikofaktoren ikke er for sterk. Dette bygger på oppfatningen om at både for lite stress gjør deg sårbar ( resulterer i manglende erfaring og evne til å håndtere fremtidig stress) og for mye stress gjør deg sårbar (dvs. overveldet av stressfaktorer). Enkelte hevder at lav grad av risiko bidrar til at man lærer å mobilisere ressurser, og at man over tid dermed håndterer stress bedre. En analogi fra medisin er vaksiner, som innebærer at beskyttelse oppstår ved eksponering for risiko.
- Beskyttelsesfaktormodellen: Bygger på at det er et forhold mellom personlige egenskaper og risiko. Bestemte egenskaper gjør at man er bedre i stand til å håndtere risiko, eller er mer sårbar for en bestemt risiko. Det betyr også at enkelte beskyttelsesfaktorer (personlige egenskaper) kan inngå i et samspill med risikofaktorer og dermed redusere sannsynligheten for et negativt utfall. Et eksempel kan være at sammenhengen mellom fattigdom og vold kan motvirkes eller reduseres gjennom støttende foreldre.

Ytterligere tre modeller nevnes av Zolkoski og Bullock (2012). Disse er utdyping av den tredje til Garmezy:

- Stabiliseringsmodell: Innebærer at den negative effekten av en risikofaktor forsvinner bare når en aktuell beskyttelsesfaktor er tilstede. Forsvinner beskyttelsesfaktoren, vil risikoen igjen gi et negativt utfall. Et eksempel kan være «den betydningsfulle andre» ved omsorgssvikt.
- Reaktiv modell: Innebærer at beskyttelsesfaktoren ikke fjerner all risiko, men bidrar til å dempe den. Det betyr at det er en sterkere sammenheng mellom risiko og utfall når beskyttelsesfaktoren ikke er tilstede. Et eksempel er sammenhengen mellom bruk av rusmidler og risikofylt seksuell atferd, en sammenheng som reduseres ved seksualundervisning.
- Beskyttelsesmodellen: Dette innebærer at tilstedeværelsen av en beskyttende faktor kan forsterke en annen beskyttende faktor. F.eks. kan støttende foreldre ha en positiv effekt på akademisk innsats, og dermed på akademiske resultater, mer enn hver av dem har hver for seg.

Generelt har det vært etterlyst mer forskning på årsakssammenhengene mellom de statistiske sammenhengene mellom risiko/beskyttelse og utfall (Eriksson m.fl. 2010).

I litteraturen finner vi også noen mer grunnleggende teoretiske perspektiver om virkningen av risiko- og beskyttelse. Woolfender m.fl. (2014) skiller mellom tre aktuelle modeller som ligger til grunn for forskning om risiko- og beskyttelsesfaktorer:

- økologisk modell
- livsfasemodell
- blandingsmodell (økologisk- og livsfasemodell).

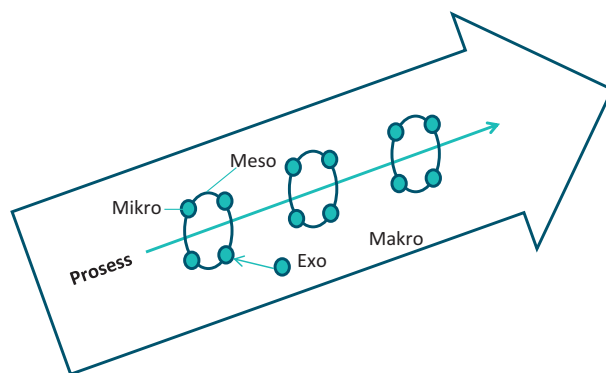
Undersøkelser som bygger på økologiske modeller, legger vekt på relasjonene mellom barnet og dets medfødte sensitivitet overfor

omgivelsene. Her skiller det mellom de mer nære og de fjerne risiko- og beskyttelsesfaktorene eller et hierarkisk system av miljømessige påvirkningsfaktorer. På bakgrunn av en litteraturgjennomgang viser Woolfender til fire nivåer av risiko- og beskyttelsesfaktorer: 1) barnet/biologiske faktorer, 2) egenskaper ved foreldre, 3) egenskaper ved familien, 4) nærmiljø, kultur- og tjenestetilbud, 5) nasjonale og internasjonale faktorer. Tidligere publikasjoner av Bronfenbrenner danner utgangspunktet for denne tradisjonen (Rosa og Tudge 2013).

Undersøkelser som bygger på en utviklingsmodell, legger vekt på den kumulative og dynamiske relasjonen mellom risiko- og beskyttelsesfaktorer gjennom hele livsfasen og over i neste generasjoner. Ifølge Woolfender (2014) tilegner man seg fra fødsel til ungdomstiden en rekke ferdigheter som et komplekst samspill mellom barnet og omgivelsene. Det å være eksponert for en rekke risikofaktorer, uten beskyttelsesfaktorer, kan resultere i skader i kritiske faser av utviklingen. I en slik utviklingsmodell legges det også til grunn at hjernen er mest påvirkelig i de første leveårene. Innenfor dette perspektivet finner vi også studier som er opptatt av hvordan risiko akkumuleres over tid. En del av resiliensforskningen kan også plasseres innenfor denne tradisjonen.

Blandingsmodellene opererer både med et utviklingsperspektiv og et økologisk perspektiv. Et eksempel på dette er Bronfenbrenner som i sine senere publikasjoner legger sterkere vekt på å kombinere de økologiske nivåene med utviklingsprosesser (Tudge m.fl. 2009, 2016, Rosa og Tudge 2013). Bronfenbrenners fire sentrale begreper er: Proses, person, kontekst og tid. De nære prosessene (proksimale) står sentralt i teorien og innbefatter regelmessige gjensidige interaksjoner mellom individet og de nære omgivelsene. Det er disse prosessene som bidrar til at barn utvikler seg ulikt over tid. I tillegg til de nære prosessene har vi også de fjerne prosessene som omfatter familiens kapasitet til å støtte barnet og samspillet med andre miljøfaktorer. I motsetning til de nære prosessene, så påvirker de fjerne prosessene barnet bare indirekte.

Begrepet person innbefatter individuelle karakteristika ved personen, f.eks. biologiske egenskaper, karaktertrekk, mentale og følelsesmessige ressurser og motivasjon. Disse egenskapene antas å påvirke barnets samspill med omgivelsene. F.eks. vil et autistisk barn ha vanskeligere for å bygge relasjoner med andre barn. Konteksten består av barnets omgivelser og utgjør de fire klassiske økologiske nivåene i modellen: mikronivået (de nære omgivelsene), mesonivået (samspillet mellom flere mikro-nivåer, f.eks. hjem og barnehage), eksonivået (omgivelser som påvirker indirekte) og makro-nivået (kulturelle og nasjonale særtrekk).



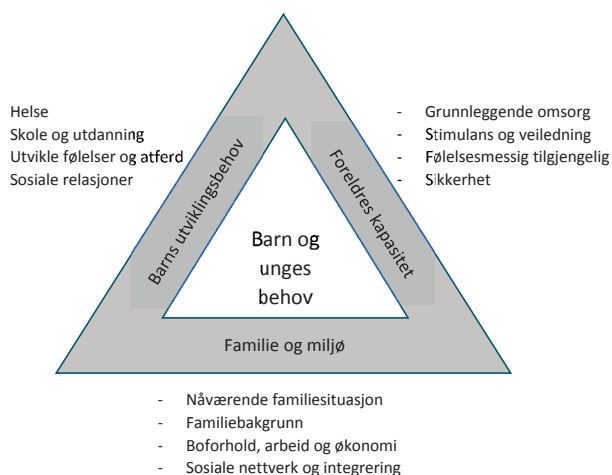
**Figur 3.1** Illustrasjon av Bronfenbrenners økologiske modell.

### 3.3 Praktisk anvendelse av kunnskap om beskyttelse og risiko

Integrated Childrens System (ICS) er en kunnskapsmodell som henter inspirasjon fra Bronfenbrenners økologiske utviklingsperspektiv. Modellen er opprinnelig fra England, og formålet har vært å utforme et helhetlig kunnskapsgrunnlag og et praktisk verktøy som hjelp til å gjøre en helhetsvurdering av barn og unges behov (Department of Health 2000a, 2000b). Kunnskapsgrunnlaget tar utgangspunkt i barns behov, dvs. at modellen beskriver hva slags behov som kreves for at barnet skal ha en sunn utvikling. Når behovene ikke dekkes – av ulike årsaker – innebærer dette en risiko i barnets utvikling. Behovene kan imidlertid

både være utsatt for ulike typer risikofaktorer eller avhjelpende beskyttelsesfaktorer.

Barnas grunnleggende behov er gruppert inn i tre domener, og hvert av domene har flere underliggende dimensjoner. Det første domenet er barnets utviklingsbehov og består av helse, utdanning, emosjonell og atferdsmessig utvikling og sosial utvikling. Det andre domenet består av foreldrenes kapasitet, dvs. deres evne eller ressurser til å gi barnet grunnleggende omsorg, stimulere og gi veiledning, være følelsesmessig tilgjengelig og yte sikkerhet. Det tredje domenet er familie og miljø. Dette utgjør de omgivelsene som barnet og foreldrene befinner seg i. De tre domene med tilhørende dimensjoner er illustrert i modellen under.



**Figur 3.2 ICS-modellens tre domener: Barns utvikling, foreldres kapasitet og familie- og miljøforhold.**

Modellen ivaretar både utviklingsperspektivet (tidsdimensjonen) og det økologiske perspektivet (den romlige dimensjonen). Utviklingsperspektivet er spesielt fremtredende på modellens venstre side. På denne siden beskrives ulike behov som barnet har på ulike tidspunkt i oppveksten. F.eks. vil barnet i de første månedene av livet ha stort behov for næring for å utvikle seg fysisk. En indikator på om dette behovet dekkes, er barnets vektutvikling. Etter hvert oppstår også behovet for å føle tilknytning til en omsorgsperson, til å utvikle språket, utvikle sosiale evner og etter hvert også det å tilegne seg faglige ferdigheter i skolen. Utviklingsperspektivet innebærer også at de behovene som dekkes eller ikke dekkes i tidlig

alder, vil påvirke utviklingen senere i livet. God tilknytning vil være en beskyttende faktor senere i livet, mens tilknytningsproblemer vil gjøre barnet sårbart for risikofaktorer senere (Killén 2009).

Modellen må forstås slik at de ulike sidene henger sammen, dvs. at egenskaper ved en av trekantens sider vil representere en risiko på en annen side. Barns behov kan svekkes ved at foreldre er følelsesmessig utilgjengelig (høyre side), noe som påvirker barnets psykiske helse (venstre side). Samtidig vil risiko som undergraver barnets behov på en av sidene, kunne motvirkes av beskyttende faktorer på en annen. F.eks. vil risiko forbundet med foreldres kapasitet kunne motvirkes gjennom resiliente egenskaper hos barnet (venstre side) eller ved et godt skolemiljø. Barn som blir født med funksjonshemminger, har i utgangspunktet et vanskeligere utgangspunkt, noe som i seg selv representerer en risiko. For mange går det likevel godt, noe som skyldes at det etableres ulike kompenserte beskyttelsesfaktorer rundt barnet på andre områder.

I utgangspunktet definerer de tre sidene barnets behov. Det er dette den danske varianten av modellen legger vekt på (Socialstyrelsen 2014). Her er man altså opptatt av hvordan et barn utvikler seg, og hvilke behov barn og ungdom har i denne prosessen. Det handler da om å ha gjennomgående god helse, ha muligheter til læring, utvikle følelsesregister og aldersadekvat atferd, samt tilegne seg ferdigheter for å fungere i sosiale fellesskap. Den svenske varianten av modellen legger i tillegg vekt på hvordan ulike risiko- og beskyttelsesfaktorer bidrar til å hemme eller fremme at behovene dekkes (Socialstyrelsen 2014). Vi kan samtidig si at denne siden av modellen representerer Bronfenbrenners utviklingsperspektiv (proksimal prosess), dvs. at hvordan barnet utvikler seg langs dette domenet i modellen, er avhengig av hva slags relasjoner det har til omgivelsene på høyre side og i den nederste delen.

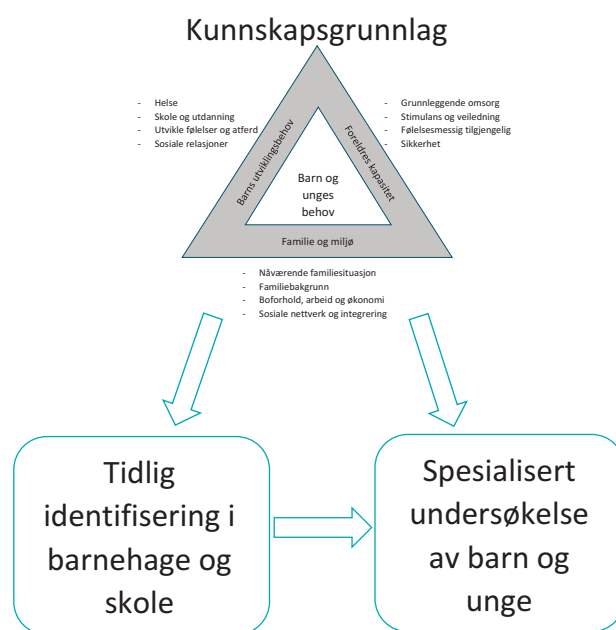
Som hos Bronfenbrenner, legger den engelske veilederen vekt på at det er viktig å forstå det komplekse samspillet mellom de tre domene (Department of Health 2000a, 2000b). Barns

utviklingsbehov dekkes ikke av barnet selv. Foreldrene eller omsorgspersonene spiller en avgjørende rolle, spesielt i de første leveårene. Hvorvidt barns behov dekkes, avhenger derfor i stor grad av foreldrene. Figurens høyre side viser derfor sentrale roller eller oppgaver som foreldre har. Dette dreier seg om å gi grunnleggende omsorg (klær, mat etc.), sikkerhet, varme, stimulering, grensesetting og veiledning og stabilitet. Når disse oppgavene er oppfylt, representerer de viktige beskyttende faktorer for barnet. Det vil si at barnet utvikler en viss robusthet som gjør det i stand til å møte motgang senere. Det er samtidig flere risikofaktorer som hindrer at foreldrene utfører sin rolle. Det kan være sykdom (fysisk eller psykisk), rusmisbruk eller avvikende atferd som kommer til uttrykk i f.eks. overgrep og vold. Konflikter mellom foreldre vil også representere en risikofaktor. Barns utvikling på venstre side av modellen vil være avhengig av at foreldrenes kapasitet ikke hemmes av slike forhold.

Barnets utvikling er ikke bare avhengig av foreldrene, og foreldrenes kapasitet er ikke uavhengig av omgivelsene. Det siste domenet nederst i figuren har derfor både direkte betydning for barnas utvikling, og indirekte fordi omgivelsene innvirker på foreldrenes kapasitet. Omgivelsene kan ha direkte virkning på barnet, f.eks. i form av fysisk miljøforurensning. Omgivelsene får imidlertid større virkning når barnet blir eldre, og da i form av at barnet påvirkes direkte i barnehagen, i vennemiljøet og i skolen. Indirekte vil også familiemiljøet og miljøet for øvrig spille en rolle for foreldrekapasiteten. F.eks. vil stort arbeidspress påvirke foreldrenes kapasitet til å følge opp barna. Tilsvarende vil kultur (f.eks. kultur for foreldrestil) og nærmiljø kunne spille en rolle for foreldrenes omsorg eller kapasitet. Samtidig vil det være faktorer i den nederste delen som har beskyttende virkninger, og som kan kompensere for mangelfull foreldrekapasitet. Dette kan f.eks. være «den betydningsfulle andre» eller det kan være en trygg barnehage, et godt vennemiljø eller et godt skolemiljø. Tilsvarende vil god foreldrekapasitet kunne bidra til å skape resiliens slik at barn er i stand til å navigere seg gjennom dårlige miljøforhold, f.eks. mobbing, ruspreget ungdomsmiljø etc.

ICS-modellen ble opprinnelig utviklet som et verktøy for mer spesialisert utredning av barn innenfor sosial- eller barneverntjenesten. Samtidig har modellen dannet grunnlag for utvikling av et mer praktisk rettet kartleggingsverktøy (Common Assessment Framework) som også er tilpasset basistjenester som barnehager og skoler (CAF-modellen). Denne rapporten følger dette sporet videre. Dvs. at vi legger vekt på hvordan kunnskapsgrunnlaget kan danne utgangspunkt for tidlig innsats i barnehage og skoler. Dette innebærer at kartleggingen må tilpasses en annen kontekst enn det som opprinnelig var tenkt, bl.a. de fysiske forholdene, medarbeidernes rolle og kompetanse.

Basistjenestene og hjelpetjenestene har ulike roller i arbeidet med tidlig innsats. Basistjenestenes roller er først og fremst å avgjøre om det er hensiktsmessig å henvise videre, ikke å gjøre en fullstendig utredning. I så fall vil det være en begrenset utredning som leder til interne tiltak. Verktøyene som benyttes her, er gjerne enkle sjekklister og/eller enkle samtaler. Hjelpetjenestens roller er på sin side å gjøre mer grundige utredninger med mer raffinerte kartleggingsverktøy, og iverksette mer spesialiserte tiltak.



**Figur 3.3** Figur som illustrerer hvordan et felles kunnskapsgrunnlag kan støtte opp om samarbeidet mellom basistjenester og hjelpetjenester.

Arbeidsdelingen mellom basistjenestene og hjelpetjenestene forutsetter at tjenestene samarbeider. Tradisjonelt har dette blitt håndtert på en teknisk måte ved hjelp av samarbeidsrutiner, samarbeidsverktøy og samarbeidsfora. Intensjonen her er at et felles kunnskapsgrunnlag for alle involverte tjenester ytterligere vil kunne støtte opp under samarbeidet. Argumentet for dette er todelt. For det første karakteriseres gjerne gode samarbeid av at ulike tjenester opparbeider gjensidig forståelse av tenkemåter og kulturer på tvers av tjenester (Møller 2006). Slike kulturer eller tenkemåter har gjerne bakgrunn i ulik fagbakgrunn eller faglige ståsteder. For det andre handler gjerne samarbeidsproblemer om ulike tolkninger eller forståelser av enkelt saker. Et felles kunnskapsgrunnlag vil således kunne bidra til en mer enhetlig forståelse og tolkning av enkelt saker, eller i det minste at man har et felles kunnskapsgrunnlag å diskutere ut fra. Det betyr at selv om rollene og oppgavene til basistjenestene og hjelpetjenestene er ulike, så vil det å ha et felles kunnskapsgrunnlag kunne bidra til en bedre samordning av tjenestene.

### 3.4 Fra kunnskap om risiko til observasjon av tegn og signaler

Tegn og signaler kan forstås som indikasjoner på risikofaktorer hos barn og unge. Det vil si at tegn og signaler er observerbare uttrykk hos barnet eller foreldrene som indikerer at et barn er utsatt for risiko. I noen tilfeller vil risikofaktorene være direkte observerbare, mens i andre tilfeller er vi avhengig av å tolke tegn og signaler. Et eksempel på det første er mobbing. Det å være utsatt for mobbing er en kjent risikofaktor for senere psykiske problemer. Her vil risikofaktoren mobbing kunne observeres direkte. Samtidig kan mobbing også være et tegn på generelle sosiale forhold i klassen eller på skolen, noe som ikke nødvendigvis er like observerbart. Et annet eksempel er autoritær oppdragerstil (mye regler og lite omsorg). Dette er en kjent risikofaktor som ikke er direkte observerbar, men barnehage-

personell kan likevel få indikasjoner på dette ved å observere samspillet mellom barn og foreldre. Med andre ord vil noen risikofaktorer være mer *direkte observerbare*, mens andre risikofaktorer bare er *indirekte observerbare* i form av mer utydelige tegn og signaler. Det er når risikofaktoren ikke er direkte observerbar, at vi er avhengig av å oppdage tegn og signaler.

Ambisjonene med å involvere barnehage og skole i arbeidet med utsatte barn og unge, er å identifisere dem så tidlig som mulig. Dersom man ikke oppdager utsatte barn som følge av at man ikke ser tegn eller signaler hos barnet, kalles det gjerne «falske negative». Dette betyr at vi feilaktig konkluderer med at det *ikke* er grunn til bekymring. Ambisjonen om å gripe tidligere inn overfor barn øker samtidig risikoen for å ta feil. I litteraturen kalles dette for identifisering av «falske positive», dvs. at vi feilaktig tror at det er grunn til bekymring. F.eks. er ikke all seksuell lek eller atferd blant barn en indikasjon på at de har vært utsatt for overgrep. Dersom vi konkluderer på bakgrunn av et slikt tegn, risikerer vi altså å identifisere mange falske positive. Tilsvarende vil det å konkludere på bakgrunn av én enkel risikofaktor, f.eks. barn av enslige forsørger, gi svært mange falske positive. Selv om dette statistisk sett er en risikofaktor, er det likevel bare et fåtall barn fra enslige foreldre som får problemer.

I vurderingen av hvor gode de ulike verktøyene er som hjelpemiddel i å identifisere risikofaktorer, benyttes gjerne begrepene *sensitivitet* og *spesifisitet*. Sensitivitet sier noe om hvor godt verktøyet er til å fange opp barn som faktisk har behov for hjelp.<sup>1</sup> Spesifisitet er et begrep som måler hvor godt verktøyet er til å unngå å fange

1 Konkret måles altså andelen barn vi mistenker er utsatt, i forhold til antall barn som faktisk er utsatt. Dersom vi går ut fra at det i virkeligheten er 10 barn på en skole som er utsatt for omsorgssvikt, og vi har et verktøy som klarer å fange opp 8 av disse barna, så vil verktøyets sensitivitet være på 0,8 (80 prosent). Idealet her er å unngå falske negative bekymringer, noe som gir et sensitivitetskåre på 1 (100%).

Tabell 3.1 Identifiseringsutfordringer, falske positive og falske negative

		Faktisk grunn til bekymring	
		Ja	Nei
Antatt grunn til bekymring	Ja	Ekte positive	Falske positive
	Nei	Falske negative	Ekte negative

opp barn som det ikke er grunn til bekymring for.<sup>2</sup> Få falske negative vil gi høy sensitivitet, mens få falske positive gir høy spesifisitet.

Dersom vi bruker disse begrepene til å beskrive situasjonen som lå til grunn for satsingen på tidlig innsats, kan vi si at sensitiviteten eller tjenestens evne til å oppdage barn var lav, mens det var høy grad av treffsikkerhet eller spesifisitet. En barnehage eller skole som ikke anså at barnets helse var deres oppgave, var heller ikke opptatt av å bekymre seg over disse barna. Resultatet var at få barn ble fanget opp i barnehage og skole. Implikasjonen av dette igjen var at det heller ikke oppstod situasjoner hvor man grunnløst var bekymret for barn. Når det i større grad satses på å oppdage utsatte barn tidligere, bidrar dette til at flere også fanges opp, men samtidig risikerer vi også flere grunnløse bekymringer. Bedringen i barnehagenes og skolenes sensitivitet kan med andre ord resultere i dårligere spesifisitet.

Begrepsgjennomgangen over illustrerer en av hovedproblemstillingen i arbeidet med tidlig innsats. På den ene siden er ambisjonene å fange opp de barna/familier som har behov for hjelp. Målet er å få til en praksis der tjenestene er langt mer sensitive for barn som bekymrer. Flere historier har vist at utfallet for barn har vært fatalt som følge av at ingen har grepet inn før det har vært for sent. Når vi ser slike saker,

er det utvilsomt riktig at vi må gripe tidligere inn, ikke bare for å unngå fatale utfall (død), men også for å hindre senskader. Helsetilsynets rapport fra 2009 påpekte også at det var et stort behov for å bedre kommunale tjenesters innsats (Helsetilsynet 2009).

På den andre siden – når vi øker oppmerksomheten om tidlig innsats – risikerer vi å bekymre oss *for mye* for barn som det ikke er grunn til å bekymre seg for. En konsekvens er at vi etter hvert snevrer inn hva vi definerer som normalt. En annen konsekvens er at vi rett og slett tar feil, og at meldinger til f.eks. barnevern eller politi er ubegrunnet. Det fremgår også av undersøkelser at mange ansatte i barnehage og skole reserverer seg for å ta opp bekymrings saker som følge av frykt for å ta feil og frykt for å skape dårlige relasjoner til barn/foreldre.<sup>3</sup>

I utgangspunktet står vi overfor et dilemma mellom det å klare å fange opp barn på den ene siden og unngå falske beskyldninger på den andre. Ambisjonen med å utvikle verktøy som er mer tilpasset basistjenesten, er nettopp å håndtere dette dilemmaet. Det betyr at vi har kunnskap og verktøy som tillater oss å identifisere sårbare barn, men uten at vi samtidig ender opp med mange ubegrunnede bekymringer.

<sup>2</sup> Konkret måles hvor stor andel av barna som det faktisk ikke er bekymring for, og som heller ikke mistenkes for bekymring. I praksis vil et dårlig resultat innebære at vi fanger opp mange barn som det ikke er grunnlag for, eller at bekymringen er grunnløs (falske positive). F.eks. hvis vi tenker oss at den samme skolen har 200 barn som ikke er utsatt for omsorgssvikt, og verktøyet vi bruker antyder at det likevel er 10 av disse som er bekymringsfulle saker, så vil verktøyets spesifisitet være på 0,9 (90 prosent).

<sup>3</sup> Dette er undersøkelser som er gjennomført i forbindelse med innføring av BTI-modellen (Bedre Tverrfaglig Innsats) og gjennomføring av opplæringsprogrammet Barn i Rusfamilier.



## 3.5 Kunnskap og metoder på ulike tjenestenivå

Kunnskap og metoder for å identifisere utsatte barn er i dag i stor grad tilpasset mer spesialiserte tjenester som barnevern, helsetjenesten og PPT. De veldokumenterte metodene som gir høy sensitivitet og spesifisitet, forutsetter både kliniske undersøkelser og at det allerede foreligger indikasjoner på at barnet er utsatt eller har behov for hjelp. Innenfor barnehagen og skolen er det i mindre grad utviklet tilsvarende kunnskap eller metoder.<sup>4</sup> Det kan sies å være et paradoks at barnehagen og skolen, som har best forutsetninger for å fange opp barn og unge tidlig, er de tjenestene som i minst grad har utviklet tilpasset kunnskap og metoder.

Det finnes likevel en del kunnskap og verktøy for å identifisere ulike risikofaktorer. De ulike verktøyene forutsetter ulik grad av spesialkunnskap og har ulike formål.

Tabell 3.2 viser generelle kjennetegn på ulike typer metoder og verktøy på henholdsvis basisarenaene, i hjelpetjenestene og i spesialisttjenestene. På det laveste nivået er formålet å svare på om det er grunn til bekymring, mens på nivå 2 er formålet i tillegg å finne ut hva som bekymrer. På det øverste nivået handler metodene mer om å bekrefte eller avkrefte bestemte risikofaktorer. Det finnes ikke noe klart skille mellom de ulike nivåene, men generelt er det slik at jo høyere nivå, desto mer spesialisert kunnskap forutsetter metodene.

Tabell 3.2 Kjennetegn ved verktøy på ulike tjenestenivå

	Verktøyene kjennetegnes av ...
<b>Basisarenaene (barnehage og skole), nivå 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- at de har som formål å svare på spørsmålet «om det er grunn til å undersøke bekymringen nærmere»</li> <li>- å være generelle og at de ikke er knyttet til bestemte risikofaktorer</li> </ul>
<b>Hjelpetjenester, nivå 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- at hovedspørsmålet som stilles er, i tillegg til «om det er bekymring», «hva er bekymringen?». Formålet er å avkrefte eller bekrefte det første spørsmålet, og finne svar på det andre spørsmålet. Det foreligger i utgangspunktet ingen antakelse om hva risikofaktorene er</li> <li>- at de er mer spesialisert i forhold til bestemte risikofaktorer (vold, overgrep etc.)</li> <li>- at de krever spesiell kompetanse/kvalifikasjon</li> <li>- at det er flere typer verktøy som har som formål å undersøke ulike typer risikofaktorer</li> </ul>
<b>Spesialtjenester, nivå 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- at hovedspørsmålet er om det er en bestemt risiko, dvs. at det er en bestemt hypotese som skal testes ut</li> <li>- at de forutsetter høy grad av spesialisering, f.eks. barnehusene og spesialisthelsetjenesten</li> <li>- at de også er kartlegginger som legger grunnlaget for videre tiltak og intervensjon</li> </ul>

<sup>4</sup> Det finnes noen verktøy som også kan brukes i barnehage og skole. Dette er f.eks. Child Behaviour Checklist og kartleggingsverktøyet «Alle Med».

Vi kan grovt sett skille mellom fem typer metoder for å identifisere tegn og signaler på risiko:

- Observerbare tegn og signaler
- Samtalemetoder
- Kartleggingsverktøy
- Informasjonstiltak
- Kombinerte metoder (systemer)

Observerbare tegn og signaler innbefatter oversikter over ulike typer atferd, ytre tegn som hygiene og klær, samt tegn på kropp. Samtalemetoder består av ulike former for dialog der formålet er å få informasjon om mulig risiko. Kartleggingsverktøy innbefatter både ustrukturerte intervjueskjema og mer strukturerte sjekklister eller screeningverktøy. En fjerde metode kan også være generell opplysningsvirksomhet om ulike typer risiko, og da med det formål at personer i risikogrupperne selv oppsøker hjelpeapparatet. Dette er en metodikk som Bufdir har benyttet i sitt veiledningsmateriell, og metoden praktiseres også innenfor skolehelsetjenesten (Bufdir 2015). I denne rapporten vil vi i all hovedsak beskrive de to førstnevnte metodene.

Usikkerheten rundt tegn og signaler innebærer bruk av ulike metoder for å redusere usikkerhet. Vi kan skille mellom to metoder som vi har kalt eliminering og summering. Eliminering innebærer at det i utgangspunktet foreligger en bekymring. Prosessen innebærer da at man forsøker å eliminere den aktuelle hypotesen ved å undersøke alternative kilder. En vanlig metode er f.eks. at bekymring vekkes på bakgrunn av tegn og signaler, mens en oppfølgingssamtale har som formål å eliminere den aktuelle bekymringen (hvis intervjuet ikke bidrar til dette, styrkes antakelsen). Summering innebærer på sin side at det foreligger mange usikre signaler som hver for seg ikke gir noe signal om risiko, men at summen av de ulike signalene til sammen styrker mistanken. En vanlig metode her er å benytte notathefte som registrerer hendelser over tid. Det vil også være mulig å kombinere elimineringsmetoden og summeringsmetoden. F.eks. vil summeringsmetoden kunne benyttes i forkant av en elimineringsmetode.

## 4. Barns behov, risiko og beskyttelse

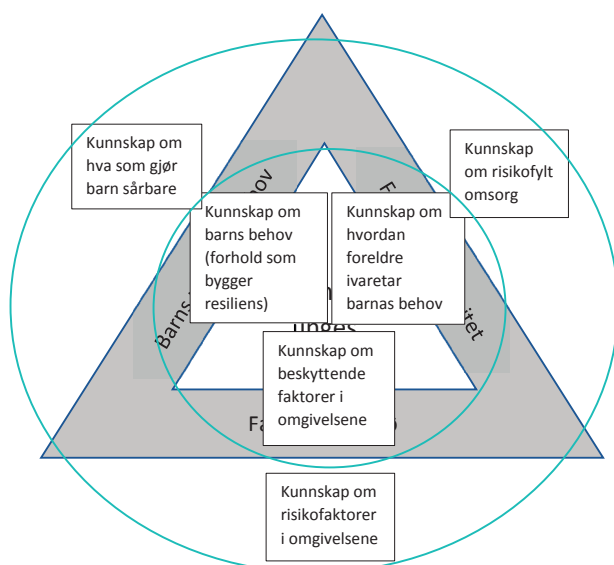
I dette kapitlet har vi utdypet de tre domene i ICS-modellen. Modellen benyttes for å beskrive barns behov, samt hvilke risiko- og beskyttelsesfaktorer som ser ut til å påvirke behovene. Vi har i hovedsak tatt utgangspunkt i den svenske modellen (BBIC), men supplert med elementer fra både den danske og den opprinnelige engelske modellen (Department of Health 2000a, Socialstyrelsen 2014, Socialstyrelsen 2015). I den danske varianten har de i hovedsak benyttet modellen til å beskrive barns behov, mens i de to sistnevnte har de også inkludert risiko- og beskyttelsesfaktorer. I dette kapitlet har vi utelukkende basert oss på de tre dokumentene som beskriver modellen i Sverige, Danmark og England. I neste kapittel fylles kunnskapsgrunnlaget ut med nye undersøkelser.

Som det fremgår av figuren 4.1, har vi knyttet ulike risiko- og beskyttelsesfaktorer til de tre domene i modellen, dvs. *barns utvikling*, *foreldrekapasitet* og *familie og miljø*. Det er også viktig å understreke at de tre domene

i modellen påvirker hverandre, samtidig som de ulike faktorene innenfor hvert domene kan påvirke hverandre gjensidig.

### 4.1 Barns utvikling

Domenet «barnets utvikling» beskriver hvilke faktorer som er viktige i barn og unges utvikling. Dette omfatter god helse, læring, emosjonell og atferdsmessig utvikling og sosiale relasjoner. Disse behovene varierer og endrer seg med alderen. For små barn er f.eks. tilknytning til foreldre og språkutviklingen viktig. Etter hvert som barnet blir eldre, vil sosiale relasjoner til venner og andre voksne få større betydning. I omtalene nedenfor utdypes behovene, hvilke risikofaktorer som kan hindre at behovene dekkes, og hva slags faktorer som fremmer dem. Vi kan skille mellom tre typer risiko- og beskyttelsesfaktorer. Individuelle faktorer, faktorer som handler om relasjonen til foreldre og andre miljømessige forhold. Tabell 4.1 viser fire grunnleggende behov i barnets utvikling. Dette er behov for å ha en god helse, behov for læring, emosjonell og atferdsmessig utvikling og sosiale relasjoner. Generelt kan vi si at dersom barn får dekket disse grunnleggende behovene, har det en beskyttende virkning. I motsatt tilfelle – hvis behovene ikke dekkes – vil det representere en risikofaktor.



Figur 4.1 ICS-modellen, kunnskap om barns behov og risikofaktorer.

Tabell 4.1 Risiko og beskyttelse i forhold til barns behov

Barnets utvikling	Helse	Helse og utvikling
		Tilgang på helsetjenester og tannhelsetjenester
	Læring og opplæring (skole og utdanning)	Trivsel og nærvær
		Læring
		Skoleresultat og studieplanlegging
		Lek og fritid
	Emosjonell og atferdsmessige utvikling	Tilknytning
		Følelser og temperament
		Holdninger og verdier
		Identitet
		Selvstendighet
		Sosial atferd
	Sosiale relasjoner	Relasjoner til foreldre
		Relasjoner til andre barn og andre voksne
		Vold, overgrep, utnyttelse

Barn og unges helsebehov, slik de er beskrevet i venstre domene, vil kunne påvirkes av risiko- eller beskyttelsesfaktorer i det høyre domenet i modellen, dvs. foreldrekapasitet. Bl.a. har det vist seg at dårlige relasjoner mellom foreldre og ungdom øker sannsynligheten for psykiske helseplager. Generelt antas foreldrerelasjonen å være en grunnleggende risiko- og beskyttelsesfaktor, men mer avgjørende for små barn enn for ungdom.

Barns utvikling kan også påvirkes av familie og miljøforhold, dvs. det nederste domenet i modellen. Dette omfatter alt fra nærmiljøet, barnehagen, skolen og fritidsaktiviteter. Bl.a. har det vist seg at familiestørrelse kan representere en risiko, mens det å ha eldre søsken også kan utgjøre en beskyttelsesfaktor. Videre er det mye som tyder på at både skolemiljøet og nærmiljøet har stor betydning for barn og unges utvikling (både helse, læring, atferd og sosiale relasjoner).

Et behov hos barnet (venstre domene) kan også påvirkes av flere forhold samtidig. F.eks. kan et barns magesmerter både ha en medisinsk årsak og være forårsaket av at barnet er utsatt for fysiske overgrep. Tilsvarende kan atferdsvansker hos et barn ha grunnlag i samspillet mellom

medfødte egenskaper og omsorgssvikt. Vi vil også kunne finne mer komplekse sammenhenger. F.eks. vil barn og unges psykiske helse påvirkes av både biologiske forhold, foreldrenes manglende omsorg i tidlig alder og av mobbing i vennemiljøet. Videre vil foreldrenes omsorgsevne igjen kunne ha opphav i rusproblemer eller at en av foreldre selv har vært utsatt for vold i barndommen. Slike komplekse saker kan være vanskelig å avdekke i sin helhet, og noe av poenget med ICS-modellen er nettopp å hjelpe til med å få frem en slik helhetsforståelse.

### Helsemessige behov

Å sikre barn og unge en god helse er en grunnleggende faktor i barns utvikling. Ifølge den danske ICS-håndboken handler helse om den allmenne fysiske og psykiske helsetilstanden til barn og unge. Den fysiske helsen omfatter alt fra fysisk vekt og motorisk utvikling, sykdommer og til generelt velvære. Den psykiske helsen omfatter barn og unges mentale tilstand og funksjon, herunder ulike diagnoser på mental helse. Som for den fysiske helsen er det mange forhold som bidrar til god psykisk helse. Det viktigste er trygge og omsorgsfulle omgivelser de første barneårene. Det er mange forhold som fremmer den fysiske

helsen, herunder aktivitet, ernæring og tilgang til helsetjenester.

I den svenske Grunnbok for BBIC vises det til et utvalg sentrale risikofaktorer for barn og unges helse:

- Et barn kan ha helseproblemer i form av fysiske skader etter vold eller overgrep. Slike skader kjennetegnes bl.a. av blåmerker eller hevelser etter mishandling.
- Helseproblemer kan oppstå som følge av mangel på tilsyn, noe som kommer til uttrykk i at barnet ofte har skader eller har vært utsatt for ulykker.
- Psykiske helseproblemer kan oppstå som følge av mangelfull omsorg eller destruktiv atferd hos barnet selv.
- Psykiske helseproblemer i form av angst, depresjoner og selvskading kan også oppstå som følge av flere former for omsorgssvikt, herunder forsømmelse og fysiske og psykiske overgrep.
- Barn som gjentatt blir utsatt for traumer, kan også utvikle posttraumatisk stress.
- Misbruk av alkohol og andre rusmidler kan også medføre alvorlige psykososiale problemer.

Det fremgår også i Grunnboken i BBIC at den viktigste beskyttelsesfaktoren mot dårlig helse er tilgang til helsetjenester, herunder tannhelsetjenester. Dette innebærer både deltakelse i helseundersøkelser (der helseproblemer kan oppdages) og det å oppsøke helsetjenester ved sykdom. For personer med kroniske sykdommer vil det å ha jevnlig kontakt med helsevesenet være en beskyttelsesfaktor. Tilsvarende vil det å ikke delta i helseundersøkelser eller ha kontakt med helsetjenesten, være en risikofaktor samtidig som det også kan være en indikasjon på forsømmelse hos foreldre.

## Læring og opplæring

En vesentlig del av barn og unges utvikling handler om læring. Læring i denne sammenheng

handler om alt fra de minste barnas læring av basale funksjoner som å spise, gå, snakke osv., til lek og læring i barnehagen, og mer formalisert læring i skolen. I den svenske Grunnbok i BBIC innbefatter denne faktoren både lek og fritid, trivsel og nærvær, læring og skolerestater. Her legges det også vekt på at gjennomføring av skolen og skolerestater er et viktig grunnlag for videre utdanning og arbeid. De faktorene som fremmer læring, er stimulerende omgivelser i familien, stimulering til lek og læring i barnehagen, og et godt læringsmiljø i skolen. Det siste innbefatter også tilpasning av læringen til de som har lærevansker.

I den svenske BBIC-modellen vises det generelt til at huller i læringsprosessen representerer en viktig risiko for barn og unge. Det pekes også på risikoen ved at enkeltelever kan bli oversett både i skolen og av foreldrene, eller at det stilles for lave forventninger til dem. Innenfor skolen vil det være forholdsvis tydelige tegn eller risikofaktorer som gjør seg gjeldende. Dette innbefatter både manglende skoletrivsel, dårlige skolekarakterer, fravær, skulk, dropout og skolevegring. I den danske ICS-håndboken vises det også til at fravær og mistriivsel kan ha opphav i både skolemiljøet og i omsorgsproblemer, og at konsekvensene kan være dropout og at ungdom søker seg til negative miljøer.

På den andre siden vil positive relasjoner til skolen være en viktig beskyttelsesfaktor, noe som både kan ha å gjøre med skolemiljøet og det enkelte barn/ungdoms oppfatning av skolen. Risikoen ved at enkelte barn har dårligere læringsforutsetninger, kan også motvirkes ved tilpasninger av opplæring. Det legges også vekt på at både barnehagen og skolen kan være viktige kompen-serende institusjoner dersom læring i familien er mangelfull.

I de to veilederne fra Danmark og Sverige legges det stor vekt på læring i skolen og dels i barnehagen. I liten grad nevnes den læringen som foregår i sped- og småbarnsalderen og i samspillet med foreldrene. Det er imidlertid også viktig å understreke betydning av læring i denne perioden

(Shonfeld-Ringel 2001, Kuhl 2011, Jacobsen 2016, Bråten 2016).

### Emosjonelle og atferdsmessige behov

I den danske ICS-håndboken står det at den følelsesmessige utviklingen hos barnet ligger til grunn for barnets atferd. Sentrale elementer i barnets følelsesmessige utvikling er psykiske forhold (barnets følelsesmessige grunnstemning), tilknytning (emosjonelle bånd og opplevelsen av trygghet og stabilitet) og empati (evne til å leve seg inn i andres situasjon). Atferden omfatter på sin side alt fra kroppsspråk og mimikk til konkrete handlinger. Generelt viser både den danske og svenske modellen til at tilknytning til omsorgspersoner er en viktig faktor som fremmer barnets emosjonelle og atferdsmessige behov. God tilknytning medfører også god følelsesregulering hos barnet.

Ifølge BBIC-modellen vil avvikende følelser og atferd representerer en risiko for psykososiale problemer både på kort og langt sikt. Risiko- og beskyttelsesfaktorene innenfor dette området er:

- God tilknytning til minst én omsorgsperson gir beskyttelse, mens dårlig tilknytning representerer en risiko. Tilknytningsproblemer kan komme til syne ved at barnet er redd for omsorgspersoner, eventuelt klynger seg til omsorgspersoner. Tilknytningen kan også forstyrres av at barn observerer vold mellom foreldre eller omsorgspersoner.
- Barn som opplever å være fornøyd vil være mer ressurssterke og dermed håndterer eventuelle problemer og risiko. Barnets evne til å regulere sine følelser vil også være en beskyttelsesfaktor. Samtidig vises det til følgende følelsesmessige eller atferdsmessige risikofaktorer: det å ikke kjenne redsel; sinne eller voldelig adferd; følelsen av nedstemthet og uro; overaktivitet, impulsivitet eller konsentrasjonsvansker.
- Negative holdninger og verdier innbefatter to typer risiko: negativ problemløsningsatferd (herunder overdreven negativ tolkning av andres hensikt og atferd) og vansker med

medfølelse, skyld eller anger. Begge disse egenskapene i tidlig alder, kan ha negative sosiale og atferdsmessige konsekvenser i ungdomstiden (f.eks. psykiske helseproblemer, økt tilbøyelighet til vold og kriminalitet).

- Identitet er en beskyttelsesfaktor i den forstand at det gir trygghet, tilhørighet og selvtillit. Identitet som er knyttet til avvikende atferd, vil på sin side utgjøre en risikofaktor.
- Barn har behov for å sette aldersadekvate grenser når det gjelder integritet og selvstendighet. Tilsvarende vil manglende selvkjenne og integritet representere en risikofaktor.
- En beskyttelsesfaktor er å ha en sosial atferd som er positiv (glad og hjelpsom) og evne til å løse problemer (konstruktivt) i vanskelige situasjoner. Generelt vil denne typen sosial atferd medføre sosial inkludering, bl.a. i forhold til venner, skole og foreldre. I motsatt fall kan negativ sosial atferd representere en risikofaktor. Barn som lever i familiesituasjoner som preges av misbruk, vold og psykisk sykdom, vil ha liten støtte til å skape en positiv ytre framtoning.
- Ulike former for risikoatferd innbefatter bl.a. aggressivitet eller normbrytende eller kriminelle handlinger blant eldre barn og unge.

I den engelske versjonen vises det til at svak tilknytning mellom barn og omsorgspersoner ofte har bakgrunn i foreldre som selv har vært utsatt for overgrep, personlige problemer hos foreldrene og sykdom hos foreldrene. Tenåringene med tilknytningsvansker i barneårene er spesielt sårbare, spesielt hvis de i tillegg har opplevd separasjoner og lite kontinuitet i barndommen.

### Sosiale relasjoner

Barns sosiale relasjoner er av stor betydning fra spedbarnsalder og opp gjennom ungdomstiden. Sosiale relasjoner til foreldre eller andre omsorgspersoner er spesielt viktig i de første leveårene, mens venner og andre voksne får større betydning senere. Det å ha pålitelige, stabile og varige relasjoner til foreldrene er en spesielt viktig beskyttelsesfaktor for barn, men det vil også ha

en beskyttende virkning å ha positive sosiale relasjoner til søsken, venner og andre voksne. Dette kan bl.a. beskytte mot dårlige relasjoner til foreldre. Tilsvarende vil det være en risikofaktor å ikke ha relasjoner til venner eller å ha relasjoner til venner med negativ innflytelse. Det å være utsatt for mobbing utgjør også en betydelig risikofaktor. Nærmere beskrivelse av relasjoner preget av vold, overgrep og utnyttelse finnes i avsnittet om «foreldres kapasitet».

## 4.2 Foreldres kapasitet (relasjon til barnet)

Det andre domenet i modellen omhandler egenskaper ved foreldrene som sier noe om deres foreldrekapasitet, og hvordan dette innvirker på barnas behov. Bl.a. omfatter dette bruk av rusmidler, vold i familien, helseproblemer hos foreldrene og foreldre med kriminell bakgrunn. Den grunnleggende antakelsen er at denne typen egenskaper ved foreldrene reduserer deres foreldrekapasitet. Samtidig kan også egenskaper ved barna/ungdommene være opphav til svekket foreldrekapasitet. I hovedsak bygger fremstillingen nedenfor på den svenske BBIC-modellen.

### Grunnleggende omsorg

Det har en beskyttende virkning at barna får grunnleggende omsorg i form av tilstrekkelig med mat, søvn, fysisk aktivitet, at hygienen til barnet ivaretas, og at hygienen i hjemmet ivaretas. I tillegg vil beskyttelsen ivaretas gjennom kontakt med helsetjenesten, bl.a. i form av råd og veiledning om sykdommer, oppdragelse, samspill og barns utvikling. Barn er utsatt for risiko hvis ikke de grunnleggende behovene blir dekket (mat, søvn, fysisk aktivitet, hygiene, klær). Det er også en risiko dersom foreldrene ikke har kontakt med helsetjenesten (om råd og veiledning) eller tar kontakt med helsevesenet ved sykdom.

En beskyttelsesfaktor er foreldre som sikrer forutsigbare hverdagsrutiner. Rutiner hjelper barnet med regelmessige døgnrytme og gir forutsigbarhet. Mangelfulle eller uforutsigbare hverdagsrutiner kan svekke barnets utvikling på kort og lang sikt. Det kan også hindre barnet i å få dekket sine grunnleggende behov eller tilknytning til barnehage/skole. Lite forutsigbarhet kan skyldes at foreldre har egne midlertidige eller mer varige problemer med omsorgsrollen.

Barn har behov for å lære å ta ansvar i takt med barnets utvikling. En risiko for barna er foreldre som stiller urimelige krav til barnas ansvarstaking (f.eks. ansvar for matlaging, renhold etc.). Tilsvarende vil barn som overbeskyttes, dvs. gis for

Tabell 4.2 Betydning av foreldres kapasitet på barnas behov

Foreldrekapasitet	Grunnleggende omsorg	Grunnleggende omsorg
		Hverdagsrutiner
		Ansvar
	Stimulans og veiledning	Stimulans og engasjement
		Veiledning og oppdragelsesstrategier
	Følelsesmessig tilgjengelig	Stabilitet og kontakt
		Følelsesmessig regulering og beskyttelse
		Følelsesmessig støtte
	Sikkerhet	Beskyttelse mot psykisk og fysisk vold
		Beskyttelse mot å være vitne til og oppleve alvorlige konflikter eller vold mellom voksne
		Beskyttelse mot overgrep og seksuell utnyttning
		Beskyttelse mot å bli utnyttet

lite ansvar, være en risikofaktor. Et tredje forhold er mangelfullt tilsyn med barnet, f.eks. i trafikken eller liknende.

### Stimulans og veiledning

Behovet for stimulans og veiledning vil ha ulik form jo eldre barnet blir. For spedbarn vil det primært handle om samspill med foreldrene, barn i barnehagealder vil ha behov for å leke med andre barn, og barn/unge i skolealderen vil ha behov for sosialt samvær med andre barn/unge. Barn har også behov for bekreftelse og respons ut fra sine egne forutsetninger. Dette innbefatter bl.a. foreldres engasjement i skolearbeid. Å ivareta disse behovene vil ha en beskyttende virkning. Det er tilsvarende en risiko for barna dersom foreldrene ikke er i stand til å gi dem stimulans eller at foreldre ikke engasjerer seg i barnas liv. Dette kan f.eks. være hvis barnet ikke får uttrykke seg, isoleres, foreldre ikke har tid til barna eller avviser dem. Tilsvarende vil et overdrevent engasjement også kunne være en risikofaktor, dvs. at foreldre overdriver barnas evner og presser dem mer enn det de er i stand til.

Empatisk eller autoritativ oppdragerstil er en beskyttelsesfaktor (kombinasjonen av støtte/empati og grensesetting). En autoritær (hard og disiplinierende oppdragerstil, uten støtte/empati) eller inkonsekvent oppdragerstil (stadig endring av regler og normer) er derimot en risikofaktor. Tilsvarende er manglende grensesetting en risikofaktor, herunder også grensesetting når det gjelder alkohol og narkotika.

### Følelsesmessig tilgjengelig

En beskyttelse for barnet er å ha et stabilt og varig forhold til foreldre og andre i nære relasjoner. Hvis foreldrene ikke har stabil kontakt, kan det derimot representere en risiko, og spesielt kan konflikter mellom foreldre hemme slik kontakt.

En beskyttelse for barnet er å ha foreldre som er følelsesmessig tilgjengelig for barnet, spesielt når det oppstår et behov hos barnet (når barnet er redd, sint, lei seg osv.). Det å være følelsesmessig

tilgjengelig handler da om å regulere barnas følelser. Foreldre som har vanskeligheter med å regulere egne følelser, vil også ha problemer med å regulere barnas følelser. Foreldre med aggressivt eller voldelig adferd vil tilsvarende ha vanskelig for å gi følelsesmessig støtte til barna.

Følelsesmessig varme og lydhørhet for barnet er også viktig for barnets tilknytning til foreldrene. Det innebærer bl.a. at barnet opplever at foreldrene er en «trygg base» hvor det er mulig å få trøst i vanskelige situasjoner. En risikofaktor for barnet er når foreldrene er følelsesmessig utilgjengelige, f.eks. i form av at det er lite kommunikasjon eller at foreldre er lite lydhøre overfor barna. Fravær av følelsesmessig støtte vil kunne påvirke barnets tilknytning og vil være en risikofaktor både på kort og lang sikt.

### Sikkerhet

Et grunnleggende behov hos barnet er at det opplever trygghet. Det at foreldre har kunnskap om betydningen psykisk og fysisk vold har for barn, vil i seg selv være en beskyttende faktor mot at barn blir utsatt for psykisk og fysisk vold. Samtidig vil stressede, utslitte eller berusede foreldre øke risikoen for at barna utsettes for psykisk og fysisk vold.

Et velfungerende samspill mellom voksne i familien vil også beskytte mot at barn opplever konflikter eller vold mellom voksne. Kunnskap om voldens konsekvenser er også en beskyttende faktor. Motsatt vil alvorlige konflikter mellom voksne være en risikofaktor.

Normer i familien om individuell integritet er en beskyttende faktor mot seksuelle overgrep. Foreldres årvåkenhet vil også være en beskyttende faktor, f.eks. årvåkenhet ovenfor internett. Hvis barn utsettes for seksuelle overgrep, utgjør det derimot en risiko for senere tilknytningsproblemer og psykososiale problemer.

Foreldre som beskytter barna mot sosiale fellesskap der barnet blir utnyttet, er en beskyttelsesfaktor. Tilsvarende vil foreldre som



involverer barna i utnyttende miljøer/situasjoner være en stor risikofaktor (kriminelle miljø, rusmiljø).

### 4.3 Familie og miljø (kontekst)

Domenet familie og miljø omhandler barnets omgivelser i form av familiestruktur, fysisk boforhold, økonomi og sosiale nettverk. Dette er faktorer som enten har indirekte innvirkning på barnet (gjennom foreldrekapasitet/-atferd), eller direkte innvirkning ved at omgivelsene påvirker barna direkte. Også her bygger vi omtalen i stor grad på den svenske BBIC-modellen.

#### Nåværende familiesituasjon

Barn som vokser opp med begge foreldre, er mindre utsatt enn barn med kun én forelder. Risikoen er også større dersom barn vokser opp i familier med mange søsken, i kombinasjon med én forelder, eventuelt i nye konstellasjoner med nye barn.

Barn som vokser opp i familier med helse- og atferdsproblemer, har større risiko for å bli utsatt for omsorgssvikt og utvikling av psykososiale problemer. De familiebaserte risikofaktorene er alvorlig sykdom, psykisk sykdom, funksjonsnedsetting, rusmisbruk og kriminalitet. Disse faktorene kan påvirke foreldrerollen negativt, bl.a. ved at foreldrene ikke kan dekke

barnas behov. Foreldre med voldelig eller aggressiv atferd øker også risikoen for vold i familien og vold overfor barnet.

Søsken med funksjonsnedsetting, helse- eller atferdsproblemer kan også innebære en indirekte risiko for et barn. Risikoen innebærer at det i slike situasjoner stilles økende krav og forventninger til barnet om å ivareta ansvar for hjemmet, noe som igjen begrenser barnets mulighet for egenaktivitet.

#### Familiebakgrunn

Omsorgspersonens kapasitet kan påvirkes av hans/hennes egne oppveksterfaringer, f.eks. ved å ha blitt utsatt for vold eller overgrep, eventuelt hatt foreldre med psykisk helseproblemer. Dette har sammenheng med at foreldres utsatthet har en tendens til å bli overført til neste generasjon. Tidligere hendelser familien har vært utsatt for, kan også vanskeliggjøre samspillet i familien og øke risikoen for barnet. Dette kan f.eks. være krig, forfølgelse, tap av familiemedlemmer, skilsmisse, vold mellom foreldrene, selvmord etc.

#### Boforhold, arbeid og økonomi

Barn som vokser opp i et stabilt bomiljø, har mindre sjanse for å utvikle psykososiale problematik. Tilsvarende vil barn som vokser opp under dårlige boforhold, ha større risiko for omsorgssvikt og utvikling av psykososiale problemer. Dårlige

Tabell 4.3 Betydning av familie og miljø på barns utvikling, risiko og beskyttelse

Familie og miljø	Nåværende familiesituasjon	Familiens sammensetning
		Foreldres helse og atferd
		Søskens helse og atferd
	Familiebakgrunn	Foreldres erfaring fra egen barndom
		Tidligere hendelser av betydning i familien
	Boforhold, arbeid og økonomi	Stabilitet og kvalitet i boforhold
		Arbeid og annen sysselsetting
		Økonomi
	Sosielt nettverk og integrering	Familiens sosiale nettverk og integrering
		Familiens profesjonelle nettverk

boforhold defineres som trangboddhet og stor grad av flytting (tvungen flytting).

Barn som vokser opp med foreldre som har høy utdanning og tilknytning til arbeidsmarkedet, har mindre risiko for å utsettes for omsorgssvikt og utvikle psykososiale problemer. Foreldres utdanning er viktig for å skape økonomisk trygghet. Lav utdanning og arbeidsløshet øker derimot risikoen for å utsettes for omsorgssvikt og psykososial problematikk. Dette kan føre til svakere tilknytning til samfunnet rundt.

I familier med trygg økonomi reduseres sjansen for omsorgssvikt og utvikling av psykososiale problemer. Økonomisk stress øker derimot sannsynligheten for omsorgssvikt og psykisk og fysisk sykdom. Fattigdom skyldes en rekke faktorer som til sammen vanskeliggjør foreldrerollen, f.eks. det å være eneforsørger, arbeidsløs, avhengig av bidrag, svak tilknytning til samfunnet eller det å ha språkvansker.

### Sosialt nettverk og integritet

Positiv støtte fra nettverk av familie, venner og andre voksne vil kunne utgjøre en beskyttelsesfaktor. Dette kan kompensere for foreldre som har vanskelig for å klare foreldrerollen. Tilsvarende kan hjelp fra offentlige tjenester utgjøre en beskyttende faktor for barna i utsatte familier (på grunn av økonomi, sykdom, kapasitetsproblemer etc.). Slik støtte vil kunne minske risikoen for omsorgssvikt og for en uheldig psykososial utvikling. Et sviktende hjelpetilbud vil tilsvarende utgjøre en risikofaktor, f.eks. ikke adekvat tilbud eller mangelfull koordinering.

oss på den svenske varianten. Dette fordi denne har lagt vekt på å beskrive risiko- og beskyttelsesfaktorer i relasjon til barns behov. Ifølge veilederen til den svenske modellen er omtalene av de tre domene bygd på dokumenterte kilder. I neste kapittel har vi supplert dette kunnskapsgrunnlaget ytterligere, bl.a. med noen nyere kilder og litteratur om resiliens og risikooppbygning.

Både den danske ICS-modellen og den svenske BBIC-modellen tar utgangspunkt i at barns behov kan beskrives innenfor tre domener. Det første domenet omhandler ulike behov barnet har eller utvikler i oppveksten (helse, læring, emosjonelle og atferdsmessige egenskaper og sosiale relasjoner). Det andre domenet er en beskrivelse av egenskaper ved foreldre og deres relasjon til barna, dvs. den rolle foreldre har i å oppfylle barnas behov (grunnleggende omsorg, stimulans og veiledning, følelsesmessig tilgjengelighet og sikkerhet). Det tredje domenet omfatter familiære og andre miljømessige faktorer. Modellen må forstås slik at de tre domene påvirker hverandre gjensidig.

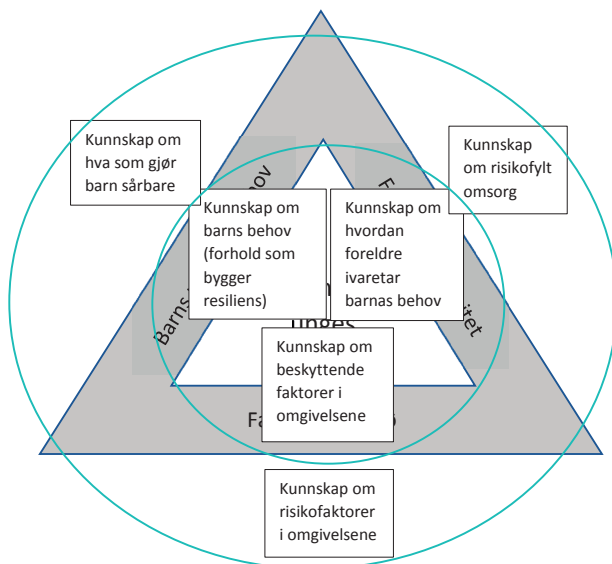
På samme måte som den danske og svenske modellen er en videreutvikling fra den opprinnelige engelske modellen, er intensjonen her å benytte den samme modellen for å koble sammen kunnskap om risiko og beskyttelse med kunnskap om tegn og signaler på risiko. Det betyr at vi tar modellen ett skritt lengre enn den svenske varianten som har lagt vekt på å bruke modellen til å beskrive og sortere ulike risiko- og beskyttelsesfaktorer.

## 4.4 Oppsummering

I dette kapitlet har vi redegjort for en modell som har til formål å sammenfatte kunnskapen om barns behov innenfor et utviklingsperspektiv og et økologisk perspektiv. Modellen er opprinnelig utviklet i England, men er oversatt og benyttet i en rekke andre land, deriblant Danmark og Sverige. I beskrivelsen har vi i hovedsak basert

## 5. Supplerende litteratur om risiko- og beskyttelse

I dette kapitlet har vi supplert det forrige kapitlet med nyere litteratur om risiko- og beskyttelsesfaktorer. I tillegg har vi også inkludert kunnskap om risikoppøpning og resiliens. Som i forrige kapittel knyttes kunnskapsgrunnlaget til de tre dimensjonene i BBIC-/ICS-modellen. Som vist i forrige kapittel tar modellen utgangspunkt i noen sentrale behov hos barn og unge. Dette er behov for god helse, læring, regulerte følelser/atferd og sosiale relasjoner. Når barnet utsettes for ulike former for risiko, innebærer dette at barnets behov undergraves eller svekkes. Slike risikofaktorer kan grupperes i individuelle, familiære og miljømessige, dvs. i tråd med de tre domene i modellen.



### 5.1 Barn og unges utvikling

Den opprinnelige ICS-modellen vektlegger barns behov og hvordan disse behovene dekkes av omgivelsene. Implisitt ligger det her en forståelse av at når behovene dekkes, vil barnet ha en sunn utvikling. Behovene i den opprinnelige modellen omfatter god helse, læring, emosjonell og atferdsmessig utvikling og sosiale relasjoner.

I denne utfyllende beskrivelsen av barns behov har vi gått nærmere inn på enkelte tema. For det første har vi innledningsvis omtalt relevant litteratur som tar for seg risikofaktorer fra fødselen av og i de første barneårene. For det andre har vi i avsnittet om fysisk og psykisk helse primært valgt å utdype noe av forskningen om barn og unges psykiske helse. Den opprinnelige ICS-modellen legger videre vekt på barns følelsesmessige og atferdsmessige behov og konsekvensene av dette i senere alder. I kapitlet utdypes noen av disse konsekvensene, bl.a. sosial tilpasning, rusproblemer og kriminalitet. I avsnittet om læring har vi tatt for oss utvalg litteratur om skolevegring og skolefravall. Et siste tema som vi også tar opp i denne delen, er barn og unges behov for søvn. Dette temaet har ikke minst blitt aktuelt i forbindelse med barn og unges bruk av elektroniske medier.

### Biologi

Når vi tar for oss risiko- og beskyttelsesfaktorer knyttet til barn og unges utvikling, er det naturlig å starte med biologien. Ifølge Shonkoff og Marshall (2000) viser kunnskapen om hjernen at den utvikler seg etter en bestemt tidsplan, og at denne utviklingen er sensitiv for innflytelse fra omgivelsene. Samtidig er barns hjerne i ulik grad sårbar for risiko fra omgivelsene, noe som igjen skyldes varierende genetisk sårbarhet og beskyttelse. F.eks. vil noen barn være mer sårbare for alkohol under graviditeten enn andre. Tilsvarende vil like barn med medfødt sårbarhet utvikle seg ulikt avhengig av hva slags stimuli de utsettes for etter fødselen. Det betyr for det første at barn fødes med ulik genetisk sårbarhet. For det andre, sårbarheten som noen barn er født med, kan kompenseres for gjennom gunstige miljøbetingelser.

Shonkoff og Marshall (2000) skiller mellom fem former for biologisk risiko: Genetisk risiko (f.eks.

downs syndrom), tidlig hjerneskade, infeksjon på det sentrale nervesystemet, forgiftning av nervesystemet (f.eks. FAS) og ernæringsmessig påvirkning av hjernen (malnutrition). Et hovedpoeng er at utviklingen eller tilpasningen etter en hjerneskade er svært kompleks. På den ene siden har vi hjerneskader som gir ugjenkallelige skadevirkninger. På den andre siden har det vist seg at hjernen kan tilpasse seg ulike former for sårbarhet, og kompenseres for av gunstige miljøbetingelser. Samtidig påpeker de at et barns hjerne har langt bedre forutsetninger for å la seg påvirke av omgivelsene enn en voksens hjerne:

"Axons and dendrites that transmit and receive impulses from one cell to another are capable of undergoing a process of 'rewiring', although explaining how their process is initiated and controlled remains a challenge to neurobiologists."

Nyere litteratur som oppsummerer hjerneforskningen, underbygger beskrivelsen til Shonkoff og Marshall (2000). Bl.a. har Perry (2006) utarbeidet noen grunnleggende prinsipper for hjernens utvikling. Et av disse prinsippene er at hjernen utvikles raskest de første leveårene, noe som igjen betyr at hjernen er mest påvirkelig hos de minste barna. Et annet prinsipp er at endringene i hjernens nevroner og det nevrale systemet er brukeravhengig, dvs. at utvikling er et resultat av at hjernen brukes. En sunn utvikling av hjernen forutsetter dermed en positiv stimulering utenfra, og ikke minst at barn som blir utsatt for skremmende opplevelser, møtes med regulerende støtte av omsorgspersonene (Braarud og Nordanger 2017).

Forskning på sammenhengen mellom omsorgsvikt og tegn i hjernen/hjernens utvikling er fremdeles på et tidlig stadium, men det finnes per i dag en del kunnskap om hvordan omsorgsvikt/traumer påvirker ulike deler av hjernen (Munro og Musholt 2014). I en litteraturgjennomgang av Lima-Ojeda m.fl. (2017) vises det til en del klare sammenhenger mellom observerte trekk i hjernen og depresjon, samt betydningen miljøet har på det genetiske arvematerialet (epigenetikk). Ifølge Teicher og Samson (2016) er det imidlertid fremdeles en del usikkerhet rundt den helse-

messig eller atferdsmessig betydning dette har på kort og lang sikt.

### Fysisk og psykisk helse

I denne delen har vi sett spesielt på litteratur som omhandler barn og unges psykiske helse. En rapport fra Folkehelseinstituttet viser til at psykiske lidelser hos barn og unge utvikles i et komplekst samspill mellom genetiske, biologiske og miljømessige faktorer (Mathiesen 2009). Flere av de alvorligste tilstandene som depresjon, schizofreni, ADHD og autismspekterforstyrrelser har i stor grad bakgrunn i arvelighet. Samtidig pekes det på at kunnskapen om de eksakte årsakene fremdeles er mangelfull. Bakgrunnen for dette er tredelt:

- Det er sjeldent en spesifikk sammenheng mellom risikofaktor og en bestemt type lidelse
- Mange ulike risikofaktorer bidrar til en bestemt lidelse
- En bestemt risikofaktor kan bidra til flere typer lidelser

Rapporten viser til at risikofaktorer i tidlig levealder har innvirkning på angst og depresjon i ungdomsårene. Det fremgår at 40 % av variasjonen i emosjonelle symptomer i ungdomsårene kan forklares av risikofaktorer de første fem leveårene. Ifølge rapporten er det dokumentert at risikoen for psykiske plager øker når:

- Foreldre har symptomer på psykiske lidelser som depresjon og angst
- Når forholdet mellom foreldre er konfliktfylt, eller foreldreferdigheter er mangelfulle
- Familien har mange belastninger, negative livshendelser og/eller lite sosial støtte
- Barna har temperamentstrekk som stor grad av skyhet eller negativ emosjonalitet.

Retningslinjer utarbeidet av National Collaborating Centre for Mental Health (2015) har også oppsummert kunnskap om risikofaktorer knyttet til depresjon. Oppsummeringen skiller mellom sosiale og individuelle faktorer. Sosiale faktorer innbefatter familie og venner, mens individuelle faktorer omfatter genetisk risiko, temperament,

kognisjon og fysiologiske risikofaktorer. Rapporten viser at begge de to sosiale faktorene kan ha betydning for utvikling av depresjon blant unge. Familiære faktorer innbefatter konflikter i mellom omsorgspersoner (med påfølgende utvikling av dårlige relasjoner til barnet), fysisk mishandling av barn, fattigdom og dersom foreldre har en historie med depresjon. Samtidig vises det også til at barn i familier med utdanning og i familier hvor foreldre har kontroll over barna, har mindre sannsynlighet for å utvikle depresjon.

Fravær av sosial omgang med venner utgjør også en risikofaktor for utvikling av depresjon. Barn med få venner, ujevn kontakt og lite intime relasjoner har økt risiko for å utvikle både depresjon og avvikende atferd. Dette viser seg også uavhengig av forholdene i barnets familie. Videre fremgår det at sannsynligheten for depresjon øker dersom barnet utsettes både for risiko i familien og i vennemiljøet.

Individuelle risikofaktorer omhandler bl.a. temperament og kognisjon. Det fremgår at barn med høyt temperament har større sannsynlighet for å utvikle depresjon. Videre fremgår det at bestemte tenkemåter (kognisjon) øker sannsynligheten for depresjon. Dette omfatter bestemte former for selvkritiske og problemorientert (i motsetning til løsningsorientert) tanker. Ifølge rapporten er det tegn på at depresjon delvis også kan ha en genetisk forklaring og en fysiologisk forklaring. Den fysiologiske forklaringen antas å skyldes en kombinasjon av arv og miljø.

Newton m.fl. (2010) har i kunnskapsgrunnlaget til NGC-retningslinjene om depresjon hos barn og unge, utarbeidet en oversikt over risiko- og beskyttelsesfaktorer. Gjennomgangen omfatter i alt 119 undersøkelser publisert frem til 2008. Tabellen 5.1 på neste side oppsummerer funnene.

Knappe m.fl. (2010) har i sin litteraturgjennomgang sett spesielt på hvilken betydning familieforholdene (som kontekst) har for utviklingen av unges psykiske helse (sosial angst). Gjennomgangen viser at sosial angst har en tendens til å hope seg opp i familier, dvs. at barn med sosial

angst har større sannsynlighet for å ha foreldre med sosial angst. Samtidig viser gjennomgangen at barn i familier med dysfunksjonelle trekk, dvs. lite omsorg, overbeskyttelse og avvising, hadde større sannsynlighet for å utvikle sosial angst. Ifølge forfatterne kan en forklaring på sosial angst i dysfunksjonelle familier være at overbeskyttelse eller mangel på emosjonell varme gjør barna mer avhengig av foreldre, og at det samtidig forhindrer sosialisering med andre. Forfatterne konkluderer imidlertid med at forskningsgrunnlaget (longitudielle studier) er for spinkelt til å trekke endelige konklusjoner.

I en undersøkelse gjennomført av Klasen m.fl. (2015) har de også sett på ulike risiko- og beskyttelsesfaktorer for utvikling av depresjon hos ungdom. Som over, viser denne at foreldrenes mentale helse utgjør en risiko. Samtidig viser den at ungdommens mestringsstrø, familieklima og sosial støtte var assosiert med mindre grad av depressive symptomer over tid. Videre bidrar et godt familieklima og sosial støtte til å moderere sammenhengen mellom foreldres psykiske helse og ungdommens depresjon.

Cairns m.fl. (2014) har i en systematisk oversiktsartikkel sett på hvorvidt ulike sider ved ungdoms livsstil er assosiert med psykiske plager/lidelser. Hovedkonklusjonen her er at det er en rekke livsstilsfaktorer som assosieres med psykiske plager hos ungdom. Dette gjelder:

- Bruk av rusmidler (alkohol, cannabis, tobakk)
- Slanking (omfatter ikke spiseforstyrrelser)
- Negative mestringsstrategier
- Søvn
- Høy vekt (uklar årsaksrekkefølge)

I motsetning til andre undersøkelser som tar for seg påvirkbare faktorer som fattigdom, traumer i barndom og foreldres psykiske helse eller rus, er poenget med denne litteraturgjennomgangen å vise at det også finnes livsstilsfaktorer som kan påvirkes av ungdommene selv, dvs. i form av redusert rusbruk, unngå slanking, tilegne seg positive mestringsstrategier (læring av

**Tabell 5.1 Risiko- og beskyttelsesfaktorer for depresjon blant barn og unge.**

Kilde: Newton m.fl. 2010 (NGC-retningslinjer)

<b>Arvede</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kjønn: Jenter har større sannsynlighet for depresjon, symptomer på depresjon, tanker om selvmord og selvmordsforsøk gjennom ungdomstiden</li> <li>- Enkelte studier peker på at etniske minoriteter kan ha økt risiko for å utvikle depressive symptomer (usikkert om dette kan generaliseres til andre samfunn enn det amerikanske)</li> <li>- Tidligere forskning har vist at depresjon har et genetisk opphav, dvs. at bestemte gener øker risikoen. Senere forskning har imidlertid vist at det er samspillet mellom gener og risikofaktorer i miljøet som øker risikoen for depresjon.</li> </ul>
<b>Familie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risikoen for depressive symptomer øker hos unge i familier hvor: a) foreldre har mentale helseproblemer, b) i skilsmisefamilier, c) i familier med negativ oppdragerstil og dårlig familiefungering og d) i familier med færre enn to biologiske foreldre. Undersøkelser har også vist at risikoen øker i familier med lav sosioøkonomisk status og i familier med kriminelle. Her er imidlertid resultatene mer sprikende.</li> <li>- Beskyttende faktorer i familien er foreldrestøtte (sammen med støtte hos jevnaldrende/venner), god familiefungering og høy sosioøkonomisk status.</li> </ul>
<b>Barndom</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risikofaktorer hos spedbarn er helseproblemer ved fødsel (spesielt hos gutter) og lav fødselsvekt (spesielt hos jenter). Samtidig fremgår det at behandling i inkubator er en beskyttende faktor.</li> <li>- Risikofaktorer hos barn er atferdsvansker, dårlig følelsesregulering, seksuelle og fysiske overgrep. Det fremgår også at overdrevent sterk tilknytning og avhengighet mellom barn og foreldre, kan øke risikoen for senere depresjon i ungdomsalderen (hos gutter). Her er imidlertid resultatene noe sprikende.</li> </ul>
<b>Ungdom</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psykiske risikofaktorer er lav selvtillit, negativ attribusjon, kognitive trekk som perfektjonisme og pessimisme, negativt kroppsbilde og spiseforstyrrelser og symptomer på dette (jenter). Tilsvarende vil god selvtillit og positiv attribusjon ha en beskyttende virkning.</li> <li>- Sosiale faktorer som svake relasjoner til andre er en risikofaktor for depresjon. Tilsvarende vil gode relasjoner til andre være en beskyttelsesfaktor.</li> <li>- Fysiske helseproblemer eller ungdom som opplever å ha dårlig helse, har også økt risiko for depresjon. Tilsvarende gjelder også søvnproblemer.</li> <li>- Negative livshendelser som familiekonflikter, tap av familiemedlemmer/venner eller andre traumatiske hendelser øker risikoen for depresjon.</li> <li>- Skoleresultater kan også predikere depresjon, dvs. at gode resultater virker beskyttende, mens dårlige resultater er en risikofaktor.</li> <li>- Atferd i ungdomstiden som øker risikoen for depresjon er misbruk av rusmidler. Unge kvinner som får barn i tenårene, er også i en risikogruppe.</li> </ul>

konstruktiv respons på problemer), søvn (tilegnes søvnhygiene) og redusert vekt.

De fleste undersøkelser som omhandler risiko- og beskyttelsesfaktorer om psykisk helse, tar for seg individuelle og familiære forhold. Stirling m.fl. (2015) har derfor i en metaundersøkelse sett spesielt på litteratur som omhandler betydningen av ulike nærmiljøfaktorer på barn og unges psykiske helse. Studiene som gjennomgås, tar for seg miljø preget av lav sosio-økonomisk status, trygghet i nærmiljøet, omfang av etniske minori-

teter og diskriminering og tilknytning til nærmiljøet (opplevd sosialt samhold, involvering og tilknytning til nærmiljøet).

Resultatene viser at tryggheten i lokalsamfunnet, etniske minoriteter og diskriminering er risikofaktorer som er assosiert med psykiske plager. Undersøkelsen konkluderer med at det er en sammenheng mellom trygghet i nærmiljøet og omfanget av depresjon hos skolebarn (4-18 år). Videre finner den en sammenheng mellom minoriteter/diskriminering i lokalsamfunnet og

depressive symptomer blant barn i skolealder. Metaundersøkelsen finner ingen sammenheng mellom sosio-økonomisk status i nærmiljøet og omfanget av depresjon, men ifølge forfatterne må disse resultatene tolkes med varsomhet siden det er få slike studier som inngår i analysen. Tilsvarende finner de heller ingen støtte for at opplevd tilknytning til nærmiljøet er en beskyttelsesfaktor mot depresjon. Men også

innenfor dette temaet er det få studier som inngår i analysen.

I oversikten har vi også tatt med en litteraturgjennomgang av Fazel m.fl. (2012) som omhandler risikofaktorer for psykisk helse hos flyktninger i høyinntektsland. Tabell 5.2 viser hvilke risiko- og beskyttelsesfaktorer som identifiseres i litteraturgjennomgangen. Det finnes også en del litteratur

**Tabell 5.2 Risiko- og beskyttelsesfaktorer for psykisk helse hos flyktninger i høyinntektsland.**

Kilde: Fazel m.fl. 2012.

	Risiko	Beskyttelse
<b>Individuelle</b>	Utsatt for vold før emigrasjon Kvinne Utsatt for vold etter ankomst	
<b>Familie/samfunn</b>	Ankommet alene Opplevd diskriminering Flytting flere ganger Foreldre utsatt for vold Dårlig økonomi Eneforsørgere Foreldre med psykiske plager	Stor grad av foreldrestøtte Fosterforeldre fra samme etniske opphav Positive skoleerfaringer Støtte fra venner

som omhandler barn og unges fysiske aktivitet og kosthold, og som relateres til fysiske helsegevinster/-utfordringer på kortere eller lengre sikt (Meen 2000, Sallis m.fl. 2000, Smesrud m.fl. 2008, Berg og Underland 2012, Guerra m.fl. 2016). Som et supplement til denne litteraturen har vi her tatt med en metastudie som også peker på noen andre faktorer som kan påvirke barn og unges fysiske helse (Lavoie m.fl. 2016). Fysisk helse er her målt ved hjelp av fysiologiske markører (f.eks. kortisolrespons), søvnatferd og generell helsetilstand (hyppighet og varighet av sykdom). Hovedkonklusjonen i metastudien er at tre beskyttende faktorene hadde en effekt som var sterkere enn sårbarhetsfaktorene. Beskyttelsesfaktorene innbefattet oppfattelsen av sammenheng (sense of coherence) i stressende situasjoner, mental styrke og

støttende familieomgivelser. Ifølge forfatterne viser dette at barns holdning til stressende situasjoner, deres iherdighet og støtte i nær familie bidrar til å beskytte dem. Et annet resultat fra undersøkelsen er at de individuelle beskyttelsesfaktorene har en sterkere virkning enn omgivelsesfaktorene. Ifølge forfatterne understøttes dette også av andre undersøkelser. De konkluderer også med at beskyttelsesfaktorene kompenserer fullt ut for sårbarhetsfaktorene.

### Emosjonelle og atferdsmessige behov

Regulering av emosjoner og atferd betraktes som et sentralt behov hos barn i ICS-modellen, og i omtalen av modellen vises det til ulike risiko- og beskyttelsesfaktorer. Som et supple-

ment til denne beskrivelsen har vi her supplert med litteratur om barns tilknytning og en oppsummeringsartikkel av Eriksson m.fl. (2010) som har sett spesielt på ulike beskyttelsesfaktorer.

Grunnleggende premisser i tilknytningsteorien er at: a) barn har behov for regulering og selvregulering, b) selvreguleringen læres gjennom samspill med omsorgsperson, og c) læringen forutsetter sensitivitet hos omsorgsperson. Omsorgspersonens sensitivitet er med andre ord de ytre betingelsene som ivaretar en sunn utvikling (eller mangel på sensitivitet som en årsak til usunn utvikling). Videre viser teorien til at mangelfull omsorg i barndommen gir økt sannsynlighet for avvikende emosjonell atferd senere (Killén 2009). Teorien er etter hvert godt dokumentert med empiriske undersøkelser, selv om den også har møtt kritikk (Morton & Browne 1998, Fitton 2012, Pinquart m.fl. 2013). En god omsorg i tidlig alder, og dermed en trygg tilknytning, representerer således en viktig beskyttelsesfaktor for små barn. Tilsvarende vil mangelfull omsorg og utrygg tilknytning innebære en risikofaktor (Slater 2007). Etter hvert har også tilknytningsteorien blitt koblet til nyere hjerneforskning som har påvist sammenhengen mellom omsorgssvikt og et ubalansert reguleringssystem i barnets hjerne (Nordanger og Braarud 2017).

En litteraturoppsummering av Eriksson m.fl. (2010) har sett spesielt på faktorer som har en beskyttende virkning på internaliserte og eksternaliserte atferdsproblemer. Bakgrunnen er at barn som utviser slik atferd i tidlig alder, øker risikoen forholdsvis mye for mer langvarige psykososiale problemer senere i livet. En hovedkonklusjon i artikkelen er at det finnes en rekke beskyttelsesfaktorer.

De individuelle beskyttelsesfaktorene er bl.a. temperament, positiv sosial orientering, evne til selvregulering, intelligens og kognitive evner, evne til problemløsning, mestringsevne (f.eks. håndtere stress), intern lokuskontroll (tro på at man har kontroll på omgivelsene), positiv holdning til livet, motivasjon, humoristisk sans, mestringstro, høy selvfølelse og positive holdninger til skolen.

Familiebaserte forhold omfatter gode boligforhold, trygg tilknytning, at barnet har en god relasjon til minst en av foreldrene eller en annen voksen, god relasjon mellom foreldre og barn, autoritativ oppdragelse (balansert omsorg og grensesetting), støttende foreldre, overvåking, rutiner i familien, positivt familieklima, høy sosioøkonomisk status og prososiale søsken. Dette er med andre ord faktorer som hører hjemme både innenfor domenet «foreldrekapasitet» og i domenet «familie og miljø».

Miljømessige forhold utenfor familien omfatter nettverk av pro-sosiale voksne, pro-sosiale venner, organisert nabolag, tidlige intervensjonsprogram, økonomisk støtte til familier, positivt skolemiljø og muligheter for aktiviteter etter skolen.

Eriksson m.fl. (2010) viser også til noen generelle trekk ved beskyttelsesfaktorene. For det første fremgår det at flere beskyttelsesfaktorer gir bedre beskyttelse enn få. For det andre vil ulike beskyttelsesfaktorer ha ulik betydning på ulike alderstrinn. F.eks. vil tilknytning til foreldre være avgjørende blant små barn, mens tilknytning til andre voksne, venner og skolen er viktigere blant eldre barn og ungdom. For det tredje viser de at beskyttelsesfaktorene er kontekstavhengig. Det betyr f.eks. at én type temperament kan være beskyttende i en kultur, mens den kan betraktes som risiko i en annen. Implikasjonen av dette er at slik kontekstavhengighet må tas i betraktning spesielt hos innvandrergupper. For det fjerde skiller de mellom generelle og mer risikospesifikke beskyttelsesfaktorer. De generelle vil beskytte mot flere typer risiko, mens de spesifikke kun virker på spesifikke områder.

### **Bruk av rusmidler og voldsbruk i ungdomsalderen**

I denne delen tar vi også utgangspunkt i ICS-modellens vektlegging av barns emosjonelle og atferdsmessige behov. I modellen legges det imidlertid vekt på behovet for regulering av emosjoner og atferd i en tidlig alder. For eldre barn og unge vil tilsvarende regulering kunne handle



om å regulere bruk av rusmidler samt avstå fra vold og kriminalitet. I generelle termer handler dette om hvilke risiko- og beskyttelsesfaktorer som bidrar. Selv om denne typen atferd kan være en konsekvens av mangelfull regulering i tidlig alder, peker litteraturen også på en rekke andre relevante faktorer.

Vakalahi m.fl. (2001) har tatt for seg familienes betydning for ungdoms tilbøyelighet til å ruse seg. Litteraturgjennomgangen viser at både foreldrenes eget rusbruk, foreldres holdninger til ungdommenes rusbruk og foreldres relasjoner til ungdommen har innvirkning på ungdoms rusbruk. Foreldre som drikker selv, har liberale holdninger til alkohol og har dårlige relasjoner til ungdommene, bidrar til økt sannsynlighet for rusbruk blant ungdom. Det vises også til at ungdom bruker rusmidler som en reaksjon (mestringsstrategi) på foreldres avvising og harme over ungdoms løsrivelsesprosess.

Gribsy m.fl. (2016) har i en oversiktsartikkel tatt for seg litteratur om risiko- og beskyttelsesfaktorer som har betydning for negative virkninger av alkoholbruk blant ungdom. Bakgrunnen er at negative konsekvenser av alkoholbruk i ungdomstiden predikerer alkoholavhengighet i overgangen til voksenlivet. Artikkelen skiller mellom tre hovedtyper påvirkningsfaktorer: biologiske/individuelle faktorer, sosiale/mellommenneskelige faktorer og kulturelle/holdningsfaktorer.

- Biologiske/individuelle
  - › Biologiske
  - › Komorbiditet mellom rus og psykiske lidelser bidrar til negative alkoholvirkninger
  - › Forventinger og motiver
  - › Stress
  - › Selvregulering
- Sosiale/mellommenneskelige
  - › Alkoholnormer hos foreldre/i familien
  - › Relasjon barn-foreldre

- › Venner
- Kulturelle/holdningsmessige
  - › Holdninger til alkohol blant foreldre og venner
  - › Avholdenhet

Avslutningsvis har vi tatt med en enkel undersøkelse som har sett på betydningen av omsorgssvikt (maltreatment) for tidlig debut med rusmidler. Undersøkelsen viser en klar sammenheng mellom omsorgssvikt i barndommen (og i ungdomsalder) og økt risiko for rusbruk i starten av ungdomstiden (Wendland m.fl. 2016). Ifølge forfatteren er det derfor behov for målrettede intervensjonsprogram mot barn utsatt for omsorgssvikt.

Litteraturoppsummeringer som omhandler vold og kriminalitet viser til risikofaktorer på flere nivå. Dette omfatter både omsorgssituasjonen, familieforhold og forhold i nærmiljøet, herunder vennerelasjoner.

En litteraturgjennomgang av Malvaso m.fl. (2016) har sett spesielt på forhold som kan forklare sammenhengen mellom det å være utsatt for omsorgssvikt og kriminell atferd. Det fremgår at alle typer omsorgssvikt er assosiert med kriminell atferd. Resultatene viser også at omsorgssvikt leder til flere andre typer risikofaktorer som igjen er en risiko for kriminell atferd. Generelt konkluderes det med at det er flere faktorer som bidrar til sammenhengen mellom omsorgssvikt og kriminell atferd, herunder både individuell atferd, relasjoner til familie og venner og forholdet til nabolaget.

Farrington m.fl. (2017) har undersøkt risikofaktorer for vold og lovbrudd blant ungdom. Risikofaktorene som tydeligst var assosiert med vold/kriminalitet, var lav utdanning hos foreldre, dårlig tilsyn av foreldrene, dårlig oppdragerstil, konflikt mellom foreldre og store familier. Andre risikofaktorer med mindre forklaringskraft var: unge foreldre, samlivsbrudd og lav sosioøkonomisk status.

I tillegg til omsorgssvikt og øvrige familiebaserte risikofaktorer, finner vi også at øvrige miljø-

messige risikofaktorer spiller en rolle. Dette innbefatter i hovedsak det å ha kriminelle/voldelige venner eller det å bo i et kriminelt/voldelig nabolag (van der Merwe & Dawes 2007, Wong m.fl. 2010).

## Læring og opplæring

I gjennomgangen av ICS-modellen viste vi til at læring er et grunnleggende behov helt fra spedbarnsalderen og opp gjennom ungdomstiden. Læring i spedbarnsalderen handler om å utvikle sosiale relasjoner og basale ferdigheter, læring hos småbarn handler langt på vei om lek, mens for eldre barn og ungdom vil læring i stor grad foregå innenfor skolearenaen. I litteraturen er det to områder som har relevans for barn og unges behov for opplæring. Det ene er skolevegring og det andre skolefravall. Det finnes en god del forskning på begge disse områdene. Her har vi imidlertid kun gjennomgått et lite utvalg litteratur innenfor de to områdene.

Ifølge Havik (2016) er skolevegring en reaksjon eller et symptom hos elever som vil, men ikke klarer å gå på skolen. Videre fremgår det at skolevegring gjerne er knyttet til emosjonelt ubehag eller emosjonelle plager i møte med faglige eller sosiale situasjoner i skolen. En gjennomgang av Løvereid (2011) viser imidlertid at skolevegring både kan ha bakgrunn i forhold ved skolen og hjemmeforholdene. Skole-relaterte forklaringer kan være hendelser eller aktiviteter som skaper negative emosjonelle reaksjoner, f.eks. muntlige presentasjoner, fri-minutt, andre elever o.l. Forklaringer knyttet til hjemmeforhold er at elevene søker spesiell oppmerksomhet fra foreldre eller tiltrekkes av andre aktiviteter i hjemmet (spill o.l.). Kearney og Spear (2012) differensierer dette skillet ytterligere når de opererer med følgende fire former for skolevegring: a) eleven søker å unngå situasjoner på skolen, b) elever søker å unngå sosial aversjon, c) elever blir hjemme for å få oppmerksomhet av signifikante andre (foreldre), og d) elever søker etter aktiviteter (forsterking) andre steder enn på skolen. De to første formene relaterer seg til egenskaper ved skolen, mens de to siste handler om forhold utenfor skolen. Vi finner også litteratur som viser til andre

individuelle, familiebaserte og skolerelaterte risikofaktorer. For det første viser flere til psykiske plager eller lidelser som en risikofaktor eller som et samtidig fenomen (McShane m.fl. 2001, Kearney 2008, Inglés m.fl. 2015). For det andre viser McShane m.fl. (2001) til familiebaserte risikofaktorer som psykiske lidelser i familien, familie-konflikter, familiebrudd og bruk av rusmidler i familien. For det tredje finner Kearney (2008) at skolerelaterte faktorer som skoleklima, skole-tilknytning og foreldreinvolvering i skolen kan ha betydning for skolevegring. Inglés m.fl. (2015) viser for øvrig til at det som kjennetegner skolevegring, er at det kan ramme alle grupper barn og unge, men at det gjerne oppstår i overgangsperioder, f.eks. i overgangen mellom klasser eller skolenivå.

Skolefravall kan sies å være beslektet med skolevegring, men i norsk sammenheng knyttes fravall til elever i videregående skole. Ifølge De Witte m.fl. (2013) har forskningen om skolefravall forklart fenomenet ut fra individuelle eller familiære faktorer (holdninger, evner/ressurser, foreldres utdanning, sosioøkonomisk status etc.), ut fra egenskaper ved skolen eller elevmiljøet (f.eks. foreldreinvolvering, lærertetthet og sosialt miljø) og etter hvert også med bakgrunn i bredere kontekstuelle forklaringer (nabolag, vennenettverk, arbeidsmarkedet etc.).

Vi ser av tabellen på neste side at faglige evner og engasjement er viktige individuelle risikofaktorer for skolefravall. Videre ser vi også at familiebakgrunn i form av sosioøkonomisk status og sosial kapital spiller en rolle. Betydningen av både individuelle evner og familiære ressurser finner vi også i en norsk undersøkelse av Byrhagen m.fl. (2006). Her fremgår det at både elevenes egne faglige forutsetninger (tidligere karakterer) og foreldres utdanning har mye å si for elevenes tilbøyelighet til å slutte skolen. Av tabellen over ser vi i tillegg at kvaliteter ved skolen spiller en rolle. Dette innbefatter bl.a. lærertetthet, lærerkvalitet og skoleklima.

De Witte m.fl. (2013) viser til at det er en økende forståelse for at skolefravall er et komplekst og flerdimensjonalt fenomen, og at alt fravall ikke

Tabell 5.3 Risikofaktorer for frafall/dropout fra skolen. Kilde: De Witte m.fl. (2013)

Hovedfaktorer	Risikofaktorer på frafall/dropout av skolen
<b>Individuelle faktorer (psykologiske atferdsmessige og demografiske faktorer)</b>	Akademiske evner (jo bedre evner, desto lavere risiko) Behov for å ta opp igjen trinn/fag (hvis tilfelle, høy risiko) Utdannings- og yrkesambisjoner (jo høyere ambisjoner, desto lavere risiko) Engasjement (mangel på), målt som fravær eller disiplinproblemer (jo mer fravær eller disiplinproblemer, desto høyere risiko) Arbeid ved siden av skole (gitt et visst omfang og visse typer arbeid) Språkbakgrunn (fremmedspråklige har høyere risiko) Funksjonshemming Kjønn, etnisitet og immigrasjonsstats (blanda funn)
<b>Familiære faktorer</b>	Sosioøkonomisk status (jo lavere, desto større risiko) Sosial kapital i form av relasjoner mellom foreldre, andre familier og skolen (jo mer, desto mindre risiko) Foreldres utdanning (jo høyere, desto lavere risiko) Husholdningsinntekt (jo høyere, desto lavere risiko)
<b>Skolefaktorer</b>	Skoletype (offentlige skoler gir høyere risiko) Skoleressurser, lærertetthet (jo høyere, desto lavere risiko) Skolestørrelse (ingen effekt) Sosialt og akademisk klima (jo mer stimulerende, jo lavere risiko) Lærerkvalitet (jo høyere, desto lavere risiko) Lærer-elev relasjon (jo bedre, desto lavere risiko)
<b>Samfunnsfaktorer</b>	Kjennetegn ved nærmiljøet (jo mer negative trekk ved nærmiljøet, desto større risiko) Omfang av venner med skoleambisjoner (jo større andel, desto lavere risiko) Omfang av venner som dropper ut (jo større andel, desto høyere risiko) Muligheter i arbeidsmarkedet (jo strammere arbeidsmarked, desto lavere risiko)

nødvendigvis utgjør ett og samme fenomen. Forfatterne argumenterer derfor for å se de ulike forklaringsfaktorene i sammenheng. Det betyr for det første at frafall må forstås som et resultat av flere sammenkoblede faktorer, f.eks. mismatch mellom individuelle egenskaper og egenskaper ved skolen. For det andre betyr det at frafall fra videregående kan ha årsaker som strekker seg langt tilbake i tid, f.eks. til omsorgssituasjon og tidligere skolerelasjoner.

### Søvnmangel/søvnforstyrrelser

Et tema som ikke tas opp i den opprinnelige ICS-modellen, er barn og unges behov for søvn. Søvn kan imidlertid betraktes som et grunnleggende behov på linje med andre grunnleggende behov som ernæring og trygghet. Dette temaet har spesielt blitt satt på dagsorden i forbindelse med ungdommens bruk av elektroniske medier.

En litteraturgjennomgang av Sørensen (2003) viser at akutt og kronisk søvnmangel er nært forbundet med læring og kontroll av følelser og atferd. Ugunstige søvnvaner og uheldig døgn-

rytme hos ungdom kan ifølge forfatteren hemme skolearbeid. Videre fremgår det at barn og unge som sover lite, har høyere forekomst av psykiatriske symptomer, og endringer av innsovningstid kan være første biologiske symptom på depresjon. Stadig skifte av døgnrytme (i ukedager og helger) gir ifølge forfatteren problemer både med tanke på skole, jobb og alminnelig sosialt liv, og kan bidra til alvorlig depresjon.

Bartel m.fl. (2014) har gjennomført en metaundersøkelse av ungdoms søvnvaner. Undersøkelsen omfatter i alt 41 ulike studier med ungdom i alderen 12-18 år. Analysen tar for seg tre søvnindikatorer: leggetid, innsovningstid (tiden fra man legger seg til man sovner) og søvnens varighet. Resultatet viser for det første at god søvnhygiene og fysisk aktivitet (bl.a. regelmessige sengerutiner, unngå tobakk/alkohol/kaffe før leggetid, unngå aktiviteter før leggetid) er assosiert med tidlig leggetid. For det andre viser undersøkelsen at søvnhygiene og foreldrebestemte leggetider økte søvnlengden, mens søvnlengden ble redusert ved bruk av elektroniske medier (før leggetid) og under dårlig familieforhold. For det tredje viser den at både søvnhygiene og dårlige familieforhold øker tilbøyeligheten til å øke innsovningstiden.

En av undersøkelsene som inngår i metastudien, viser også at mye av sammenhengen mellom dårlig søvnhygiene og søvnvansker i stor grad kunne forklares med bakgrunn i en desorganisert familiestruktur (Billows m.fl. 2009). En annen nyere undersøkelse som ikke inngår i metaundersøkelsen, konkluderer med at barn i familier med generelle regler og regelmessige leggerutiner, i større grad har tilstrekkelig med søvn, mens barn som benyttet elektroniske medier på soverommet (etter leggetid), i større grad hadde søvnmangler (Buxton m.fl. 2014).

## 5.2 Foreldres kapasitet

Domenet «foreldenes kapasitet» handler om hvordan foreldreatferd påvirker barnets fungering over tid. Her har vi spesielt sett på hvilke risiko-

faktorer som påvirker foreldrenes evne til å ivareta barnas behov, eventuelt beskyttelsesfaktorer som har en kompensereende virkning. Bak foreldrekapasitet finner vi risiko knyttet til dysfunksjonelle familier. Dysfunksjoner handler om konsekvenser av vold, psykisk helse, kriminalitet og foreldre med traumer. Vi har vært inne på flere av disse faktorene i avsnittet over, enten som risiko- eller beskyttelsesfaktorer for barnets utvikling. I denne delen utdypes de ulike egenskapen ved foreldrene ytterligere.

### Risiko - vold

En litteraturgjennomgang av Holt m.fl. (2008) viser at barn som eksponeres for vold i hjemmet, er i risiko for en negativ utvikling, inkludert det å selv bli voldsutøver eller utsatt for vold. Undersøkelsen viser samtidig at dersom den voldsutsatte har tilgang til en trygg omsorgsperson, utgjør det en betydningsfull beskyttelsesfaktor når det gjelder å utvikle traumer og stress. En annen beskyttelsesfaktor er å ha tilgang på støttende søsken eller positive venner. Sterk selvfølelse og lokuskontroll (tro på at man kan påvirke omgivelsene) er også viktige beskyttelsesfaktorer for barn utsatt for vold.

En rapport fra NOVA har også tatt for seg forekomsten av vold mot barn og unge samt risikofaktorer for at barn utsettes for vold (Mossige og Stefansen 2016). Rapporten viser at det er en tydelig kobling mellom dårlige levekår og det å være utsatt for grov vold. Videre fremgår det at det er visse grupper som utsettes for mer vold enn andre. Dette er barn og unge fra familier med ikke-vestlig bakgrunn, unge i familier med dårlig råd og unge som har foreldre med alkoholproblemer. Det fremgår også av rapporten at vold mellom foreldre også øker sannsynligheten for at barna utsettes for vold.

### Risiko - psykisk helse i familien

Barlow m.fl. (2014) viser til at foreldres psykiske fungering har betydning for foreldrenes omsorgsevne. Bl.a. vises det til at deprimerte mødre er mindre følsomt innstilt til sine spedbarn, mindre

bekreftende og mer fornektende i forhold til spedbarns erfaringer. Videre vises det til at barn med depressive foreldre har en dårligere kognitiv utvikling og større risiko for senere psykiske plager.

En litteraturgjennomgang av LeFrançois (2010) viser at dårlig mental helse hos far ikke entydig representerer en risiko for at barna utvikler psykiske helseproblemer på kort sikt. På lengre sikt ser det imidlertid ut til å være en økende sannsynlighet for å utvikle depresjon og flere andre psykiske plager. De negative virkningene av fars mentale helseproblemer blir imidlertid forsterket av andre forhold som konfliktfylte samliv, samt sosiale og økonomiske problemer (fattigdom, sosial isolasjon, diskriminering og stigma). Undersøkelsen viser også at resiliens forsterkes ved å gi barna informasjon om omsorgspersonens sykdom. Forklaringen er at dette gir forståelse og muligheter for å unngå dysfunksjonelle reaksjoner. Sweeney og MacBeth (2015) har også undersøkt betydningen av fedrenes depresjon på barn og unge. Her fremgår det at fars depresjon har en klar negativ virkning på barna, spesielt dersom helseplagene er rundt fødselen og i overgangen til ungdomstiden. Mye av det som forklarer sammenhengen, er fars negative uttrykksformer, fiendtlighet og konflikt.

### Risiko - rus i familien

Park og Schepp (2015) har tatt for seg hvordan foreldres drikkeproblemer direkte og indirekte påvirker barna. En hovedkonklusjon er at barn som vokser opp i familier med rusproblemer, har økt sannsynlighet for både psykiske helseproblemer, avvikende atferd (eksternalisert eller internalisert), læringsvansker og lav sosial kompetanse, depresjon, angst, tanker om selvmord, rusmisbruk og antisosial atferd. Disse virkningene kommer til uttrykk på ulike måter avhengig av barnets alder. Virkningene på ulike alderstrinn er oppsummert i tabell 5.4.

Tabellen viser at dårlig selvregulering og eksternalisert atferd er to konsekvenser for de minste barna. Blant større barn, ungdom

og unge voksne, ser vi at konsekvensene både er eksternalisert atferd, internalisert atferd (angst, depresjon) og svak kognitiv evne/lærings-evne. Hos barn i alderen 6-12 år finner vi også dokumentert ulike mentale forstyrrelser og lav sosial kompetanse. Blant ungdom er det flere konsekvenser, deriblant problemer med skole/læring og ulike former for atferd som risikoatferd, lovbrudd og antisosial fremferd.

Tabell 5.5 oppsummerer de risiko- og beskyttelsesfaktorene som Park og Schepp (2015) omtaler i sin litteraturgjennomgang av foreldre med rusproblemer. Oversikten skiller mellom individuelle faktorer, faktorer som beskriver forholdet mellom barna og foreldrene, egenskaper ved familien og det sosiale nivået (andre sosiale forhold i omgivelsene).

På individnivå utgjør iboende egenskaper som kjønn og alder både en risiko og beskyttende faktorer. Alder innebærer at ungdom ser ut til å være mer robuste overfor rusmisbruk i familien enn yngre barn. Det fremgår imidlertid ikke av litteraturgjennomgangen hvorvidt dette avhenger av hvor lenge en ungdom har vært utsatt for eksponering. Spørsmålet er med andre ord hvorvidt ungdom er mer robuste fordi eksponeringen først skjer når de er ungdom (og at ungdom er mer robuste enn små barn når eksponeringen oppstår), eller om det innebærer at barnet som vokser opp i rusfamilier blir mer robuste over tid.

Kjønn er ikke en risikofaktor i seg selv, men ifølge Park og Schepp (2015) har kjønn betydning for utfallet av å vokse opp i rusfamilier. Gutter utvikler i større grad eksternalisert atferd og jentene internalisert atferd.

Ut over de iboende egenskapene viser oversikten at det å vokse opp i rusfamilier har negativ innvirkning på barns selvfølelse, evne til selvregulering og temperament. Samtidig fremgår det også at barn ikke nødvendigvis utvikler negative psykiske trekk, men lærer seg å håndtere det å vokse opp i rusfamilier. Det fremgår imidlertid ikke av undersøkelsene hvorfor

Tabell 5.4 Konsekvenser for barn og unge av å vokse opp i rusfamilier. Kilde: Park og Schepp 2015.

	Småbarn (12-48 mnd)	Barn (6-12 år)	Ungdom (13-18 år)	Voksne (over 18 år)
Dårlig selvregulering				
Eksternalisert atferd				
Depresjon/angst (internaliserte atferd)				
Lave kognitive evner/læringsevne				
Mentale forstyrrelser (ADHD, tics mm)				
Lav sosial kompetanse				
Dårlig skoletilknytning				
Lav kompetanse				
Selvmoordstilbøyelighet				
Spiseforstyrrelser				
Risikoatferd, lovbrudd og antisosial fremferd				
Lav selvoppfatning/selvfølelse				
Avhengighet (kjemisk)				
Sosial angst				
Tilknytningsvansker				
Skamfølelse				

noen barn utvikler slike evner og andre ikke. Men det er rimelig å anta at det både kan handle om at barn har ulike biologiske forutsetninger, og at de har ulik støtte i familie og omgivelser. Med andre ord er det rimelig å anta at beskyttelsesfaktorer knyttet til familien eller omgivelsene for øvrig, kan forklare hvorfor noen utvikler individuelle beskyttelsesfaktorer.

Det å vokse opp i rusfamilier påvirker både kognitive evner og læringsevnene negativt. Her finner imidlertid Park og Schepp (2015) at resultatene fra ulike undersøkelser spriker. Mens enkelte undersøkelser finner at barn i rusfamilier har klart dårligere kognitive evner/læringsevner, viser andre at det ikke er noen sammenheng. Forfatterne utdyper ikke hva som kan være årsaken til disse sprikende resultatene.

Egenskapene ved foreldre og familien for øvrig utgjør naturlig nok en stor risikofaktor hos barn som vokser opp i rusfamilier. Dette fordi rusmisbruk generelt forstyrrer utøvelsen av den naturlige foreldrerollen, herunder at relasjonen mellom barna og foreldrene svekkes, samt at enkelte barn tar på seg foreldrerollen. Det fremgår også av oversikten at rusmisbruk kombinert med vold eller psykiske helseproblemer, øker risikoen for negative følger for barna.

Litteraturen viser samtidig til at det også finnes beskyttende faktorer hos barn som vokser opp i rusfamilier. For det første viser det seg at én av foreldrene kan motvirke de negative virkningene av rusmisbruk i familien, ved å ivareta foreldrerollen på en god måte. For det andre viser enkelte undersøkelser at familieklimaet kan være godt til tross for rusproblemer. Dette virker i så fall som en

Tabell 5.5 Risiko- og beskyttelsesfaktorer hos barn og unge som vokser opp i rusfamilier.

Kilde Park og Schepp (2015)

	Faktorer	Risiko	Beskyttelse
Individuelt nivå	Alder	Barn er mer sårbare for foreldres alkoholmisbruk enn ungdom (ungdom er mer resiliente).	Ungdom ser ut til å være mer resiliente overfor foreldres alkoholmisbruk enn barn.
	Kjønn	Jenter er mer sårbare for å få internaliserte problemer, men gutter har større tilbøyelighet til å vise eksterne problemer.	
	Selvfølelse	Barn i rusfamilier har lavere selvfølelse enn andre barn.	Resiliente barn i rusfamilier kjennetegnes av å ha god selvfølelse.
	Selvregulering	Barn i rusfamilier har generelt dårligere evne til selvregulering enn andre barn.	Dersom barn i rusfamilier har god evne til selvregulering forhindrer dette negativ atferd.
	Temperament	Barn i rusfamilier har generelt et vanskelig/negativt temperament.	Resiliente barn har et mer fleksibelt og positivt temperament. Optimistiske holdninger er en beskyttelsesfaktor.
	Læring og kognitive evner	Enkelte studier finner at kognitive evner og læring er dårligere hos barn i rusfamilier, mens andre undersøkelser ikke finner noen forskjeller mellom barn i rusfamilier og andre barn.	
Foreldre	Foreldre-barn relasjon	Foreldres alkoholbruk fører til dårligere relasjoner mellom foreldre og barn, dårligere kommunikasjon og mindre tillit. Dårlige relasjoner mellom barn og foreldre er også relatert til depressive symptomer hos ungdom som har vokst opp i rusfamilier.	Dersom en av foreldrene er i stand til å ivareta foreldrerollen, utgjør det en beskyttelsesfaktor mot det å vokse opp i familier med rusmisbruk. En positiv foreldrestil (konsekvent, passe disiplin, kontroll og varme) motvirker tilbøyeligheten til å utvikle internalisert eller eksterne atferd hos barna.
	Barn som pårørende	I rusfamilier vil barn/ungdom ha en tendens til å overta foreldrerollen (for søsken, foreldre, husholdet etc.). Resultatene indikerer at det å ta på seg foreldrerollen har en negativ virkning på utviklingen, herunder negativ selvfølelse, sosial isolasjon og følelsesmessige forstyrrelser.	Barn/ungdom i rusfamilier som har en positiv selvfølelse, opplever i mindre grad å ickle seg pårønderollen.
Familie	Omfang av alkoholisme i familien	Jo flere i familien (begge foreldre eller andre familiemedlemmer) som er avhengig av rusmidler, jo større sjanse for at barna utvikler psykiske helseproblemer, har dårligere kognitive evner/læringsevne og utvikler eksterne atferd.	Et positivt familieklime (samhold) utgjør en beskyttelsesfaktor for barn i rusfamilier (reducerer tilbøyeligheten til å utvikle eksterne og internalisert atferd samt sosiale problemer)
	Vold og konflikter	Alkoholproblemer i kombinasjon med vold i familien har en ytterligere negativ virkning på barna. Voldsbruk kan forklare sammenhengen mellom foreldrenes rusproblemer og konsekvenser for barna.	Tilgangen på et tillitsfullt familiemedlem utgjør en beskyttelsesfaktor for barna (sannsynligvis fordi denne ivaretar foreldrerollen eller utgjør en støtte på andre måter).
	Komorbiditet	Foreldre med både psykiske helseproblemer og et alkoholproblem, øker risikoen for skadelige virkninger enn dersom det bare er et rusproblem i familien	Eldre søsken, støttende besteforeldre og støttende venner kan utgjøre en beskyttende faktor.

<b>Sosialt nivå</b>	Sosial støtte	Sosial støtte virker beskyttende på negative konsekvenser ungdom har av å vokse opp i rusfamilier. Dette kan f.eks. være lærere, venner, venners foreldre eller andre eldre mentorer. Disse bidrar til å bygge opp selvfølelse, selvtillit og stimulere til læring.
---------------------	---------------	---

beskyttende faktor overfor barnet. For det tredje vil støtte fra andre familiemedlemmer eller andre personer i omgivelsene kunne motvirke negative virkninger av å vokse opp i rusfamilier.

### Risiko - skilsmisse

Leon (2003) har sett på litteratur som omhandler betydningen av skilsmisse for barns utvikling. Selv om de fleste opplever stress rundt skilsmisse og en periode etter, klarer de aller fleste seg godt etter en skilsmisse. Risikofaktorene som likevel kommer frem, er at skilsmissen svekker foreldre-rollen (færre krav, dårlig kommunikasjon, mindre varme, inkonsekvent disiplin og mangel på kontroll), det oppstår konflikt mellom foreldre, og at barnet mister kontakt med den utflyttede (far). Barn som vokste opp i hjem og skolemiljø som var preget av varme, struktur og klare regler, hadde mindre sjanse for å utvikle problemer.

En annen artikkel av Hines (1997) ser også på betydningen av samlivsbrudd på barnas utvikling. Utgangspunktet er at for noen barn leder skilsmisse til en positiv utvikling, mens for andre er den negativ. Hovedkonklusjonen er at gode relasjoner mellom foreldre etter skilsmissen bidrar til å redusere sannsynligheten for en negativ utvikling for barna.

### Risiko - barn som pårørende

Barn som pårørende er i en situasjon der rollemønstret er endret i familien, og der barna ivaretar voksenfunksjoner. I engelskspråklig litteratur benyttes begrepene *parentification* eller *young carers*. For enkelthets skyld brukes begrepet *parentifisering* her. Det skiller mellom adaptiv og destruktiv parentifisering. Det er den

destruktive parentifisering som i første rekke representerer en risikofaktor (Haugland 2006).

En metaanalyse av Hooper m.fl. (2011) har undersøkt sammenhengen mellom parentifisering og psykiske helseplager. Undersøkelsen viser at det er en svak, men signifikant sammenheng mellom parentifisering og psykiske helseplager hos barnet/ungdommen.

En artikkel av Haugland (2006) viser til at parentifisering kan ha både negative og positive konsekvenser. Her trekkes det et skille mellom destruktiv parentifisering som gir negative effekter, og adaptiv parentifisering som kan gi positive resultater. I en enkel litteraturgjennomgang peker også East (2010) på en faglig diskusjon mellom de positive og negative virkningene av parentifisering. På den ene siden vises det til flere typer positive virkninger som f.eks. selvtillit og det å oppleve å være betydningsfull (gjelder i hovedsak omsorg for mindre søsken). Oversikten til East (2010) viser også til flere undersøkelser som ser på de negative konsekvensene. Her vises det til at barn/unge som har store omsorgs- eller praktiske oppgaver, samt at parentifiseringen foregår over lang tid, er assosiert med stress, depresjon, dårlige skoleprestasjoner og skole-dropout.

Parentifisering kan betraktes som en konsekvens av andre dysfunksjonelle familieforhold som alkoholisme, psykisk helse, skilsmisse eller dødsfall. Parentifisering er således å betrakte som en forklarende mekanisme, dvs. en mekanisme som forklarer hvorfor f.eks. rusmisbruk og psykiske lidelser hos foreldre kan gi negative virkninger for barna.



## Generasjonsoverføringer av risiko

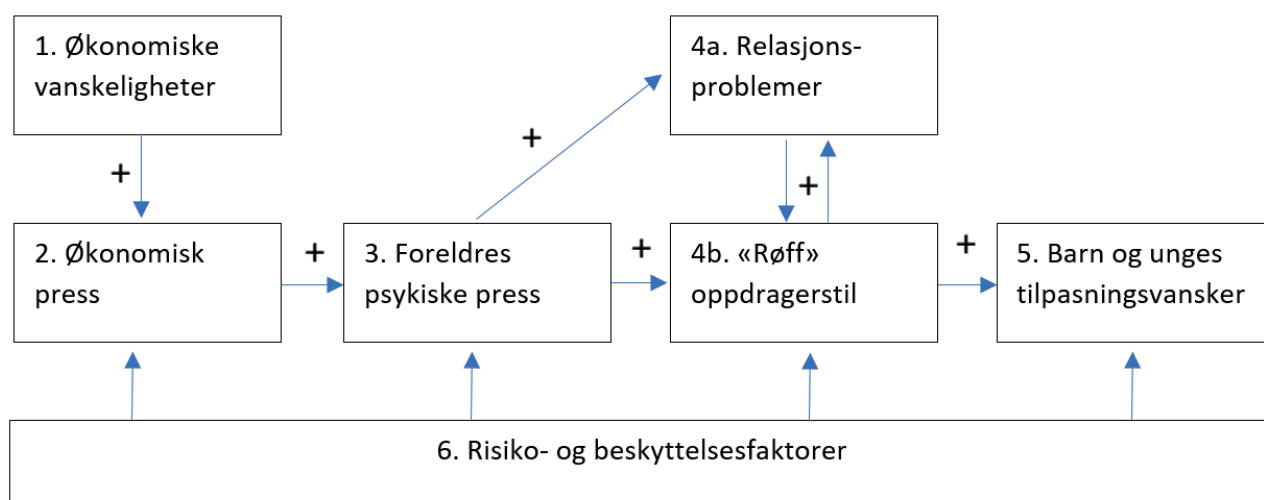
Det finnes flere longitudielle undersøkelser som har vist til sammenheng mellom omsorgssvikt hos mor og helsemessige eller atferdsmessige konsekvenser hos barnet. Det betyr at omsorgssvikt eller overgrep i barndommen ikke bare påvirker helsen/atferden til offeret direkte, men utgjør også en risikofaktor for offerets barn i flere tiår etter at de har vært utsatt for overgrep/ omsorgssvikt. Berlin m.fl. (2011) viser at fysiske overgrep mot mor predikerte direkte sårbarhet hos barnet, og at denne sammenhengen kan forklares med mors sosiale isolasjon og aggressive atferd. En annen undersøkelse av Roberts m.fl. (2014) viser at barn som vokser opp med en mor som har vært utsatt for overgrep, hadde større sannsynlighet for å starte å røyke og utvikle overvekt og fedme i ungdomsalderen. En tredje studie av Plant m.fl. (2013) viser at barn av mødre som både hadde vært utsatt for omsorgssvikt og fødselsdepresjon, hadde større sannsynlighet for å bli utsatt for omsorgssvikt eller psykiske plager. Barn av mødre som enten bare hadde opplevd omsorgssvikt eller svangerskapsdepresjon, hadde ikke økt sannsynlighet for omsorgssvikt/psykiske plager. En tilsvarende studie av Enlow m.fl. (2016) viser at barn av foreldre som opplevde omsorgssvikt i barndommen, hadde økt risiko for å utvikle psykiske plager. Ifølge forfatterne utviklet barna symptomer allerede i 7-årsalderen. Noe av forklaringen var at mødre utsatt for omsorgssvikt opplevde økt stress og mindre sosial støtte, noe som igjen påvirker omsorgen for egne barn negativt. Alle disse studiene understreker at risikofaktorene ikke nødvendigvis kan knyttes til barnet direkte, men at det også kan relateres til tidligere generasjoner. Implikasjonene av dette vil være at beskyttelsesfaktorene (herunder helsehjelp) ikke bare må knyttes til barnet, men også til foreldrene. De nevnte studiene viser alle til at generasjonsoverføringen foregår via foreldres helse eller atferd. I den sammenheng må det også tas med at risiko kan overføres mellom generasjoner via arv/gener og gjennom nevrologiske skader i hjernen.

## 5.3 Familie og miljø

Domenet «familie og miljø» innbefatter miljøforhold både i familien og i omgivelsene for øvrig. Dette dreier seg om familiestruktur, vennerelasjoner, egenskaper ved skolen og nærmiljøet for øvrig. Disse risiko- og beskyttelsesfaktorene vil kunne påvirke barn og unges utvikling direkte eller indirekte via relasjonen mellom barn og omsorgspersoner. Som et supplement til omtalen i forrige kapittel har vi her omtalt sosioøkonomisk status og andre familiebaserte faktorer. I tillegg har vi også kort omtalt betydningen av barnehage, skolens rolle og nærmiljøfaktorer.

### Sosioøkonomisk status

Det temaet som kanskje er mest studert som familiebasert risikofaktor, er familiens sosioøkonomiske situasjon. En rekke undersøkelser har vist at barn som vokser opp i fattigdom, er langt mer utsatt enn andre barn. Dette kommer til uttrykk i form av dårligere skoleprestasjoner, atferdsproblemer, dårligere helse, kriminalitet, rusbruk osv. (Sievertsen og Montgomery 2015). Et sentralt spørsmål har derfor vært hvilke mekanismer som ligger bak disse sammenhengene. Katz m.fl. (2007) peker på tre hovedforklaringer. Den ene handler om at fattigdom skaper stress som igjen påvirker foreldres omsorgsevne (stressteori). Bakgrunnen for denne stressteorien er undersøkelser som har vist en tendens til at fattige familier har en mindre støttende, mer inkonsekvent og mer disiplinerende oppdragerstil. Den andre forklaringen er at kulturelle særtrekk i familier med lav inntekt påvirker barnas utvikling (kulturteori). Den tredje forklaringen er at det ikke er den enkelte families økonomi som forklarer, men heller trekk ved nabolaget eller nærmiljøet. Ifølge forfatterne må nærmiljøteorien imidlertid betraktes som et supplement til stressteorien og kulturteorien. I tillegg til de tre forklaringsmodellene nevnt over, kan vi også legge til en fjerde som kalles familieinvesteringsmodellen (Conger og Donnellan 2007). Denne legger vekt på at familier med god økonomi har bedre



Figur 5.1 Økonomisk stressteori.

muligheter til å investere i barna enn familier med dårlig økonomi.

Masarik og Conger (2017) har utarbeidet en modell (se figur 5.1) som beskriver sammenhengene som inngår i stressteorien. I modellen ser vi først at det økonomiske presset (2) påvirker det psykiske presset på foreldrene (3). Det psykiske presset foreldre opplever, kan videre øke relasjonsproblemene mellom foreldre (4a) og påvirke oppdragerstilen (4b). Modellen viser også at relasjonsproblemer og oppdragerstil påvirker hverandre gjensidig. Med andre ord kan relasjonsproblemene resultere i en hardere oppdragerstil, mens oppdragerstilen igjen kan være opphav til relasjonsproblemene. Det er imidlertid oppdragerstilene (4) som til slutt antas å påvirke barn og unges tilpasningsvansker (5). Det er for øvrig flere risiko- og beskyttelsesfaktorer som kan påvirke sammenhengene i modellen. Bl.a. vil det å bo i et voldelig/rusplaget nabolag representere en ytterligere risikofaktor, mens sosial støtte til foreldre utgjør en beskyttelsesfaktor. Masarik og Conger (2017) viser at det er godt empirisk belegg for de sammenhengene modellen beskriver.

### Trekk ved familien

Bernard (1991) viser til tre beskyttende familie-faktorer som bidrar til resiliens hos barn:

a) omsorg og støtte, b) høye forventninger og c) oppmuntring til deltakelse/involvering. Ifølge Bernard (1991) viser de fleste studier av resiliente

barn at de har hatt mulighet til å knytte seg til minst en omsorgsperson (ikke nødvendigvis foreldre) som har gitt dem oppmerksomhet og omsorg de første leveårene. For øvrig viser forfatteren til at resiliente barn som vokser opp i fattigdom, også kjennetegnes av at foreldrene eller omsorgspersonenes har forventninger til dem, at de får ansvar, og at de deltar aktivt i familiens gjøremål. Winders (2014) viser til tre tilsvarende familierelaterte beskyttelsesfaktorer som bidrar til resiliens. Dette er trygg tilknytning til omsorgspersoner, høye forventninger og oppmuntrende støtte. I tillegg nevnes også religion som en beskyttende faktor i den forstand at religion tilbyr mennesker i vanskelige situasjoner en mening i livet.

Vi finner også at begrepet sosial kapital brukes om trekk ved familieforholdene. McPherson m.fl. (2013) har gjennomgått litteratur som tar for seg forholdet mellom sosial kapital og ulike atferds-messige og helsemessige konsekvenser for barn og unge. Det skilles her mellom sosial kapital knyttet til familien og sosial kapital i omgivelsene. Litteraturen som omhandler sosial kapital i familien, handler i stor grad om forholdet mellom foreldre og barn. Med bakgrunn i gjennomgangen trekker forfatterne tre hovedkonklusjoner:

- Barn og ungdom som lever i familier med to foreldre, har bedre psykososial helse (mental

helse, helseatferd og atferd) og trivsel (følelsesmessig, psykisk og sosialt velvære).

- Barn og ungdom som har positive relasjoner med sine foreldre og andre familiemedlemmer, har psykososial helse og psykososial trivsel.
- Foreldres kontroll/overvåking har generelt sett lite eller ingen betydning, men kan ha en viss betydning for ungdoms helseatferd (f.eks. bruk av rusmidler).

Ifølge forfatterne er den mest beskyttende familiebaserte sosiale kapitalen relasjonene mellom familiemedlemmene. Det betyr at barn og ungdom som har et positivt forhold til sine foreldre, har i større grad bedre mental helse, færre atferdsproblemer og bedre helsefremmende atferd (bedre kosthold, fysisk aktivitet, tannhelse og mindre overvektige).

Betydningen av å ha kontroll med barna/ungdommene ser ut til å ha blandet betydning. De ulike undersøkelsene viser både negative virkninger, ingen virkning og positive virkninger. Det er likevel en overvekt av resultater som viser en positiv innvirkning på ungdommenes risikoatferd spesielt, men ikke på andre utfall som mental helse, helsefremmende atferd eller generell trivsel.

## Søsken

Stormshak (2009) har tatt for seg betydningene av søsken som kontekst for overføring av både prososial og antisosial atferd. På den ene siden vil søskenrelasjoner bidra til å bygge kompetanse i selvregulering og følelsesmessig forståelse. På samme måte som gode relasjoner mellom barn og foreldre representerer en beskyttende faktor for andre risikofaktorer, vil gode søskenrelasjoner ha den samme virkningen. På den andre siden viser forfatterne til at søsken som kjennetegnes av antisosial atferd, rusbruk og konflikt, representerer en risikofaktor.

Dirks m.fl. (2015) viser også til at søskenrelasjoner både kan utgjøre en risiko- og beskyttelsesfaktor for utvikling av emosjonell og atferdsmessige dysfunksjoner. Bl.a. vises det til at søsken-

konflikter er assosiert med både eksternaliserte og internaliserte symptomer, og jo oftere det er konflikter, desto skadeligere er de. Samtidig pekes det på at noen konflikter er skadelige, mens andre heller bidrar til å bygge sosiale ferdigheter. Ifølge forfatterne er det en utfordring å skille skadelige fra ikke-skadelige konflikter. En indikasjon på skadelige konflikter er når de eskalerer til et nivå der det brukes tvang, og der utfallet skaper en klar vinner eller taper, eventuelt at konflikten ikke får noen løsning. På den andre siden vises det til at jo mer varme det er mellom søsken, desto mindre er sannsynligheten for utvikling av eksternalisert og internalisert atferd. Ifølge forfatterne viser også undersøkelser at gode søskenforhold kan ha en beskyttende virkning mot negative effekter (internalisert og eksternalisert atferd) av vanskelige sosiale forhold i familien eller med venner.

## Barnehagen

Det er to tema som går igjen i forskningen om barnehagen. Det første temaet er om barnehagen er skadelig for de yngste barna, og det andre temaet er hvorvidt barnehagen utgjør en beskyttende arena generelt og spesielt for utsatte barn.

Det første temaet har utgangspunkt i forskning gjennomført av Belsky (2001). Argumentet er at foreldres relasjon til barnet de første årene er avgjørende for barnets tilknytning og senere fungering. Det betyr at foreldrerelasjonen har større betydning for barnets utvikling enn det som kan oppnås gjennom selv en kvalitativt god barnehage. Denne forskningen støtter seg på grunnleggende tilknytningsteori og har også fått støtte i senere forskning. En litteraturgjennomgang av Huston m.fl. (2015) finner at barn som starter tidlig og har lange dager i barnehage, har mer eksternalisert atferd, har mer konflikt med lærere og lavere selvkontroll enn andre barn. I tillegg får denne litteraturen også støtte fra deler av hjerneforskningen som undersøker biologiske markører på stress i hjernen (Ahnert 2004, Roisman m.fl. 2009, Reunamo 2012). Ifølge denne forskningen er det spesielt de to første

årene at barn er mest sensitive for den omsorgen som gis (Perry 2006).

Annen litteratur finner imidlertid ingen eller små sammenhenger mellom tidlig plassering i barnehage og negative virkninger for barna (Jaffee m.fl. 2011, Zachrisson og Dearing 2016). Bl.a. konkluderer to norske undersøkelser med at de finner lite støtte for hypotesen om at plassering i barnehage (ved 18 måneder) fører til eksternaliserte problemer hos barnet (Lekhal 2012, Zachrisson m.fl. 2013). Annen litteratur viser til at barnehagene tvert imot har en beskyttende virkning (Killén 2013) og en positiv virkning på barns sosiale kompetanse og kognitive evner (NOU 2010:8). Spesielt kan det se ut som at visse kvaliteter ved barnehagen, bl.a. relasjonen mellom de voksne og barna, har en positiv virkning på barnas atferd og skolemodenhet (Engvik m.fl. 2014).

## Skolen

Skolen er en viktig arena i barn og unges omgivelser. Den er essensiell for læring, men vil også ha en viktig sosial funksjon. Det betyr at skolen generelt representerer en viktig beskyttelsesfaktor. Vi har imidlertid sett at manglende læringsutbytte er en risikofaktor for skolefravall. Tilsvarende vil mangelfullt sosialt miljø eller mangelfull sosial integrering være risikofaktorer for bl.a. psykiske helseplager.

Ifølge Bernard (1991) viser undersøkelser at skolen kan tjene som en beskyttende arena for barn som ellers er utsatt for risiko med alkohol, sykdom eller fattigdom i familien. Samtidig viser han at disse skolene kjennetegnes av tre egenskaper: 1) skolen bryr seg og gir støtte, 2) den har høye forventninger og 3) den legger til rette for deltakelse og involvering. Ifølge Bernard er dette kjennetegn som tilsvarer det vi finner i en beskyttende familie. Enkelte studier har også vist at opplevd skoletilknytning kan ha en beskyttende faktor for ulike utfall som selvmordstanker/forsøk (Whitaker m.fl. 2015), mobbing (O'Brennan m.fl. 2010) og risikoatferd generelt (Chapman m.fl. 2014).

En viktig risikofaktor som er knyttet til skolen, er mobbing. Generelt har dette sammenheng med at mye av mobbingen foregår i skolen. Den tradisjonelle litteraturen om mobbing har forklart mobbing som et resultat av individuell aggressiv atferd hos mobberen, noe som igjen relateres til oppdragerstil og familieforhold. Olweus (1992, 1997) bygger sin forståelse av mobbing på et individuelt perspektiv. Utgangspunktet her er en empirisk beskrivelse av det usikre og svake mobbeofferet, og mobberen som en aggressiv person med sterke behov for kontroll, dominans og makt. Karaktertrekkene til mobberen forklares ut fra ulike forhold i barndommen som fremmer aggresjon. Dette er mangelfull emosjonell omsorg, mangelfull grensesetting og bruk av fysisk avstraffelse. Olweus (1997) oppsummerer disse tre punktene med følgende: «... too little love and care and too much freedom in childhood are conditions that contribute strongly to the development of an aggressive reaction pattern». En fjerde faktor er barnet eller ungdommens medfødte temperament. I tillegg til disse fire faktorene viser Olweus (1992) også til relasjonen mellom de voksne i familien som en medvirkende faktor i barnets utvikling av aggressiv atferd.

Det finnes også flere undersøkelser som knytter mobbing til skolemiljøet. Bl.a. legger Migliaccio og Raskauskas (2015) til grunn et økologisk perspektiv for å forstå mobbing. Det innebærer at relasjonen mellom mobberen og den mobbede ses i lys av lag med strukturelle faktorer som igjen skaper kulturer der mobbing i ulik grad har mulighet til å få fotfeste. Et annet eksempel finner vi hos Schott og Søndergaard (2014). Her legges det vekt på at mobbing oppstår som en konsekvens av en kamp om posisjoner: «And the needs to fight for their positions within the group is one of the driving dynamics of bullying». Videre pekes det på at de egenskapene eller kjennetegnene som mobbingen retter seg mot (utseende, klær etc.) ikke er gitt, men skapes eller konstrueres som en del av prosessen hvor det kjempes om posisjoner. Enkelt sagt kan vi si at mobbingen ikke retter seg mot bestemte kjennetegn, men mot det som til enhver tid egner seg. Implikasjonene av dette er at alle i prinsippet kan involveres i

mobbing. Et tredje eksempel er Faris og Felmler (2014) som ved hjelp av nettverksanalyser viser hvordan kampen om sosiale posisjoner i skolens hierarki fremmer mobbing. Med andre ord viser disse studiene at mobbing ikke handler om personlige aggressive trekk ved mobberen, men heller om normer og sosiale strukturer i skolen.

Uavhengig av om mobbing forklares med individuelle eller sosiale faktorer, er de fleste likevel enige om at mobbing kan ha store konsekvenser for ofrene. En litteraturgjennomgang av Breivik m.fl. (2016) viser at det å bli mobbet gir et bredt spekter av helsekonsekvenser. I rapporten nevnes angst, depresjon, psykosomatiske plager, symptomer på posttraumatisk stress, selvmordstanker og selvmordsforsøk. I tillegg har det også vist seg at mobbing øker risikoen for selvskading (Claes m.fl. 2015, Brunstein 2016). Dette gjelder først og fremst om man er utsatt for mobbing, men også de som mobber har økt sannsynlighet for selvskading. En annen negativ konsekvens som nevnes i rapporten til Breivik m.fl. (2016), er at mobbing resulterer i dårlige skoleprestasjoner og økt fravær. Beskyttelsesfaktorene som nevnes, er personlig mestring av det å bli utsatt for mobbing og det å ha en støttende familie. Det fremgår også at venner kan utgjøre en beskyttende faktor, men her er resultatene noe mer sprikende.

### Risiko- og beskyttelsesfaktorer i nærmiljøet

Forskning på nærmiljøforhold har som regel vært opptatt av hva som kjennetegner marginaliserte nabolag, og betydningen dette har for barn og unges oppvekst. Gjennomgående viser litteraturen at trekk ved nabolaget har betydning for både akademisk og kognitiv utvikling, helse og sosiale forhold. I en litteraturgjennomgang viser Minh m.fl. (2017) at sosioøkonomiske forhold eller fattigdom er den mest studerte nabolagsfaktoren. I alle de gjennomgåtte undersøkelsene finner de at det er en sammenheng mellom fattigdom i nabolaget (kontrollert for individuell sosio-økonomisk status) og helsetilstand. Studier av etniske eller kulturelle skiller i nabolaget viser imidlertid blandede resultater. To av fire studier

viser at høyere konsentrasjon av immigranter og språklige minoriteter faktisk har en positiv betydning for barnas utvikling. De to andre undersøkelsene – hvorav en er norsk – viser imidlertid motsatt tendens. Litteraturgjennomgangen tar også for seg såkalte moderatorer som forklarer sammenhengen mellom nabolagskarakteristika og helseutfall. Gjennomgående viser disse studiene at familiære forhold kan forklare mye av sammenhengen, dvs. foreldres psykiske helse, foreldres stimulering av barna, foreldrestil og læringsfasiliteter.

Minh m.fl. (2017) viser også at kollektiv mestringsstro i nabolaget (felles normer, tillit og positive forventninger til nabolaget) har en positiv virkning på barns utvikling, men bare i marginaliserte områder. Tilsvarende viser Nadan m.fl. (2015) i en litteraturgjennomgang av forskning om nabolagets betydning for forekomsten av omsorgssvikt, at nabolag med sterk sosial organisering og lav grad av kollektiv mestringsstro reduserer forekomsten av omsorgssvikt. Motsatt, ved svakere sosial organisering, noe som kjenner seg ut i marginaliserte områder, øker forekomsten av omsorgssvikt. En av forklaringene på denne sammenhengen er fravær av et kollektivt ansvar for barna.

Sosial organisering av nabolaget knyttes gjerne til begrepet sosial kapital. Almedom (2005) har sett på 12 undersøkelser som har tatt for seg forholdet mellom sosial kapital i nærmiljøet og mental helse. Av disse handler fire om ungdom. I alle fire undersøkelsene vises det til at sosial kapital kan ha positive virkninger på ungdoms utvikling. En av undersøkelsene peker også på at et støttende nærmiljø (sosial kapital) kan veie opp for lav støtte fra familien. En annen undersøkelse viser til at sosiale strukturer bidrar til å sosialisere ungdom, som igjen kompenserte for manglende foreldrekontroll. En tredje studie viser til at barns mentale helse og atferdsproblemer var assosiert med uformell sosial kontroll i nabolaget.

En nyere litteraturgjennomgang av McPeherson m.fl. (2013) har også tatt for seg sosial kapital i nærmiljøet og betydningen dette har for ulike

atferdsmessige og helsemessige konsekvenser for barn og unge. Forfatterne oppsummerer resultatene i følgende tre punkter:

- Sosialt støttende nettverk er assosiert med bedre mental helse, færre atferdsproblemer og mer helsefremmende atferd. I noen tilfeller kan imidlertid sosialt støttende nettverk bidra til økt risikofylt helseatferd.
- Involvering i ulike samfunnsengasjement og aktiviteter (herunder religiøse grupper) har en positiv innvirkning på barn og unges helse, atferd og trivsel.
- Systematisk støtte fra, og kvaliteten på skolen og nabolaget er assosiert med bedre helse og trivsel blant barn og unge.

Det første punktet peker i hovedsak på at sosiale nettverk har en positiv betydning i seg selv, men at noen støttende nettverk kan ha en atferd som bidrar til økt risikofylt helseatferd. Dette kan f.eks. være miljøer preget av rusmidler. Det vises også til at betydningen av å delta i religiøse grupper handler mest om den sosiale deltakelsen, ikke tro i seg selv. Gjennomgangen viser også at det er en del studier som har dokumentert sammenhengen mellom nærmiljø-/skolekvalitet og barn og unges generelle helse og trivsel.

Begrepet *community resilience* er også nært knyttet til begrepet sosial kapital. Ungar (2011) definerer det som sosial kapital, fysisk infrastruktur og kulturelle trekk i lokalsamfunnet. En underliggende antakelse her er at de fleste individer er bare så vellykkede som deres lokalsamfunn er som helhet, og at denne suksessen avhenger av de ressursene lokalsamfunnet har. Ungar viser til Obrist m.fl. (2010) som hevder at lokalsamfunnet spiller en nøkkelrolle i å strukturere enkeltindividers verden, og resiliens er mulig å oppnå ved å utnytte mulighetene lokalsamfunnet tilbyr. Det er videre fire ulike typer av kapital som spiller en rolle i å sikre disse mulighetene: humankapital (muligheten for å arbeide, helse og kunnskap), sosial kapital (nettverk, grupper og tillit), naturkapital (land, vann og friluft), fysisk kapital (transport, bolig og energi) og finanskapital (sparing og kreditt).

Gjennomgangen til Ungar fokuserer på sosial og fysisk kapital. Resiliente lokalsamfunn kjenne-tegnes av en romlig integrering av arbeid, lekeområder og leveområder for øvrig, dvs. at det finnes arenaer og områder hvor mennesker kan møtes. I tillegg vektlegges nær tilgang til ulike tjenester som skole, helsetjenester og andre fritidsaktiviteter. Fysisk tilrettelegging av områder og institusjoner er videre et grunnlag for sosial kapital i form av sosiale nettverk, gjensidighet, tilbøyelighet til å yte hjelp samt tillitsrelasjoner. Ut over dette legger Ungar også vekt på utformingen av et lokalt tjenestetilbud og kvaliteten ved dette. Slike kvalitetstrekk er koordinerte tjenester, at tjenestene kan ha en varighet over tid, og at de er samlokaliserte. Samtidig legger dette igjen til rette for utforming av et mer tilpasset tilbud som både ivaretar universelle helsefremmende satsinger, tidlig innsats, krisehåndtering, mer spesialisert helsehjelp og et helhetlig tilbud til de med mer komplekse behov. Ungar betrakter dermed det offentlige tjenestetilbudet som en del av (og ikke noe som er utenfor) den lokale kollektive sosiale strukturen som fremmer sosial kapital og lokalbasert resiliens.

## 5.4 Risikooppnopning

Det finnes en rekke undersøkelser som har sett på betydningen av risikooppnopning eller kumulativ risiko på ulike typer utfall (helse og atferd). Denne typen forskning bygger på tre antakelser. For det første at jo flere risikofaktorer barn eller unge eksponeres for, desto større er sjansen for uheldig utfall. For det andre antas at typen risiko er av underordnet betydning, og at det er antallet risikofaktorer som betyr noe for utfallet. For det tredje er det en antakelse at oppnopning av risiko vil fortrenge eventuelle effekter av beskyttelsesfaktorer som er tilstede. Det kan også legges til at det i begrepet kumulativ risiko ligger en forståelse om at ulike risikofaktorer bygger på hverandre over tid, og at en risikofaktor øker sannsynligheten for nye risikofaktorer. I litteraturen finner vi både studier som undersøker samtidige risikofaktorer og risikofaktorer som akkumuleres over tid.

En av de tidlige undersøkelsene på dette feltet ble gjennomført av Felitti m.fl. (1998). Denne viser at barn ofte var utsatt for flere former for omsorgsvikt. Blant barn som var registrert med én type overgrep, var det samtidig fra 60 % til 95 % sannsynlig at det samme barnet var utsatt for en annen type overgrep. Forfatterne konkluderer også med at betydningen av overgrepene har en sterk og kumulativ negativ virkning på barnas helsestatus. Senere undersøkelser fra samme miljøet har vist tilsvarende negative konsekvenser på barnas psykiske helse (Edwards m.fl. 2003) og på utviklingen av tyngre depressive lidelser (Chapman m.fl. 2004).

Det framgår også av en dansk undersøkelse at utsatte barn (7 åringer) ofte har mange ulike risikofaktorer (Christensen 2006). I rapporten tar forfatteren utgangspunkt i fire ulike grupper utsatte barn. Dette er:

- Barn som har konflikter med jevnaldrende
- Barn i familier med samlivsbrudd, der mor har vært mishandlet
- Barn i familier hvor mor har depressive symptomer
- Barn som behersker dansk dårlig, herunder barn som mistrives på skolen.

Innenfor alle disse fire gruppene er det en stor del barn med mange vanskeligheter. Blant disse er det bl.a. en massiv overvekt av ressursvake foreldre. Det er også slik at utsatte barn ikke har noen fritidsinteresser, men bruker mye tid foran fjernsynet, og de gjør også færre aktiviteter sammen med sine foreldre.

De fleste undersøkelsene av risikoppbygning måler risiko på flere nivåer, dvs. individuelle risikofaktorer (f.eks. temperament), familiære risikofaktorer (f.eks. økonomi og omsorgsevne), sosiale faktorer (f.eks. vennerelasjoner) og nærmiljøfaktorer (f.eks. sosial kapital). Det er likevel slik at disse undersøkelsene primært legger vekt på betydningen av antall risikofaktorer, uavhengig av hvilke risikofaktorer som gjør seg gjeldende.

I en litteraturgjennomgang av Garbarino og Ganzel (2000) viser de bl.a. til en undersøkelse av sammenhengen mellom risikofaktorer på flere nivåer (fattigdom, enslige forsørgere, lav utdanning, rigid/straffende oppdragerstil, foreldres rusbruk og psykisk helse, samt familie-størrelse) og hvordan dette påvirker intelligensen hos 4-årige barn. Undersøkelsen viste at tilstedeværelsen av én eller to risikofaktorer ikke hadde noen vesentlig betydning på barnets IQ. Etter hvert som antall risikofaktorer økte, ble imidlertid den målte IQen redusert betraktelig. Først med tre risikofaktorer og ytterligere med fire eller flere risikofaktorer. Ifølge forfatterne viste denne undersøkelsen at det ikke nødvendigvis var et mål i seg selv å gjøre barns omgivelser risikofrie, men heller hindre akkumulering av ulike typer risiko.

På samme måte viser Kvello (2007) til at det vanligvis opereres med 3-4 risikofaktorer som en grense for når det er fare for barns utvikling. Kvello peker samtidig på at det ikke er uvesentlig hvor risikofaktorene oppstår. Bl.a. vises det til forskning som sier at opphopning av mange risikofaktorer innenfor én arena (f.eks. familien) gir dårligere prognoser enn få risikofaktorer på flere arenaer.

I en større britisk undersøkelse har Sabates og Dex (2012) undersøkt hvilken betydning ulike familiefaktorer har på nyfødte barns kognitive og atferdsmessige utvikling frem til 5 årsalderen. De skiller mellom nære og fjerne risikofaktorer. Nære familiefaktorer er avgrenset til forhold som påvirker relasjonen mellom barnet og foreldrene direkte. I den aktuelle undersøkelsen er dette depresjon hos foreldre, kronisk sykdom, røyking under graviditet, partnervold og ferdigheter. Fjerne familiefaktorer er andre egenskaper ved foreldre eller familien som kan ha betydning for de nære relasjonene (foreldres alkoholbruk, økonomiske vanskeligheter, arbeidsløshet og tenåringsmor). En antakelse er at de fjerne faktorene påvirker de nære. Undersøkelsen viser at det er 12-13 prosent av barna som er utsatt for tre eller flere risikofaktorer. Her fremgår det imidlertid at det oppstår negative effekter på

barnas kognitive og atferdsmessige utvikling allerede ved to risikofaktorer.

Oldfield m.fl. (2015) har undersøkt hvilken betydning kumulativ risiko har for å utvikle atferdsproblemer både i barndommen og i ungdommen. Med bruk av longitudinelle data viser undersøkelsen at jo flere risikofaktorer (kumulativ risiko) – uavhengig av hva slags risiko – desto mer øker atferdsproblemene. Dette gjelder både for barn og ungdom. Undersøkelsen viser også at sammenhengen er kurvelineær i den forstand at atferdsproblemene øker mer enn proporsjonalt med antall risikofaktorer.

En tredje finsk studie har undersøkt opphopning av risikofaktorer ved barnas fødsel (fødselsvekt, egenskaper ved mor og mors atferd, familie-situasjon og økonomi) og konsekvenser i form av rusbruk, atferdsproblemer og risikofylt seksuell atferd i ungdomstiden (Mason m.fl. 2016). Også denne viser en klar sammenheng mellom antall risikofaktorer ved fødselen og negative utfall i ungdomstiden. Ifølge forfatteren er undersøkelsen spesielt relevant fordi den finner de samme effektene innenfor et system med utstrakte velferdsordninger (Norden) som vi finner i systemer med mindre utbygde velferdsordninger (USA). Det betyr at den typen universelle velferdsordninger vi har i de nordiske landene, ikke nødvendigvis kompenserer for kumulativ risiko ved barns fødsel.

De tre sistnevnte undersøkelsene er primært opptatt av at det er antall risikofaktorer som har betydning for utfallet, det være seg kriminalitet eller voldelig atferd. Selv om de inneholder faktorer på både individ, familie og samfunnsnivå, sier ikke undersøkelsene noe om hvilke faktorer som betyr mye/lite, eller hvordan de påvirker hverandre innbyrdes.

Hummel m.fl. (2012) har i en litteraturgjennomgang undersøkt hvordan ulike risikofaktorer påvirker hverandre. Problemstillingen her er hvordan dårlig familiefungering og tidlig pubertet påvirker ungdoms risiko for bruk av rusmidler. Gjennomgangen viser for det første at det er

en sammenheng mellom dårlig familiefungering og tidlig pubertetsalder. Samtidig viser undersøkelsen at tidlig pubertet kombinert med dårlig familiefungering øker tilbøyeligheten til bruk av rusmidler. Generelt betyr det at ungdom som både har tidlig pubertet, og som har dårlige relasjoner til sine foreldre, er spesielt sårbare for å utvikle rusproblemer.

En undersøkelse av Malvaso m.fl. (2016) har også sett på hvordan ulike risikofaktorer samspiller. Problemstillingen her er hvorvidt barn utsatt for omsorgssvikt er mer tilbøyelige selv til å gjøre krenkende handlinger i ungdomstiden. Utgangspunktet for litteraturgjennomgangen er spørsmålet om dette skyldes omsorgssvikten i seg selv, eller hvordan det å være utsatt for omsorgssvikt spiller sammen med andre faktorer i oppveksten. En hovedkonklusjon er at tilbøyeligheten til å gjøre krenkende handlinger er en effekt av en rekke andre samvirkende faktorer, samtidig som det er et resultat av samspillet mellom omsorgssvikt og de andre faktorene. Andre samspillende faktorer er både individuelle, sosiale og kontekstuelle. Et hovedpoeng er at omsorgssvikten er opphavet til andre risikofaktorer (f.eks. lav utdanning) som igjen samspiller med kontekstuelle forhold (f.eks. nabolag).

Enkelte undersøkelser av risikooppbygging har også undersøkt hvorvidt ulike beskyttelsesfaktorer kan motvirke de negative effektene av risikooppbygging.

Gerard og Buehler (2004) har undersøkt hvorvidt risikooppbygging har innvirkning på ungdoms atferdsproblemer og psykiske helse (depresjon). Som i undersøkelsene over finner de at kumulativ risiko øker sannsynligheten for både atferdsproblemer og psykiske plager. Samtidig finner de også at skoleprestasjoner har en beskyttende eller kompenserende effekt på de negative virkningene av risikooppbygging. De samme resultatene finner vi i en nyere undersøkelse av Oldfield m.fl. (2016), men da avgrenset til elever med behov for spesialundervisning. Her konkluderes det med at skoleprestasjoner har en beskyttende virkning for barn som har stor risiko



for å utvikle atferdsproblemer, dvs. barn med risikoopphopning.

En tilsvarende longitudinell undersøkelse av Stoddard m.fl. (2013) viser på samme måte at risikoopphopning (kumulativ risiko) økte sannsynligheten for at ungdom senere blir involvert i voldelig atferd. I denne undersøkelsen har de samtidig undersøkt betydningen av beskyttelsesfaktorene og hvordan disse virker inn på risikofaktorene. Resultatene her viser for det første at jo flere beskyttelsesfaktorer, desto mindre sannsynlig var det at ungdommene ble involvert i voldelig atferd. Samtidig viser undersøkelsen at beskyttelsesfaktorene modererer den kumulative effekten av risikofaktorene, men bare for de med høy kumulativ risiko. Det betyr med andre ord at de beskyttende faktorene motvirker den negative virkningen av risikofaktorene.

## 5.5 Oppsummering

I dette kapitlet har vi primært tatt for oss oppsummeringslitteratur om risiko- og beskyttelsesfaktorer innenfor de tre domeneene i ICS-modellen. Gjennomgangen av litteratur knyttet til domenet «barns utvikling» viser at det er en rekke risiko- og beskyttelsesfaktorer som kan knyttes til barn og unges helse samt deres følelsesmessige utvikling og atferd. Dette innbefatter både individuelle faktorer, forhold knyttet til relasjonen mellom barn og foreldre og andre miljøfaktorer.

En viktig risikofaktor er de miljøpåvirkningene som oppstår allerede før barnet er født. Dette kan oppstå som følge av foreldres bruk av rusmidler, feilernæring eller stress. Nyere hjerneforskning har også vist at dette kan påvirke vitale deler av barnets hjerne.

Andre viktige risikofaktorer er knyttet til foreldrenes relasjon til barna. Barns behov for omsorg, trygghet og støtte vil i de første årene være sårbare for foreldrenes kapasitet. Foreldrekapasiteten svekkes igjen av foreldrenes atferd og helse. Viktige forhold som svekker omsorgsevnen, er foreldres bruk av rusmidler,

vold og overgrep og psykisk helse. Gjennomgående ser vi at dette påvirker relasjonen til barna negativt. Det fremgår også av litteraturen at jo flere risikofaktorer barna utsettes for, desto mer alvorlig er konsekvensene.

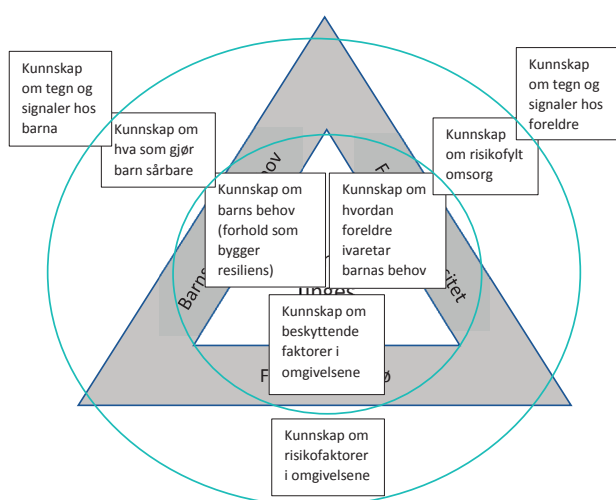
Konsekvensene for barna kommer til uttrykk på flere måter, men først og fremst i form av emosjonelle vansker og atferdsvansker. I tidlig alder kommer det primært til uttrykk gjennom internalisert og eksternalisert atferd. Blant ungdom kommer det til uttrykk i form av psykiske helseplager, rusbruk eller kriminell atferd.

Det fremgår også av litteraturen at det finnes en rekke beskyttelsesfaktorer. Beskyttelsesfaktorer vil i den sammenhengen være forhold som generelt fremmer en god utvikling for barnet, både følelsesmessig og atferdsmessig. Denne typen beskyttelsesfaktorer vil ofte handle om fravær av risiko, f.eks. god omsorg i motsetning til omsorgssvikt som følge av psykiske lidelser hos foreldre. Til forskjell vil det som fremmer resiliens, være faktorer som motvirker en risikofylt situasjon som barnet allerede står oppe i (dvs. en god utvikling til tross for risiko). Dette kan være individuelle kognitive trekk som f.eks. indrestyrt virkelighetsoppfatning, positivt selvbilde eller intelligens. Resiliens kan også være knyttet til relasjonen mellom barn og foreldre, f.eks. i form av at en av omsorgspersonene ivaretar omsorgen til tross for rusproblemer, psykiske helseproblemer o.l. En viktig beskyttelsesfaktor ser også ut til å være «den betydningsfulle andre». Dette kan være personer i familien (søsken, besteforeldre) eller andre støttende personer (en lærer, nabo o.l.). Til slutt vil vi også finne beskyttelsesfaktorer i omgivelsene, f.eks. i skolen eller i nærmiljøet for øvrig. Det betyr at disse arenaene ivaretar mange av de samme omsorgsfunksjonene som foreldrene eventuelt ikke gjør. Bernard (1991) viser bl.a. til skolens evne til å yte omsorg og støtte, skape forventninger til barnet og oppmuntre til deltakelse/involvering.

## 6. Systematisering av tegn og signaler på omsorgssvikt

Dette kapitlet inneholder en oversikt over tegn og signaler hos barn og foreldre på omsorgssvikt. I kapitlet har vi avgrenset oss til det vi har kalt forsømmelse og psykiske overgrep. Kildegrunnlaget er veiledningsmaterieell, retningslinjer og andre publikasjoner.

Intensjonen med litteraturgjennomgangen er å identifisere metoder og teknikker som er egnet til bruk i barnehager, skoler og i den forebyggende helsetjenesten (helsestasjon og skolehelsetjenesten). Det betyr at vi også utvider ICS-modellen til også å omfatte tegn og signaler på risikofaktorer som kan identifiseres gjennom tegn og signaler hos barna eller foreldre. Langs det første domenet (barns utviklingsbehov), utvider vi dermed modellen med kunnskap om tegn og signaler på risikofaktorer barn og unge kan utsettes for, og som er omtalt tidligere. Langs det andre domenet (foreldres kapasitet) utvider vi modellen med kunnskap om tegn og signaler på mangelfull omsorg.



En generell utfordring her er at mye av den vitenskapelige litteraturen omhandler verktøy som forutsetter kliniske arenaer, dvs. observasjoner eller screening som foregår på et legekontor, på en helsestasjon, hos en terapeut, forhørsrom eller i et sykehus. Vi finner riktignok

også verktøy tilpasset arenaer hvor barn og unge befinner seg til daglig (barnehage og skole). Det er likevel slik at jo mer vi beveger oss ut på disse arenaene, desto mindre vitenskapelige, dokumenterte verktøy finner vi. Vi har derfor også valgt å ta med denne typen verktøy i oversikten. Vi ser også at verktøyene på disse arenaene er mer generelle, mens verktøy anvendt i kliniske arenaer i større grad er spesialiserte og rettet mot bestemte risikofaktorer.

Tegn og signaler fra de gjennomgåtte kildene er registrert i en database. Med utgangspunkt i denne databasen har vi kategorisert ulike tegn og signaler i så homogene grupper som mulig.

### 6.1 Begrepsbruk

De påfølgende kapitlene omhandler tegn og signaler på omsorgssvikt, vanskjøtsel, seksuelle overgrep, fysisk og psykisk vold overfor barn og unge. Disse begrepene benyttes gjerne noe ulikt i litteraturen. Vi har her valgt å betrakte *omsorgssvikt* som en fellesbetegnelse for både *forsømmelse* (vanskjøtsel) og *overgrep*. Dette samsvarer også med engelskspråklig litteratur der vi finner at begrepet «maltreatment» som regel benyttes som en fellesbetegnelse på *abuse* (overgrep) og *neglect* (forsømmelse).<sup>5</sup>

*Forsømmelse* defineres her som foreldre eller omsorgspersoners manglende evne til å sikre barna sine basale behov, herunder fysiske (mat,

5 I enkelte publikasjoner blir det engelske begrepet «neglect» sidestilt med det norske begrepet omsorgssvikt. Det er gode grunner for å gjøre dette, men samtidig ser vi også at det norske begrepet omsorgssvikt i mange sammenhenger også omfatter overgrep (abuse), altså som noe mer enn det engelske begrepet neglect. I praksis synes det derfor som om begrepet omsorgssvikt har mer til felles med det engelske samlebegrepet «maltreatment». Det betyr at vi trenger et eget norsk begrep for «neglect». Et aktuelt begrep er vanskjøtsel. I og med at dette er lite brukt, har vi heller valgt å bruke begrepet forsømmelse (egentlig er dette synonymt med vanskjøtsel).

Tabell 6.1 Norske og engelske begrepsbruk

Norsk	Engelsk
Omsorgssvikt	Maltreatment
- Fysiske overgrep	- Physical abuse
- Psykiske overgrep	- Emotional (psychological) abuse
- Seksuelle overgrep	- Sexual abuse
- Forsømmelse (vanskjøtsel)	- Neglect
> Fysisk forsømmelse	> Physical
> Psykisk forsømmelse	> Emotional
> Medisinsk, utdanning etc.	> Medical, educational etc.

husly og ettersyn), følelsesmessige, medisinske og skolemessige behov. *Overgrep* deles gjerne inn i fysisk, psykisk og seksuelle overgrep. *Fysiske overgrep* innebærer enhver form for fysiske skader som er forårsaket av foreldre eller andre omsorgspersoner, og som ikke skyldes uhell. Dette inkluderer hendelser som slag, spark, biting og påførte brannskader. *Emosjonelle eller psykiske overgrep* er atferdsmønster hos foreldre/ omsorgspersoner som hemmer barnets emosjonelle utvikling og selvtillit. Dette kan f.eks. være konstant kritikk, trusler, avvisning osv. Her vil det være glidende overganger til det som omtales som emosjonelle overgrep.

Tabell 6.1 inneholder en oversikt over begrepsbruken i rapporten. Siden de fleste kildene er engelskspråklige, har vi i tillegg tatt med tilsvarende engelske begreper. Som nevnt over trekker vi et hovedskille mellom forsømmelse og overgrep i den forstand at overgrep er resultat av aktive handlinger, mens forsømmelse er fravær av nødvendig omsorg. Her vil det imidlertid være glidende overganger, og noen benytter også begrepene om hverandre. Dette gjelder f.eks. begrepene psykiske overgrep og psykisk/ emosjonell forsømmelse. I den engelskspråklige litteraturen finner vi også at begrepet «emotional/psychological maltreatment» benyttes. Dette inkluderer med andre ord både aktive psykiske overgrep og fravær av nødvendige handlinger eller omsorg.

De oversiktene og retningslinjene som omtales i de påfølgende kapitlene, inneholder både

generelle oversikter over tegn og signaler, og tegn og signaler som inngår i mer spesifikke retningslinjer for forsømmelse eller overgrep. Vi har likevel valgt å omtale tegn og signaler for fysiske overgrep og seksuelle overgrep i egne kapitler.

## 6.2 Datagrunnlaget

Ulike kilder har kategorisert oversikter over tegn og signaler på ulik måte. Samtidig inngår mange av de samme tegnene og signalene i ulike kilder. For å systematisere materialet har vi derfor registrert tegn og signaler fra ulike kilder inn i en samlet database. Med utgangspunkt i de ulike kildenes beskrivelser har vi videre utformet en egen klassifisering av likelydende tegn og signaler.

I databasen har vi klassifisert de ulike tegnene og signalene på to nivåer. På det laveste nivået opererer vi med fem kategorier og på det høyeste nivået med 41 kategorier. De sistnevnte utgjør forholdsvis homogene grupper av tegn og signaler. Oversikten over de to nivåene og antall registrerte tegn og signaler er presentert i tabellen under.

Tabell 6.2 viser at vi har skilt mellom fire hovedtyper tegn og signaler hos barna. Dette er først en kategori hvor ulike emosjonelle eller følelsesmessige uttrykk og atferd inngår. Dernest er det en kategori som inneholder tegn og signaler som omfatter ulike typer atferds- eller utviklingstrekk.

**Tabell 6.2 Hovedkategorier av tegn og signaler på omsorgssvikt (forsømmelse og psykiske overgrep)**

	Grupper av tegn og signaler	Antall underkategorier	Antall registreringer
<b>Barn</b>	Følelsesmessige uttrykk og atferd	7 (+1)	115
	Uvanlig atferd og utviklingstrekk	8 (+1)	119
	Sosiale forhold	7 (+1)	54
	Fysiske tegn og signaler	10	109
<b>Foreldre</b>	Relasjon til barn og trekk ved foreldrene	5	49

Det vil her være glidende overganger mellom de to første kategoriene. I den første kategorien har vi imidlertid forsøkt å ta utgangspunkt i tegn og signaler som uttrykker ulike typer følelser (eller fravær av følelser) enten uttrykt i barnets fremtoning eller atferd. I den andre kategorien er ikke tegn og signaler nødvendigvis uttrykk for en emosjonell følelse, men fremstår likevel i form av en bestemt atferd eller et kognitivt trekk. I den tredje kategorien har vi forsøkt å plassere tegn og signaler som har det felles at de beskriver barnets sosiale omgang med foreldre og andre barn eller voksne. Den fjerde kategorien innbefatter ulike type fysiske tegn og signaler. Dette er i all hovedsak fysiske tegn som kan observeres hos barnet. I tillegg inngår også en kategori som omhandler egenskaper ved foreldre eller foreldres relasjon til barna. Dette handler i første omgang om foreldrenes atferd overfor barna. Selv om vi her primært tar utgangspunkt i foreldrenes relasjon til barna, kan det likevel overlape med enkelte tegn og signaler innenfor kategorien sosiale forhold.

Hver av de fem hovedkategoriene inneholder fra 5 til 10 underkategorier. Som nevnt over inngår det i alt 40 underkategorier (hvorav tre er samlekategori av andre). Videre inneholder databasen i alt 446 registreringer. Med registreringer menes da ulike beskrivelser av tegn og signaler fra samme eller ulike kilder.

Enkelte av omtalene som inngår i de ulike oversiktene, har definert tegn og signaler som faller inn under flere av underkategoriene. F.eks. kan det være at to typer tegn omtales under ett punkt. I slike tilfeller har vi kun plassert beskrivelsen i en av kategoriene.

Enkelte tegn og signaler vil opptre på ulike alderstrinn, mens andre er mer aldersuavhengige. I de tilfellene originalkilden har oppgitt aktuelle alderskategorier, er dette registrert i databasen. De ulike kildene opererer imidlertid med ulike alderskategoriseringer – alt fra tre til syv – og det har derfor vært vanskelig å standardisere dette. I kommentarene til de ulike gruppene tegn og signaler har vi likevel kommentert hvorvidt det er relevante i bestemte aldersgrupper.

I databasen har vi også registrert hvorvidt de ulike tegn og signaler kommer fra dokumenterte kilder eller ikke. Dette er kommentert i omtalen nedenfor. Generelt er det imidlertid slik at det er stort sammenfall mellom de dokumenterte og udokumenterte kildene. Det betyr sannsynligvis at mye av de udokumenterte kildene har benyttet dokumenterte kilder som utgangspunkt.

I hvert av delkapitlene nedenfor har vi presentert tegn og signaler for de fem hovedkategoriene. Innenfor hvert delkapittel har vi videre presentert i tabeller en oversikt over underkategoriene med registrerte tegn og signaler (i hovedsak slik de er formulert i originalkildene). Hver av underkategoriene med tegn og signaler er videre kommentert, bl.a. alderskategorisering.

## 6.3 Følelsesmessige uttrykk og atferd

Denne gruppen tegn og signaler består av sju ulike følelsesmessige uttrykk og atferd, samt en tilleggskategori av andre tegn og signaler (inngår ikke i tabell 6.3). Vi finner de i ulike retningslinjer og oversikter, både de som omhandler barns

Tabell 6.3 Følelsesmessig uttrykk og atferd

Hovedgruppe	Kortnavn	Beskrivelse
Følelses-messige uttrykk og atferd	Innadvendt, trist, tilbaketrukket	Barnet opptrer som innadvendt, tilbaketrukket og/eller trist. Sped- og småbarn fremstår som passive og har manglende vitalitet
	Dårlig selvbilde/selvfølelse	Barnet fremviser dårlig selvbilde og/eller dårlig selvfølelse. For de yngste barna omtales tegnet som tap av selvaktelse.
	Gråt, trøstesløshet, vanskelig å berolige	Barnet gråter ofte, er vanskelig å trøste eller berolige
	Angst, anspent o.l.	Barnet er ofte engstelig eller viser unormalt stor engstelse. Gjelder spesielt i situasjoner hvor barnet skiller seg fra omsorgspersoner
	Irritabel, sinne, raseri, opposisjonell.	Barnet har vanskelig for å regulere sinne og frykt. Det kan ha raserianfall eller utvise en utagerende eller aggressiv atferd. I tillegg kan barnet fremstå som spesielt opposisjonell.
	Sensitiv for lyd, lys og omgivelser	Barnet opptrer sensitivt eller er skvetten når det gjelder høye lyder og stekt lys. Påvirkes lett av uro fra omgivelsene.
	Slapp, nummen, interesseløs, følelsesløs	Barnet fremstår som nummen, slapp og/eller interesseløs, har redusert oppmerksomhet og er lite interessert i lek, aktiviteter eller andre personer.

fungering, mistriivsel, traumer, omsorgssvikt, psykiske overgrep og forsømmelse.

Den første kategorien inneholder tegn og signaler som beskriver *nedstemthet og tilbaketrekning* hos barnet. Som det fremgår av tabellen, finner vi forholdsvis likelydende tegn og signaler omtalt i både dokumenterte og udokumenterte kilder. Kildene som har spesifisert på alder, viser at det gjelder alle barn og unge. Det er likevel noen nyanser i omtalene av de yngste barna og eldre barn. Et eksempel på omtale av sped- og småbarn er f.eks. «passiv og har manglende vitalitet». Et eksempel som gjelder eldre barn, er «virker trist, hemmet og defensiv». Vi finner at disse tegn og signaler både er dokumentert i NICE (2009), i Universitetssykehuset i Oslo (2015) sine retningslinjer og NKVTS (2013) sin håndbok for helse- og omsorgstjenesten.

Den andre kategorien er *dårlig selvbilde eller selvfølelse*. Også disse tegn og signaler er likelydende i de dokumenterte og udokumenterte kildene. I de dokumenterte kildene angis ingen bestemte aldersgrupper ut over at det gjelder barn og skoleungdom. I en av de udokumenterte

kildene oppgis det at dårlig selvbilde kan opptre hos barn allerede fra aldersgruppen 1-3 år. Dårlig selvbilde eller selvfølelse finner vi i alle de tre dokumenterte kildene (NICE, Universitetssykehuset i Oslo og NKVTS).

Den tredje kategorien tegn og signaler er *unormal gråt og trøstesløshet*. Dette handler med andre ord om at barnet gråter mye eller ofte, og at det er vanskelig å trøste eller berolige barnet. Vi ser her at enkelte kilder kombinerer dette med andre trekk som tristhet, hyperaktivitet og aggressivitet. Kildene som har aldersfastsatt tegnene, angir at dette gjelder de minste barna. En kilde oppgir at det gjelder sped- og småbarn og en annen at det kan gjelde barn opp til aldersgruppen 3-5 år. Det er kun to av de dokumenterte kildene som omtaler gråt og trøstesløshet (NICE og NKVTS).

Den fjerde kategorien betegnes som *angst*. Så å si samtlige av kildene benytter begrepet angst, men sammen med begrepet angst benyttes også begreper som nervøsitet, anspent og skvetten. Innenfor kategorien angst har vi også plassert to tegn som tvangssymptomer (omtalt sammen med angst av NKVTS) og akutt psykisk lidelse

(Traumeguiden). Angst ser ut til å opptre i alle aldersgrupper, men det omtales noe ulikt for yngre og eldre barn. Hos de yngste barna (0-3 år) omtaler Traumeguiden det som «skvettenhet» og «engstelse for å berøre 'nye' overflater». Hos eldre barn kan det derimot fremstå som «åpenbar angst» eller «akutt psykisk helse». Angst finner vi som tegn i alle de tre dokumenterte kildene (NICE, Universitetssykehuset i Oslo og NKVTS).

Den femte kategorien tegn og signaler kjenne- tegnes av en opphisset emosjonell tilstand som *irritabilitet, sinne og raseri*. I tillegg har vi også plassert opposisjonell atferd inn i denne kategorien, men det er usikkert hvorvidt dette er synonymt med de førstnevnte uttrykkene. Dette tegnet gjelder alle aldersgrupper, men det er noen nyanseforskjeller mellom omtalen av yngre og eldre barn. F.eks. viser Traumeguiden til «overdrevent sinne» blant barn opp til 12 måneder og «aggresjon» for barn fra 1-5 år. For ungdom (12-18 år) omtales det som «aggressiv/voldelig adferd». For de yngste barna viser NKVTS til «vanskelig med å regulere sinne og frykt», mens for de eldste handler det om «utagerende og aggressiv atferd». Av de tre dokumenterte kildene er det kun NICE og NKVTS som har med denne kategorien. Begge disse har også med «opposisjonell atferd».

Den sjette kategorien har vi kalt *sensitivitet*. Dette inkluderer tegn som det å være sensitiv for sanseintrykk som lyd, synsintrykk, smak og lukt, samt det å lett påvirkes av uro i omgivelsene. Her ser vi at det å være sensitiv for sanseintrykk gjelder for de minste barna (sped- og småbarn), mens det å lett påvirkes av uro i omgivelsene gjelder eldre barn. Av de dokumenterte kildene er det kun NKVTS som har med sensitivitet, og da i form av sensitivitet for sanseintrykk. Det å la seg lett påvirke av uro i omgivelsene, inngår kun i to av de udokumenterte oversiktene.

Den syvende kategorien kjennetegnes av at barnet er *slapp, nummen, følelsesløs og/eller interesseløs*. Det kan fremstå som en noe sammensatt kategori, men et fellestrekk er at det er fravær av emosjonelle uttrykk eller interesse-

løshet. Eksempler på tegn hos sped- og småbarn er: «slapp, interesseløs», «reduert oppmerksomhet», «lite interessert i utforsking og lek». Eksempler på tilsvarende tegn hos eldre barn er «vansker med å kjenne på følelser», «tap av interesse for aktiviteter og personer» og «reduert oppmerksomhet». Et begrep som går igjen i denne kategorien tegn er «nummenhet» som knyttes til begrepet dissosiasjon. Ifølge NICE er dette en følelse eller fornemmelse som gir svekket bevissthet eller har en bedøvende virkning, men som ikke er dagdrømmer, anfall eller bevisst ønske om å unngå samhandling med andre. Denne kategorien tegn og signaler er omtalt i alle de tre dokumenterte kildene.

Den åttende kategorien inneholder andre tegn og signaler som det er vanskelig å plassere i en av de syv foregående. Her finner vi en rekke tegn og signaler, og fellestrekket er at de alle handler om emosjonelle uttrykk. Det er også slik at hver av dem kun har en kilde, dvs. at det ikke er tegn som går igjen i flere av kildene. Tegn som er av mer generell art er også plassert i denne kategorien. I all hovedsak finner vi tegn og signaler i denne gruppen hos kildene fra NKVTS. I tillegg er det to tegn og signaler fra Universitetssykehuset i Oslo og én fra NICE.

## 6.4 Uvanlig atferd og utviklingstrekk

Denne andre gruppen tegn og signaler inneholder åtte ulike tegn og signaler på det vi har kalt uvanlig atferd og utviklingstrekk. I tillegg til de åtte kategoriene har vi i tillegg en samlekategori med andre tegn og signaler (inngår ikke i tabelle 6.4). Tegn og signaler på uvanlig atferd og utviklingstrekk inngår i forskjellige retningslinjer og oversikter, både de som omhandler barns fungering, mistriksel, traumer, omsorgssvikt, psykiske overgrep og forsømmelse.

Den første kategorien tegn og signaler er *uro og konsentrasjonsvansker*. Her er det forholdsvis like beskrivelser i både de dokumenterte og

Tabell 6.4 Tegn og signaler på uvanlig atferd og utviklingstrekk

Hovedgruppe	Kortnavn	Beskrivelse
Uvanlig atferd og utviklings-trekk	Urolig, konsentrasjonsvansker	Barnet fremstår som urolig og hyperaktiv, og har vansker med konsentrasjon og oppmerksomhet.
	Oppmerksomhetssøkende	Barnet er oppmerksomhetssøkende, dvs. krever unormalt mye oppmerksomhet fra omgivelsene. Kan utløse negative reaksjoner for å oppnå oppmerksomhet.
	Forsinket/tap av ferdigheter eller regresjon	Barnet har forsinket motorisk, språklig, emosjonell og/eller sosial utvikling. Barnet kan også ha tap av tidligere tillærte ferdigheter, f.eks. motoriske ferdigheter, spiseferdigheter, språk, renslighet.
	Læringsvansker og skolerelasjon	Barn og unge som har vansker med innlæring og hukommelse, herunder forsinket språkutvikling. Tegn kan også være uforklarlig skolefravær og skulk.
	Enurese, enkoprese	Ufrivillig vannlating og avføring i sengen eller i buksene.
	Selvskading, selvdestruktiv	Selvdestruktive følelser, uttrykk eller handlinger, f.eks. i form av å skjære seg selv.
	Bruk av rusmidler	Viser interesse for rusmidler, tidlig debut eller økende forbruk.
	Tyveri, kriminalitet, løgner	Barn og unge driver med tyveri og annen kriminalitet.

ikke-dokumenterte kildene. Videre er det vanskelig å se noen særskilte aldersspesifikke omtaler. Disse tegnene og signalene er dokumentert både hos NKVTS (2013) og Universitetssykehuset i Oslo (2015). De inngår imidlertid ikke i NICE (2009).

Den andre kategorien har vi kalt *oppmerksomhetssøkende*. Denne typen tegn finner vi bare registrert i to oversikter, én i en udokumentert kilde og én i en dokumentert kilde (NICE). Ingen av disse kildene oppgir at tegnet gjelder noen særskilt aldersgruppe.

Den tredje kategorien er *forsinket/tap av ferdigheter eller regresjon*. Denne inneholder med andre ord tre komponenter. Den første er forsinket utvikling av enten motoriske, språklige, emosjonelle eller sosiale ferdigheter. Den andre er tap av allerede tillærte ferdigheter, herunder motoriske ferdigheter, spiseferdigheter eller språklige ferdigheter. Den tredje er en utviklingsmessig tilbakegang i form av å tilegne seg atferden til yngre barn. Den sistnevnte omtales som regresjon, men strengt tatt vil begge de to sistnevnte komponentene falle inn under dette begrepet. I de dokumenterte kildene finner vi alle de tre komponentene omtalt, mens i de udokumenterte kildene er det kun de to sistnevnte som er omtalt.

Dette er tegn og signaler som gjerne knyttes til de yngste barna. Dette gjelder både forsinket utvikling og tap av ferdigheter, og da spesielt motoriske ferdigheter, språklige ferdigheter og spiseferdigheter. Atferdsmessig regresjon ser også ut til å gjelde større barn (ifølge Traume-guiden opp til aldersgruppen 9-12 år). Av de dokumenterte kildene er det kun NKVTS og Universitetssykehuset i Oslo som omtaler denne typen tegn og signaler (ikke NICE).

Den fjerde kategorien har vi omtalt som «læringsvansker og skolerelasjon». Dette er med andre ord en samlekategori bestående av flere komponenter som ikke nødvendigvis er sammenfallende. En av komponentene er læringsvansker, og denne gjelder både før skolealder og læringsvansker i skolen. Denne komponenten finner vi både i de dokumenterte og de udokumenterte kildene, men de er noe mer spesifisert i de udokumenterte kildene (bl.a. læring i lek, vansker med å lære språk). Den andre komponenten handler om innsatsen på skolen og skoleprestasjoner. Dette er tegn som kun inngår i de udokumenterte kildene. Den tredje komponenten er skolefravær, skulk eller at barnet stikker fra skolen. Denne inngår både i dokumenterte og udokumenterte kilder. De to siste komponentene gjelder naturlig

nok barn i skolealder. Den førstnevnte kan også gjelde yngre barn, men da vil vi samtidig nærme oss komponenten «forsinket utvikling» i den forrige kategorien. Av de dokumenterte kildene er det kun NKVTS som inkluderer denne kategorien. Men forsinket utvikling (jf. kategorien «forsinket/ tap av ferdigheter eller regresjon») omtales også hos Universitetssykehuset i Oslo.

Den femte kategorien har fått benevnelsen *vannlating/avføring*. Dette innbefatter frivillig eller utilsiktet vannlating/avføring i seng eller klær. Aldersmessig vil dette gjelde fra 4-5 årsalderen. Dette er tegn som går igjen både i dokumenterte og udokumenterte kilder. Av de dokumenterte kildene finner vi det både hos NICE og Universitetssykehuset i Oslo, men ikke hos NKVTS.

Den sjette kategorien er *selvskading*. I de dokumenterte kildene (alle) omtales kun selvskading, mens i de udokumenterte kildene inngår også «selvdestruktive følelser» og «selvmordstanker». Alle kildene som opererer med en alderskategorisering, oppgir at dette gjelder eldre barn og ungdom. Fra litteraturen for øvrig vet vi at selvskading gjerne starter i 13-14 årsalderen.

Den syvende kategorien har vi kalt *bruk av rusmidler*. Her inngår både det å vise interesse for rus, om ungdom har et økt forbruk av rusmidler og misbruk av rusmidler. I de dokumenterte kildene (Universitetssykehuset i Oslo og NKVTS) omtales tegnene som kun alkohol-/stoffmisbruk og rusproblemer. Dette er tegn som naturlig nok gjelder eldre barn eller ungdom.

Den åttende kategorien er også sammensatt og innbefatter ulike handlinger som *tyveri, kriminalitet og løgner*. Kriminalitet og lov- overtreidelser inngår både i dokumenterte og udokumenterte kilder. I de udokumenterte kildene inngår også «overdreven løgn» og det å «tigge om/stjele mat eller penger». Ingen av kildene gir noen aldersspesifikasjoner, men det er rimelig at det gjelder eldre barn og ungdom.

Den niende kategorien er en samlekategori med andre tegn og signaler som ikke passer inn i noen av de øvrige kategoriene. Fra de dokumenterte kildene finner vi her mer generelle tegn som «atferdsendringer», «risikoatferd» og «impulsiv atferd». Ut over dette har vi også to kilder som omtaler «repeterende kroppsrudding» (eller body rocking). Det er også flere av kildene som nevner det «å rømme hjemmefra». Ut over disse finner vi tegn og signaler som «årvåkenhet», «unngåelse av de som kan minne om vold eller overgrepserfaringer» og «lite spontan motorikk».

Generelt viser denne gjennomgangen mange ulike tegn og signaler hos barn og unge. I enkelte av kategoriene kan vi imidlertid stille spørsmål om vi snakker om tegn og signaler på en risikofyllt situasjon eller om beskrivelsen gjelder risiko-situasjonen i seg selv. Dette gjelder spesielt selvskading, rusmisbruk og kriminalitet. Dette er også de kategoriene som primært gjelder eldre barn og ungdom.

## 6.5 Sosiale forhold

Denne tredje gruppen tegn og signaler omhandler sosiale forhold. Med dette menes hvordan barn og unge forholder seg til andre, det være seg foreldre, andre voksne eller til andre barn. Tegn og signaler på sosiale forhold er delt inn i åtte kategorier, hvorav en er en samlekategori over andre tegn (den siste inngår ikke i tabell 6.5). Også disse finner vi i flere retningslinjer og oversikter. Dette innbefatter både de generelle som omhandler barns fungering og mistrivsel, og de som omhandler omsorgssvikt og forsømmelse.

Den første kategorien har vi kalt ettergivende atferd. Dette handler om overdrevent å oppfylle andres behov/forventinger eller være overdreven sosial og tilpasningsvillig. Denne typen tegn finner vi primært i udokumenterte kilder. I oversikten har vi også tatt med et tegn fra en dokumentert kilde (NICE 2005), men dette ligger noe på siden av de tegn som omtales i de udokumenterte kildene. Aldersmessig fremgår det at



Tabell 6.5 Tegn og signaler på unormale sosiale forhold

Hovedgruppe	Kortnavn	Beskrivelse
Sosiale forhold	Ettergivende atferd	Barnet viser overdrevent god oppførsel for å unngå misnøye hos foreldre eller andre omsorgspersoner. Barnet kan også preges av å permanent tilpasse seg eller oppfylle andres behov og forventninger.
	Uvanlig tilknytningsatferd	Barnet er ukritisk og overdrevent vennlig overfor ukjente voksenpersoner og kan fremstå som ukritisk kontaktsøkende. Alternativt kan barnet virke uaffisert av eller ha uvanlig lite reaksjon når foreldre forlater barnet.
	Klynger seg til voksne	Barnet er tilbøyelig til å klenge seg til voksne eller utviser uvanlig atferd ved adskillelse. Barnet kan også ha uvanlig fokus på foreldre sett i forhold til alder og utvikling. Alternativt kan reaksjonen være at barnet unnlater å søke trøst hos voksne.
	Sosial involvering med andre barn (sosial kompetanse)	Trekker seg fra sosiale sammenhenger, har vansker med å samspille med andre, virker ensom.
	Kommer ofte i konflikt med andre barn	Kommer ofte i konflikt med andre barn (udokumentert)
	Avvikende eller konfliktfylt relasjon til foreldre	Barnet unngår å søke trøst eller kjærlighet fra omsorgspersoner når det er bekymret.
	Avviser/unngår voksenkontakt	Barnet er motvillig mot å være i kontakt med eller i nærheten av bestemte personer. Kan også være ekstremt på vakt mot voksenpersoner (udokumentert).

dette gjelder både førskolebarn, skolebarn og ungdom.

Den andre kategorien har vi kalt *uvanlig tilknytningsatferd*. Her har vi inkludert to komponenter. Den første handler om at barnet fremstår ukritisk kontaktsøkende eller tar ukritisk kontakt med fremmede voksenpersoner. Den andre handler om at barnet viser svake relasjoner til foreldre i form av å ikke reagere eller reagere lite når foreldre forlater barnet. Både den første og andre komponenten fremgår av de dokumenterte kildene. I de udokumenterte kildene finner vi kun den første komponenten. Aldersmessig viser kildene at dette kan gjelde fra småbarnsalderen og opp i skolealder.

Den tredje kategorien er *klenging*. Det handler om at barn viser overdreven klenging til foreldre eller uvanlig engstelse ved adskillelse fra omsorgsperson. Enkelte kilder omtaler dette i sammenheng med kategorien «uvanlig tilknytningsatferd» som da vil være den motsatte reaksjonen.

Dette tegnet finner vi omtalt både i dokumenterte og udokumenterte kilder. Aldersmessig gjelder dette de minste barna. I Traumeguiden fremgår det at det gjelder barn opp til alderskategorien 3-5 år. Andre kilder viser til at det gjelder barn i små- og spedbarnsalderen.

Den fjerde kategorien er *sosial involvering* med andre barn. Dette handler om at barn har vanskelig for å få kontakt med andre barn, eller at de selv ikke tar initiativ til å være med andre. Dette omtales både i dokumenterte og udokumenterte kilder, men det er de udokumenterte kildene som gir den mest utførlige beskrivelsen. Dette gjelder både barn og ungdom, og fra det alderstrinnet de normalt inngår i sosiale relasjoner med andre.

Den femte kategorien har vi kalt *konflikt med andre*. Dette omtales som å være ofte i konflikt med andre barn og på en aggressiv måte. Vi ser at dette tegnet kun omtales i udokumenterte kilder. En av kildene angir at dette gjelder både førskole og skolebarn.

Tabell 6.6 Fysiske tegn og signaler

Hovedgruppe	Kortnavn	Beskrivelse
Fysiske tegn	Påkledning	Barnet har upassende klær i forhold til vær og årstid. Barnet kan også virke ustelt.
	Hygiene	Barnet bærer preg av dårlig stell og pleie, f.eks. ved å være permanent skitten, at det lukter av barnet og/eller at tannhelsen er dårlig. Barnet kan også ha ubehandlede sykdommer eller andre plager som lus.
	Mat-/ spisevaner (spiseforstyrrelser)	Barnet har vanskelig forhold til mat, vil ikke spise, har ekstrem sult, har mangelfull ernæring. Annet uvanlig forhold til mat kan være at barnet spiser rester, stjeler, hamstrer eller gjemmer mat.
	Fysiologisk utvikling, over-/under-vektig	Barnet har unormal vekt som følge av mangelfullt kosthold (non-organic-failure-to-thrive). Det kan synliggjøres som vekststagnasjon. Andre fysiologiske tegn kan være over-/undervekt eller dehydrering som følge av manglende/feil ernæring.
	Trøtthet/søvnmangel	Mangel på søvn. Viser seg ved at barnet virker slitent og trøtt eller ved at barnet selv opplyser om mangelfull døgnrytme.
	Fysiske plager	Barnet har vedvarende fysiske plager som infeksjonssykdommer, vondt i magen, hodesmerter og/eller smerter i kroppen generelt (begrenset dokumentasjon)
	Mangelfullt tilsyn	Foreldrene har mangelfullt tilsyn med barna som resulterer i skader (dyrebitt, skolding, fall osv.). Eventuelt kan det også være mangelfulle forklaringer på skader som skyldes mangelfullt tilsyn.
	Medisinsk oppfølging	Foreldre ivaretar ikke barnets behov for medisinsk oppfølging/behandling eller tannhelsebehandling. Eventuelt kan foreldrene aktivt motarbeide at barnet har kontakt med helsepersonell.
	Barn med omsorgsoppgaver	Barn eller voksen opplyser om at barna har omsorgsoppgaver som går ut over det som er normalt, og som går ut over skole eller andre aktivitet for barnet.
	Barn forteller/ ber om hjelp	Barna forteller uoppfordret at de har behov for hjelp eller er utsatt for ulike former for risiko.

Den sjette kategorien har vi kalt *avvikende eller konfliktfylt relasjon til foreldre*. Her inngår med andre ord to komponenter. Den ene innebærer at barnet unngår foreldre, og den andre at relasjonen er konfliktfylt. Blant de dokumenterte kildene finner vi kun den førstnevnte komponenten (NICE), mens begge inngår i de udokumenterte kildene. Av kildene fremgår det at det å unngå foreldre gjelder de yngste barna (sped- og småbarn), mens konfliktfylt relasjon gjelder førskole- og skolebarn.

Den syvende kategorien omtales som at barn *avviser/unngår voksenkontakt*. Dette tegnet

sammenfaller langt på vei med den første komponenten i forrige kategori. Forskjellen er at vi her snakker om voksne generelt, mens i den forrige kategorien gjaldt unngåelsen eller avvísningen foreldre spesielt. Denne typen tegn og signaler finner vi kun i udokumenterte kilder. Her angis det ingen spesifikk aldersgruppe.

Den åttende kategorien inneholder andre tegn og signaler som er vanskelig å plassere i noen av de øvrige kategoriene for sosiale forhold. Her finner vi mer generelle tegn som «tilknytningsforstyrrelser» og mer spesifikke tegn som «at barn har en kontrollerende atferd overfor

foreldre» eller «trøstende atferd ved bekymring hos voksenpersoner». I de udokumenterte kildene finner vi også mobbing og «manglende kunnskap om sosiale spilleregler».

## 6.6 Fysiske tegn

Den fjerde gruppen tegn og signaler har vi kalt fysiske tegn (se tabell 6.6). Med fysiske tegn mener vi trekk ved barnet som er synbart uten at barna nødvendigvis har noen uvanlig atferd eller emosjonelle uttrykk. I alt inngår 10 ulike typer fysiske tegn og signaler. Herunder inngår også barn som mangler medisinsk oppfølging, barn med omsorgsoppgaver og barn som selv forteller om en vanskelig situasjon. Hvorvidt de tre sistnevnte hører hjemme i denne gruppen tegn og signaler, kan diskuteres.

De to første kategoriene er *påkledning* og *hygiene*. Gjennomgående vises det her til bruk av upassende klær, f.eks. i forhold til årstid, og urenslighet. Dette er tegn og signaler som går igjen hos både dokumenterte og udokumenterte kilder. Det som skiller, er at de dokumenterte kildene også inkluderer munnhygiene og omfattende/vedvarende luseplager. Dette gjelder barn og unge i alle aldre.

Den tredje kategorien er *mat-/spisevaner*. Dette inkluderer ulike type spisevaner eller ekstrem sult. De dokumenterte og udokumenterte kildene omtaler denne kategorien forholdsvis likt. Vi finner også at dette gjelder alle alderskategorier, også sped- og småbarn.

Den fjerde kategorien inneholder tegn og signaler på det vi har kalt *fysiologisk utvikling og over- og undervekt*. Generelt er dette tegn som indikerer unormalt utvikling som kommer til uttrykk i form av mangeltilstander, vekststagnasjon, over- eller undervekt. Dette er tegn og signaler vi finner både i dokumenterte og udokumenterte kilder. Det gjelder også alle aldersgrupper, men for de yngste aldersgruppene ser det primært ut til å handle om vekststagnasjon.

Den femte kategorien er *trøtthet eller søvnmangel*. Dette omtales enten som at barnet/ungdommen har søvnmangler eller at barnet/ungdommen fremstår som trøtt. Trøtthet eller søvnmangel inngår både i dokumenterte og udokumenterte kilder.

Den sjette kategorien av tegn og signaler er *fysiske plager*. I de udokumenterte kildene ser vi at dette gjelder både magesmerter, hodesmerter, ofte infeksjonssykdommer, svimmelhet eller generelt smerter i kroppen. I de dokumenterte kildene omfatter det kun magesmerter. Gjennomgangen av de ulike kildene skiller i noen grad her mellom sped- og småbarn og eldre barn. Indikasjonene hos sped- og småbarn er «ofte infeksjonssykdommer», «brekninger» og «diare».

Den sjuende kategorien er tegn og signaler på manglende *medisinsk oppfølging*. Her inngår ulike varianter. Den første er observerte helseproblemer som foreldre ikke søker medisinsk hjelp for, herunder tannhelseproblemer. Den andre er at barnet (og foreldre) ikke møter til avtaler hos helsepersonell. Den tredje er at barn reagerer negativ på helseundersøkelser, og den fjerde at foreldre ikke tillater barn eller ungdom å snakke med helsepersonell på egenhånd. Dette vil naturlig nok gjelde alle aldersgrupper.

Den åttende kategorien er *mangelfullt tilsyn*. Dette består av to komponenter. Den ene er direkte tegn og signaler på at barn passes av uegnede personer. Den andre komponenten omfatter ulike tegn som indikerer mangelfullt tilsyn, som f.eks. dyrebitt, skålding, fall, forgiftning osv. I tillegg omfatter det «manglende naturlige forklaringer» på slike skader. Begge de to komponentene nevnes i de dokumenterte kildene, mens det er kun den sistnevnte som er dokumentert i de udokumenterte kildene.

Den åttende kategorien omfatter *barn med omsorgsoppgaver*. Dette inkluderer barn og unge som har omsorgsoppgaver for foreldre eller yngre søken. Slike omsorgsoppgaver finner vi både i dokumenterte og udokumenterte kilder. Ingen av kildene oppgir spesifikke aldersgrupper, men det vil naturlig omfatte eldre barn og ungdom.

Den niende kategorien har vi kalt *barn som forteller eller ber om hjelp* selv. Her vises det til barn som forteller om vanskelige livssituasjoner eller hendelser. Dette er imidlertid bare tegn som omtales i udokumenterte kilder.

## 6.7 Foreldre og relasjon foreldre-barn

Den femte typen tegn og signaler handler om egenskaper ved foreldrene eller tegn som forteller noe om relasjonene mellom foreldre og barn (se tabell 6.7). I alt inngår det fem typer tegn og signaler i denne gruppen.

Den første kategorien er den som i hovedsak omtales i både dokumenterte og udokumenterte kilder. Dette omfatter *avvikende atferd foreldre har overfor sine barn*, f.eks. fiendtlighet over for egne barn, at foreldre er følelsesmessig utilgjengelig, eller at foreldre ikke sikrer barna sosialisering med andre. Tabellen over inneholder kun et utvalg av de tegn og signaler som omtales. Vi finner ingen store forskjeller i omtalen i

dokumenterte og udokumenterte kilder. Siden dette primært dreier seg om egenskaper ved foreldres atferd, er kategorisering i forhold til barnets alder irrelevant.

Den andre kategorien har vi kalt psykiske trekk ved foreldre. Dette er tegn som indikerer at foreldre kan ha psykiske plager eller lidelser. Denne typen tegn finner vi utelukkende omtalt i udokumenterte kilder.

Den tredje kategorien er *rusmisbruk hos foreldre*. Dette inngår både i dokumenterte og udokumenterte kilder, og er forholdsvis enkelt beskrevet.

Den fjerde kategorien har vi kalt *uforutsigbare foreldre*. Dette handler om at foreldre glemmer å hente barn i barnehagen, at barnet hentes av mange ulike voksenpersoner, og at foreldrenes hverdag generelt er preget av uforutsigbarhet.

Den siste kategorien har vi kalt *tilbaketrekning*. Dette handler om at foreldre holder barna hjemme fra barnehagen (uten grunn), eller at barna hindres i å være med andre barn.

**Tabell 6.7 Tegn og signaler hos foreldre og relasjonen foreldre-barn**

Hovedgruppe	Kortnavn	Beskrivelse
Foreldre og relasjon til barna	Foreldres relasjon til barn	Foreldre er fiendtlig innstilt til egne barn, gjør barnet til syndebukk, har overdrevne forventninger til barnet, eksponerer barnet for skremmende opplevelser, bruker barnet til eget behov (f.eks. i skilsmisser), sørger ikke for sosialisering av barnet eller gir ikke barnet følelsesmessig respons.
	Foreldre med psykiske lidelser	Foreldre viser eller gir uttrykk for å ha psykiske plager i form av å være mentalt overbelastet (ved arbeidsledighet, sykdom, overarbeidet), har skiftende stemningsleie, lider av depresjon/angst eller opptrer irrasjonelt på bisarre måter. (udokumentert)
	Foreldre med rusmisbruk	Foreldre gir signaler om rusproblematikk ved å møte opp med barnet i ruspåvirket tilstand
	Uforutsigbare foreldre	Foreldre glemmer å hente barnet, barnet hentes av mange ulike personer eller foreldre gir elles uttrykk for å ha en uforutsigbar hverdag
	Tilbaketrekning	Barna har et stort og uforklarlig fravær fra barnehage og skole, barna hindres i å være samme med andre og foreldrene trekker seg fra kontakt med barnehage, skole og helsetjenester.

## 6.8 Tolkning av tegn og signaler

I dette avsnittet har vi sett nærmere på hvordan tegn og signaler kan eller bør tolkes. Utgangspunktet her er at identifisering av risiko basert på tegn og signaler generelt er usikkert. Faren er at vi identifiserer mange eller for mange såkalte falske positive (ubegrunnede saker). Hovedårsaken er at noe kan indikere risiko, men ikke nødvendigvis. Samtidig er det også en fare for at vi overser utydelig tegn som faktisk er en indikasjon på at noe er galt. Nedenfor har vi derfor oppsummert kommentarer og anbefalinger om bruken av tegn og signaler for å identifisere barn som bekymrer.

### Mange av oversiktene er beregnet på medisinsk fagpersonell

Oversiktene over viser tegn og signaler som er enkle å identifisere, og andre som er mer diffuse og vanskelig å identifisere. Flere forutsetter også medisinsk utdanning eller i det minste en klinisk kontekst. Et tegn kan være enkelt å observere på et legekontor, men vanskeligere i en klasse-sammenheng. Siden det i mange sammenhenger antydes at oversiktene over tegn og signaler er ment for medisinsk personell, er det derfor vanskelig å si hvorvidt de fungerer like godt i andre kontekster som barnehage og skole.

### Begrensninger og forbehold

Flere av kildene understreker at bruken av tegn og signaler bare er indikasjoner på at noe er galt. Med andre ord er det rimelig å forstå oversiktene dithen at de er hjelpemidler for å gjøre en mer generell vurdering av – eller fatte beslutning – om det er grunn til bekymring. Oversiktene er åpenbart ikke ment å brukes for å avdekke bestemte risikofaktorer eller stille bestemte diagnoser.

### Risikospesifikke og generelle tegn og signaler

Vi ser også at retningslinjene har en slags todeling av de ulike tegn og signaler. Den ene typen tegn

og signaler er trekk ved selve forsømmelsen eller overgrepet. I NICE (2009) sine retningslinjer innebære dette tegn og signaler på selve forsømmelsen (grunnleggende behov, underernæring, manglende tilsyn og mangelfull medisinsk oppfølging). I Oslo universitetssykehus (2015) sine prosedyrer for omsorgssvikt omtales dette som «tegn som vekker mistanke om omsorgssvikt». Den andre typen tegn og signaler er trekk eller atferd hos barna og som er en konsekvens av forsømmelse eller overgrep. Dette handler om unormal atferd, ulike psykiske tilstander eller unormale trekk ved barnets utvikling. I arbeidet med å systematisere tegn og signaler kan det være hensiktsmessig å trekke et slikt skille. Dette fordi trekk ved selve omsorgssituasjonen vil være spesifikt relatert til om det dreier seg om forsømmelse, psykiske overgrep, fysiske overgrep eller seksuelle overgrep. Tegn og signaler som omhandler trekk ved barna, vil derimot være overlappende. Med andre ord vil en bestemt type atferd eller personlighetstrekk kunne skyldes både forsømmelse, psykiske overgrep eller fysiske overgrep.

### Bruk av tegn og signaler i kombinasjon med skjønn, magesfølelse og kontekst

Enkelte kilder påpeker at oversikter over tegn og signaler må brukes i kombinasjon med begreper som skjønn og magesfølelse. Dette kan tolkes på flere måter. Begrepet skjønn kan her antyde at bruken av de ulike listene forutsetter at brukerne har en mer grunnleggende kunnskap om normalutvikling, ulike risikofaktorer og kobling mellom risikofaktorer og indikatorene i listen. Samtidig kan begrepene skjønn og intuisjon forstås dithen at listene med tegn og signaler må ses samlet og vurderes ut fra kontekst, situasjon og erfaring. Dette understrekes ikke minst i kommentarene til Traumeguiden der det bl.a. påpekes at det kan være normalt at barn reagerer atypisk i ukjente situasjoner (RVTS Sør). Traumeguiden viser også til at oversikten har liten grad av presisjon og mange feilkilder. Bl.a. vises det til behovet for å ta hensyn til naturlige individuelle variasjoner i atferd og uttrykk hos barn, kulturelle variasjoner og naturlige reaksjoner på nye omgivelser.

Et viktig aspekt ved Traumeguiden er også at den legger opp til at man skal analysere tegn og signaler i lys av hva som er normal aldersutvikling. Det siste vil også forutsette kunnskap om hva som er normalt på ulike alderstrinn, og en spesifisering av hvilke tegn og signaler som er relevant på ulike alderstrinn.

### Tegn over tid og kombinasjoner av ulike tegn og signaler

En generell anbefaling er at tegn og signaler må tolkes. Det betyr bl.a. at en enkel observasjon av ett tegn ikke er ensbetydende med at det er grunn til bekymring. Derimot vil tegn som vedvarer over tid, gi større grunn til bekymring. Med andre ord vil vedvarende tegn og signaler øke sannsynligheten for at barnet er risikoutsatt. Tilsvarende vil flere ulike tegn observert samtidig, øke sannsynligheten tilsvarende. Vi snakker med andre ord om en slags opphopning av tegn. Teknisk sett vil kombinasjonen av varighet og antall kombinerte tegn øke sikkerheten. Muligheten for å tolke varighet og kombinasjoner forutsetter gjerne en form for nedtegnelser. Hvis observasjon av tegn og signaler er første fase, vil tolkningen av dem være andre fase.

### Tegn og signaler er starten på en prosess

Generelt anbefales det å betrakte observasjon av tegn og signaler som utgangspunkt for en lengre prosess. Dette kommer kanskje best til uttrykk i retningslinjene fra NICE. Her ser vi at de ulike tegn og signaler inngår i en prosess bestående av observasjon, forklaring, deling med andre, dokumentasjon og beslutning eller vurdering (om observasjon, forklaring og dokumentasjon tilsier at det handler om omsorgssvikt). I prosessen med tolkningen av tegn og signaler skilles det også mellom begrepene vurdering (consider) og mistanke (suspect) som et hjelpemiddel for å tolke graden av sikkerhet i observasjonene. I tillegg står det også at de ulike tegn og signaler skal vurderes opp imot rimelige forklaringer. Alle disse prosedyrekravene må forstås som virkemidler for å unngå å konkludere om omsorgssvikt på feil grunnlag (falske positive).

## 6.9 Oppsummering

I dette kapitlet har vi tatt for oss tegn og signaler på forsømmelse og psykiske overgrep. Utgangspunktet for oversiktene i kapitlet er en felles database med tegn og signaler som er samlet fra ulike kilder. Denne databasen opererer med fem hovedtyper tegn og signaler:

- Følelsesmessige uttrykk og atferd
- Uvanlig atferd og utviklingstrekk
- Sosiale forhold
- Fysiske tegn og signaler
- Egenskaper ved foreldrene (relasjoner og trekk ved foreldre)

Innenfor hvert av delkapitlene og hovedkategorien er det også skilt mellom ulike typer av tegn og signaler. Formålet er at beskrivelsen av disse skal kunne brukes som utgangspunkt til å utforme et veiledningsmaterieell for ansatte i barnehager og skoler.

I kapitlet har vi også et avsnitt som omhandler bruken av tegn og signaler for å identifisere barn og unge som bekymrer. Her viser vi bl.a. til ulike begrensninger ved bruk av tegn og signaler. Videre peker vi på at tegn og signaler må tolkes i sammenheng med skjønn, at ulike tegn og signaler må ses i sammenheng, og over tid, samt at observasjon av tegn og signaler må betraktes som starten på en lengre prosess.

## 7. Fysiske og seksuelle overgrep

I denne delen har vi tatt for oss fysiske og seksuelle overgrep. Årsaken til at vi behandler disse separat, er at begge formene for overgrep kjennetegnes av fysiske tegn og symptomer. Samtidig viser gjennomgangen at fysiske og seksuelle overgrep også kan identifiseres gjennom andre psykiske og atferdsmessige tegn og signaler. Dette er tegn og signaler som både overlapper mellom fysiske og seksuelle overgrep, samt med tegn og signaler på andre former for omsorgssvikt (forsømmelse og psykiske overgrep).

Første del av kapitlet omhandler fysiske overgrep og den andre delen seksuelle overgrep. I begge delkapitlene har vi først presentert veiledningsmaterieell, dernest retningslinjer og til slutt utvalgt supplerende litteratur fra et systematisk litteratursøk. Litteratursøket ga imidlertid få relevante treff.

### 7.1 Fysiske overgrep

#### 7.1.1 Veiledningsmaterieell

Vi har tatt for oss seks ulike oversikter fra veiledningsmaterieell som omhandler tegn og signaler på fysiske overgrep. Vi har delt disse inn i tre typer. En type består kun av en enkel liste med ulike tegn og signaler. En annen type skiller mellom tegn og signaler hos barna og foreldrene. En tredje type skiller mellom fysiske tegn og tegn/signaler i form av atferd. Nedenfor har vi kun tatt med eksempler på de to sistnevnte typene.

Tabell 7.1 viser tegn og signaler på fysiske overgrep i en oversikt fra Child Welfare Information Gateway (2013) i USA. Her skiller det mellom fysiske og psykiske signaler hos barna, og atferdsmessige signaler hos foreldre. I kommentarene til oversikten fremgår det at ett tegn eller signal i seg selv ikke nødvendigvis gir grunn til bekymring, men at de må vurderes over tid og i kombinasjon med hverandre.

**Tabell 7.1 Tegn og signaler på fysiske overgrep hos barn og foresatte (Child Welfare Information Gateway, Children's Bureau, Washington)**

Fysiske overgrep (Physical abuse)	
Tegn hos barna	Tegn hos foreldre/omsorgspersoner
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Har uforklarlige brannsårr, bitt, blåmerker, benbrudd eller svarte øyne</li> <li>- Har blåmerker eller andre merker etter fravær fra skolen</li> <li>- Synes skremt av foreldrene og protesterer eller gråter når barna skal hjem</li> <li>- Trekker seg tilbake ved tilnærmelser fra voksne personer</li> <li>- Foreldre eller andre omsorgspersoner rapporterer om unaturlig skade</li> <li>- Plager dyr eller kjæledyr</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Har motstridende, lite overbevisende eller ingen forklaring på barnets skade, eller gir en forklaring som ikke er forenlig med skaden</li> <li>- Beskriver barnet som "ondt" eller på en svært negativ måte</li> <li>- Bruker hard fysisk disiplin med barnet</li> <li>- Er misbrukt som barn</li> <li>- Har selv plaget dyr eller kjæledyr</li> </ul>

Flere av oversiktene som omhandler fysisk overgrep, skiller mellom fysiske tegn og tegn i form av ulike type atferd hos barnet. I all hovedsak inneholder disse oversiktene fysiske tegn og tegn på atferd hos barnet, og i liten grad tegn eller signaler hos foreldrene. Tabell 7.2 er satt sammen fra flere kilder. Det betyr at de aller fleste temaene som inngår i originaloversiktene inngår i tabellen, men fremstillingen kan være forenklet. F.eks. varierer detaljeringsgraden av slag eller brennmerker forholdsvis mye i de ulike oversiktene.

### 7.1.2 Dokumenterte retningslinjer

I gjennomgangen av retningslinjer og tilsvarende dokumenterte oversikter har vi tatt for oss tre kilder. Dette inkluderer retningslinjene utarbeidet av NICE (2009), og prosedyrene utarbeidet av Oslo universitetssykehus (2015). I tillegg har vi også omtalt oversikter presentert på NKVTS (2013) sine nettsider. Både retningslinjene til NICE og prosedyrene til Oslo universitetssykehus er utformet for medisinsk personell og er forholdsvis detaljert beskrevet, mer enn det som vil være hensiktsmessig for ansatte i barnehage og skole.

NICE sine retningslinjer er derfor bare kort oppsummert. Prosedyrene til Oslo universitetssykehus er noe mindre detaljert og presenteres derfor mer utførlig. Gjennomgående tar retningslinjene for seg kroppstegn hos barn som følge av fysisk vold.

I NICE sine retningslinjer finner vi to kapitler som omhandler fysisk overgrep. Det er et kapittel om fysiske tegn og et kapittel om kliniske tegn. Temaområdet fysiske tegn innbefatter uforklarlige eller unaturlige blåmerker, sårskader, bittskader, brudd, brann- og frostskafer, samt skader som skyldes seksuell aktivitet. Det som omtales som kliniske tegn, omfatter uvanlig hyppig kontakt med helsetjenesten eller hyppig rapportering om skade, fabrikkerte skader på barnet, uforklarlig skolefravær, gjentatte livstruende hendelser, forgiftning og ikke-dødelige druknings-skader. Kapitlet om kliniske tegn omfatter også mistanke om livstruende hendelser, forgiftning, nesten drukningshendelser, uvanlig oppsøking av medisinske tjenester, fabrikkerte eller påførte sykdom og uforklarlig fravær fra skolen.

**Tabell 7.2 Liste over tegn og signaler på fysiske overgrep (sammensatt oversikt)**

Fysiske overgrep (physical abuse)	
Fysiske tegn	Atferdssignaler
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Merker etter slag (med hånd eller redskap), brennmerker, sår på kroppen og lign.</li> <li>- Skader fremstår i et mønster fra f.eks. hånd eller belte</li> <li>- Skader etter risting, kast eller spark.</li> <li>- Merker etter kvelningsforsøk (fingermerker)</li> <li>- Brudd på armer, ben, kraveben eller andre brudd</li> <li>- Symptomer på shaken baby og lign. (shaken baby syndrom er en kombinasjon av blødninger i hjernen og blødninger i øyenbakgrunnen hos barn i spedbarnsalderen oppstått i forbindelse med at barnet gjentatte ganger blir ristet på en slik måte at hodet beveges ukontrollert frem og tilbake)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vaktsom ved voksenkontakt</li> <li>- Engstelig når andre barn gråter</li> <li>- Tilbaketrukket og/eller aggressiv atferd</li> <li>- Skremt av foreldre</li> <li>- Redd for å gå hjem</li> <li>- Opplever fysisk kontakt som ubehagelig</li> <li>- Selvdestruktiv</li> <li>- Frykt for å gå steder hvor overgrep finner sted</li> <li>- Er vaktsom og årvåken i forhold til om noe ubehagelig skal skje</li> <li>- Har upassende klær for å skjule skader (for eksempel lang genser på varme dager)</li> </ul> <p>(Atferdsmessige tegn og signaler sammenfaller med tegn og signaler for seksuelle overgrep)</p>



Ifølge prosedyrene til Oslo universitetssykehus innebærer fysisk mishandling at en voksen person påfører et barn smerte, kroppslig skade eller sykdom. Mishandlingen kan videre ta form av slag, spark, lugging, klyping, biting, kasting, brenning, skålding, kvelning, neddykking/nærdrukning, filleristing mm. Ifølge retningslinjene er det også mishandling når en omsorgsperson bevisst fabrikkerer eller fremkaller sykdom. I de groveste tilfellene kan overgrepene ta form av forgiftning, drapsforsøk eller drap. Fysisk avstraffelse brukt for å disiplinere og oppdra barn og kjønnslemlestelse av jenter defineres også som fysisk mishandling.

Følgende tegn og signaler bør ifølge prosedyrene vekke mistanke om mishandling, gitt at det ikke er noen rimelig forklaring eller at forklaringen er usannsynlig:

- Skadeomfanget stemmer ikke med oppgitt hendelse
- Ingen ulykke eller hendelse som kan gi skade blir oppgitt
- Endring av forklaring eller ulik forklaring fra forskjellige personer
- Oppgitt hendelse eller skade passer ikke med barnets utviklingsnivå
- Det blir angitt at barnet ikke har klaget eller vist tegn på smerte eller ubehag
- Oppsøker lege sent
- Dårlig allmenntilstand uten synlige tegn på skade
- Barnets tidligere sykehistorie

I tillegg vises det til flere typer kliniske tegn på mishandling:

- Blåmerker, rift, kutt eller arr
- Brannskader
- Bittmerker
- Skade på øre, nese, hals og øye
- Skjelettskader/brudd

- Hodeskader
- Spinalskade, bukskade og thoraxskade
- Livløshetsanfall
- Forgiftning

Alle disse kliniske tegnene er nærmere utdypet i prosedyrene. De samme punktene er også utdypet nærmere i retningslinjene til NICE. Som nevnt over anses også fabrikkert eller påført sykdom (Münchausersyndrom) å være fysisk mishandling. Dette innebærer en oppdiktning av symptomer, forfalskning av symptomer og eventuelt påføring av symptomer.

Rapporten eller nettstedet til NKVTS inneholder også en detaljert beskrivelse av ulike typer kliniske tegn på fysisk mishandling eller overgrep. Oversiktene over tegn og signaler sammenfaller langt på vei med retningslinjene fra NICE og Oslo universitetssykehus. Med andre ord kan det se ut som at tegn og signaler på fysiske overgrep er forholdsvis standardisert, og at det er en viss konsensus om innholdet. Temaene i veilederen til NKVTS er: blåmerker, hudskader, øye- og ansikts-skader, introorale skader, brannskader, skjelettskader, hodeskader, øyefunn ved hodeskader, sikalskader, buksaskader og thoraxskader. På samme måte som i retningslinjene til Oslo universitetssykehus blir også tilstander som forgiftning, livløshetsanfall og fabrikkert/påført sykdom (Münchhausen) omtalt i NKVTS sin veileder.

### 7.1.3 Annen litteratur om fysiske overgrep

I litteratursøket fant vi en rekke artikler som omhandlet fysiske overgrep. En stor del av disse hadde imidlertid liten relevans. Temaene var bl.a. rettslige undersøkelsesprosesser, konsekvenser av fysiske overgrep, fysiske overgrep i parforhold, intervensjonsstudier etc. Ni av artiklene ble plukket ut som mulig relevante etter gjennomlesing av tittel og sammendrag. Etter gjennomlesing av de ni artiklene, fant vi at de likevel hadde mindre relevans. Temaene i artiklene handlet i hovedsak om kliniske undersøkelser og metoder

(herunder screeningverktøy) for å skille mellom skader etter ulykker og skader etter fysiske overgrep. Undersøkelsene var hovedsakelig også rettet inn mot akuttmottak eller helsevesenet for øvrig. Vi har likevel valgt å omtale to av undersøkelsene fra det opprinnelige søket. I tillegg har vi også omtalt tre andre undersøkelser som omhandler foreldres atferd, fysiske tegn hos barn, og en artikkel om ulike typer metoder for å avdekke overgrep.

Den ene artikkelen har undersøkt karakteristika ved familier hvor barn har blitt mishandlet (av Agathonos-Georgopoulou og Browne 1997). Formålet med undersøkelsen var å utarbeide en sjekkliste over risikofaktorer. Undersøkelsen sammenligner et utvalg familier hvor det er påvist mishandling med et utvalg ordinære familier som sammenligningsgrunnlag. Sammenligningen omfattet i alt 118 ulike egenskaper. Resultatet fra analysene skiller mellom egenskaper med høy, middels og lav prediksjonskraft. Sjekklisten inneholder imidlertid både observerbare kjennetegn og mer generelle risikofaktorer som ikke nødvendigvis er observerbare.

Den andre undersøkelsen tar for seg metoder for håndtering av skader hos barn på akuttmottak (Teeuw m.fl. 2011). Dette omfatter både bruk av sjekklister, kliniske undersøkelser og bruk av ulike kriterier for å skille ut barn med behov for mer målrettede og grundige undersøkelser. I denne sammenhengen er det bruk av sjekklister som

er mest relevant. Artikkelen viser til to øvrige litteraturoppsummeringer av ulike typer sjekklister. Problemstillingen er om bruken av sjekklister økte akuttmottakenes tilbøyelighet til å fange opp barn i risiko for å være utsatt for fysiske overgrep. Den ene oppsummeringsartikkelen konkluderer med at antall henvisninger (fra akutt til videre oppfølging) økte etter bruk av sjekklister, men de refererte undersøkelsene gir ikke svar på om økt henvisning resulterte i om flere utsatt for fysisk mishandling ble fanget opp, eller om det bare ble flere «falske positive». I den andre oversiktsartikkelen konkluderes det også med at antall henvisninger øker etter bruk av sjekklister, men uten at de avdekket flere bekreftede saker med overgrep. Det siste tyder på at sjekklister i første omgang ga flere falske positive. Forfatterne advarer derfor mot økt forekomst av falske positive ved bruk av sjekklister samt konsekvensen av dette.

I tillegg til de to undersøkelsene fra det opprinnelige litteratursøket, har vi også nedenfor oppsummert tre undersøkelser som kan ha en viss relevans. Generelt ser vi at disse underbygger de tegn og signaler som er omtalt tidligere i kapitlet.

Reder og Duncan (1995) har i en eldre studie undersøkt 35 mishandlingssaker i Storbritannia (1973 -1989) som endte med døden. Formålet med gjennomgangen var å reanalysere sakene for å avdekke om det fantes felles tegn eller signaler. Forfatterne deler sakene i to typer. Den ene typen

**Tabell 7.3 Tegn som predikerer fysiske overgrep**

Egenskaper med høy forklaringskraft	Egenskaper med middels forklaringskraft	Egenskaper med lite forklaringskraft
Barns hygienetilstand	Livshendelser	Forsinket psykomotorisk utvikling hos barnet
Foreldre med psykiske helseproblemer	Barn som ikke lever med begge biologiske foreldre	Sykdom hos barnet
Dårlig relasjon mellom foreldre	Mor uten sosial støtte i krisesituasjoner	Barnet fikk ikke brystmelk som spedbarn
Foreldre med negative livserfaringer	Far med ustabil tilknytning til arbeidslivet eller arbeidsløshet	Foreldre med autoritær oppdragerstil
Mors oppdragelse (høy grad av disiplin)	Ung mor (< 21 år) ved fødsel	Fraværende foreldre

saker blir omtalt som «tilbaketrekning» og den andre «skjulte advarsler». Det som kjennetegnet den første typen saker, var at familien trakk seg tilbake fra kontakt med omverdenen, spesielt offentlige tjenester. Dette innebar bl.a. at de ikke holdt avtaler med ulike tjenester, at de ikke svarte på henvendelser, at barna uteble fra skolen, og at naboer ikke lengre så barna ute. Slik atferd var tilstede i de fleste av de 35 sakene. Atferden opptrådte vanligvis i sykliske perioder. Varigheten på periodene kunne variere fra 5 uker og opp til 10 måneder. Det fremgikk også at periodene med tilbaketrekning sammenfalt med perioder med økt overgrep mot barnet. En slik tilbaketrekningsperiode var også gjerne opptakten til barnets død, men uten at den siste perioden skilte seg særskilt fra tidligere perioder. Forfatterne konkluderer dermed med at enhver tilbaketrekningsperiode representerer en stor risiko for barnet. I enkelte av sakene viste det seg imidlertid at hjelpeapparatets forsøk på å komme i kontakt med familiene, resulterte i at barnet døde. Forfatterne peker derfor på det paradokset at forsøk på å nå inn til familien, faktisk kan øke risikoen for et fatalt utfall. Den andre typen saker bærer preg av nærmest det motsatte av tilbaketrekning. Disse sakene kjennetegnes av at foreldre tok barna til hjelpeapparatet og kommuniserte en fordekt historie som egentlig signaliserte en eskalerende mishandling. Henvendelsene er ulike, men handler om både faktiske skader og om spesielle bekymringer. Foruten de nevnte sakene viser også forfatterne til andre tilsvarende saker fra litteraturen. Ifølge forfatterne er det imidlertid bare i retrospektiv at man kan se at dette er faresignaler. Noe av utfordringen med de beskrevne signalene er at undersøkelsen bygger på saker som er ekte positive. Det finnes ikke noen sammenligningsgruppe som eventuelt kan bekrefte eller avkrefte at dette er unike tegn og signaler, eller om handlinger basert på denne typen tegn og signaler ville gitt mange falske positive.

Pau-Charles m.fl. (2012) har i en annen artikkel tatt for seg tegn på huden som signaler på overgrep mot barn. Her vises det til at faresignalene for fysisk mishandling er vage

forklaringer fra foreldre om hvordan skadene oppstod, ulike forklaringer fra foreldre, en forklaring som endrer seg, en historie med gjentatte blåmerker (besøk på legevakt) og at foreldre oppsøker hjelp sent og uten god forklaring. Videre vises det til at forklaringer som ikke samsvarer med de fysiske funnene, er en god indikasjon på fysisk vold (f.eks. barn som ikke kan krabbe, har falt ned trapp). Synlige tegn på fysisk vold er blåmerker, kuttskader, brannskader og bittskader. Undersøkelsen viser også til fysisk forsømmelse hvor signalene er dårlig hygiene, upassende tøy, redusert underhud (subcutaneous tissue), alvorlige dermatitt (rød og kløende hud i bleieområdet) og tørr eller skjellpreget hud (pga. ernæringssvikt).

En litteraturgjennomgang av Bailhache m.fl. (2013) har tatt for seg 13 studier av fysisk, psykisk og seksuelle overgrep mot barn. Syv av studiene tar for seg fysiske overgrep, fire seksuelle overgrep, én psykiske overgrep og én flere former for overgrep. De ulike studiene har benyttet ulike metoder for å identifisere overgrep: kliniske undersøkelser og screening. En konklusjon er imidlertid at alle metodene forutsetter at det allerede foreligger mishandling, dvs. at de kommer for sent inn i en mishandlingsprosess. Forfatterne etterlyser derfor verktøy som er i stand til å fange opp saker mye tidligere.

## 7.2 Seksuelle overgrep

I denne delen har vi tatt for oss tegn og signaler på seksuelle overgrep. På samme måte som for fysiske overgrep preges retningslinjer og litteraturen på dette feltet av medisinsk litteratur som tar for seg fysiske tegn som forutsetter kliniske undersøkelser. Som over har vi også her skilt mellom veiledningsmaterieell, dokumenterte retningslinjer og annen supplerende litteratur fra litteratursøket.

### 7.2.1 Veiledningsmaterieell

Department of Communities, Child Safety and Disability Service i Australia har utarbeidet en liste

over tegn og signaler på overgrep mot barn. Ifølge folderen kan et barn si ting, gjøre ting eller vise fysiske tegn på at de har vært utsatt for overgrep, selv om det ikke uttrykkes eksplisitt. Folderen inneholder følgende indikatorer på seksuelle overgrep mot barn:

- vise større seksuell kunnskap enn normalt forventet for alder eller utviklingsnivå
- upassende seksuell lek og atferd med seg selv, andre barn eller dukker og leker
- tips om seksuell aktivitet gjennom handlinger eller kommentarer som er upassende for barnets alder eller utviklingsnivå
- overdreven onani eller masturbasjon i offentligheten etter barnehagealder
- vedvarende sengevæting, urinering eller smuss i klær
- vedvarende seksuelle temaer i sine tegninger eller lek
- ødelegger eiendom
- sårer eller lemlester dyr
- skaper fortellinger, dikt eller kunstverk om overgrep
- konsentrasjonsvansker, trekke seg tilbake eller er altfor lydig
- har uventet rødhet, sårhet eller skade rundt penis, vagina, munn eller anus
- har revet, farget eller blodige klær, spesielt undertøy
- tilbakevendende temaer av makt eller kontroll i spill.

I et tilsvarende veiledningsmaterieell har SISO (2012) utarbeidet en liste over tegn og signaler på seksuelle overgrep.<sup>6</sup> I utgangspunktet viser veilederen til at det er vanskelig å tyde barns reaksjoner. Dette fordi barn kan opptre svært

forskjellig, og fordi det ikke finnes et entydig sett av tegn og signaler som på en presis måte kan si om det har foregått seksuelle overgrep. Ifølge oversikten vil noen barn reagere direkte og fortelle om hendelser som har skjedd, mens andre barn kan reagere med aggressivitet, frustrasjon eller lukke seg inne og tie om overgrepet. Andre igjen kan ha opparbeidet seg motstandsdyktighet og forsøker å mestre slike hendelser ved å late som ingenting. Med disse forbeholdene som bakteppe inneholder oversikten følgende tegn og signaler:

- Endret atferd (forutsetter kjennskap til barnets normale atferd; tap av nysgjerrighet og tillit til andre; vanskeligheter med å inngå følelsesmessige relasjoner til andre)
- Påfallende aktiv seksuell atferd (fremvisning av avanserte seksuelle stillinger; seksuelle signaler til voksenpersoner; blander det å ha sosial kontakt med det å ha seksuell kontakt)
- Motvilje mot å være sammen med en bestemt person (protestere mot å være sammen med krenker; avhenger av alder)
- Umotivert gråt - angstreaksjoner (følelsesmessig spenning som følge av at barnet ikke snakker om overgrep)
- Søvnløshet - mareritt (signal dersom det vedvarer og opptre sammen med andre signaler)
- Fysiske symptomer (sår eller irritasjon ved kjønnsorgan; ubehag når barnet tisser/har avføring; ufrivillig vannlating/avføring; underlivssmerter; kan også vise seg som «uforklarlige» magesmerter)
- Tristhet - depresjon (seksuelle overgrep kan resultere i ensomhet og depressive reaksjoner)
- Aggressivitet - hyperaktivitet (aggressivitet overfor andre barn eller voksne; uforklarlige raserianfall; hyperaktivitet hvor det ustanselig skifter aktivitet i et høyt tempo)
- Manglende konsentrasjon (problemer med konsentrasjon, læring og lek)

<sup>6</sup> Oversikten finnes i en utgivelse fra Socialstyrelsen (Seksuelle overgrep og fysisk /psykisk vold Inspirationskatalog til udarbejdelse af et skriftligt kommunalt beredskab, 2012). Innholdet er imidlertid utarbeidet av SISO (Vitenscenteret for sociale indsatser ved seksuelle overgrep mot barn).

- Selvdestruktiv atferd (hos større barn kan overgrep lede til selvmordstanker)
- Regressiv atferd (barnet «går tilbake i utvikling» og får atferdstrekk som det ellers har vokst fra; snakker med barnslig stemme; går i baklås i kjente situasjoner etc.)
- Manglende selvfølelse - hjelpeløshet - passivitet
- Spiseforstyrrelser (sulting/anoreksi eller overdreven spising/bulimi).
- Påkledning (kan gå utfordrende kledd eller kan dekke seg med mange lag med klær)
- Sengevæting (tisser i sengen eller har avføring i buksene)

I oversikten står det også at det er viktig å observere barnet over tid, og at en fornemmelse om endringer i barnets atferd bør medføre en mer konsekvent observasjon av barnet, eventuelt i en fastsatt tidsperiode.

### 7.2.2 Dokumenterte kilder

I denne delen har vi presentert to dokumenterte kilder. Den ene er utarbeidet av SISO<sup>7</sup> (2014) og den andre av Oslo universitetssykehus (2015).

I publikasjonen «Den professionelle tvivl - Tegn og reaksjoner på seksuelle overgrep mod børn og unge» presenterer SISO ulike tegn og signaler på seksuelle overgrep mot barn og unge (se tabell 7.4). I rapporten står det at det ikke finnes entydige tegn og signaler på at et barn har vært utsatt for seksuelle overgrep. Barnet kan likevel gjennom sin atferd vise tegn på mistriivsel, noe som krever at man er i stand til å se, tolke og handle på bakgrunn av tegn og signaler. I oversikten skiller det mellom fysiske, psykiske og sosiale reaksjoner på at barn er utsatt for seksuelle overgrep.<sup>8</sup>

Retningslinjer utgitt fra Oslo universitetssykehus skiller mellom tegn som kan vekke mistanke om

seksuelle overgrep, fysiske symptomer på seksuelle overgrep og atferdsmessige/psykologiske symptomer og reaksjoner. Retningslinjene viser til flere utfordringer med å tolke tegn og signaler på seksuelle overgrep.

For det første fremgår det at tegnene kan være utydelige, og at de også kan skyldes andre forhold enn seksuelle overgrep. En anbefaling er derfor at man også er åpen for at det kan være andre forklaringer på tegn i form av utsagn og atferd. Videre fremgår det at barn også kan være utsatt for seksuelle overgrep uten å vise til spesielle tegn eller reaksjoner. Ifølge retningslinjene kan barn selv fortelle om overgrep, men det mest vanlige er at barns fortellinger er vage og vanskelige å fortolke.

For det andre viser retningslinjene til at seksuelle overgrep mot barn som regel ikke etterlater fysiske spor eller forandringer. Fysiske symptomer kan være klage over sårhet og/eller vondt i underlivet, blødning, utflod og gjentatte urinveisinfeksjoner. Samtidig vises det til at dette også er vanlige tilstander også hos barn som ikke har vært utsatt for overgrep.

For det tredje fremgår det av retningslinjene at det er stor variasjon i symptom bildet mellom barn, og at symptomene i seg selv ikke gir sikre holdpunkter for overgrep. Mange barn viser imidlertid symptomer innenfor minst to av følgende områder: Angst, sinne, konsentrasjonsvansker i skolen, seksualisert atferd og psykosomatiske plager.

Nedenfor beskrives tegn og signaler som kan gjøre seg gjeldende for ulike aldersgrupper. Det fremgår imidlertid at tegn beskrevet under én aldersgruppe også kan være aktuelle for yngre eller eldre aldersgrupper.

### Små barn 0-2 år

I denne aldersgruppen kan det være spesielt vanskelig å finne ut om symptomene skyldes seksuelle overgrep eller har andre årsaker. Det understrekes at symptomene i denne alders-

7 Videncentret for sociale indsatser ved seksuelle overgrep mod børn

8 <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/den-professionelle-tvivl-tegn-og-reaktioner-pa-seksuelle-overgrep-mod-born-og-unge>

Tabell 7.4 Tegn og signaler på seksuelle overgrep. Kilde: SISO (2014)

	Sosiale reaksjoner	Fysiske reaksjoner	Psykiske reaksjoner
<b>Små barn</b>	<p>Endringer i atferd.</p> <p>Seksualisert atferd.</p> <p>Overdreven/tvangspreget onani.</p> <p>Uvanlig interesse for og kunnskap om seksualitet utover alder og utviklingsnivå.</p> <p>Konsentrasjonsvansker.</p> <p>Lek med dukker som illustrerer seksuelle overgrep.</p> <p>Regressiv atferd, babyspråk.</p> <p>Utagering, aggressiv atferd, spark, slag, biting.</p> <p>Hyperaktivitet.</p> <p>Følelser av frustrasjon og sinne.</p> <p>Frykt for og aversjon mot bestemte personer eller steder.</p> <p>Umotivert gråt.</p> <p>Konsentrasjonsvansker i lek og samspill med andre.</p> <p>Taushet.</p> <p>Påføre selvforskyldt smerte, stanger hodet i ting, dra i håret, skjære i kroppen eller i bilder.</p>	<p>Rødhet, irritasjon rundt kjønnsorganene og i endetarms-åpning.</p> <p>Smerte, kløe, utslett rundt kjønnsorganene og i endetarms-åpning. Vaginal blødning, blødning fra kjønnsorganene og endetarmsåpning.</p> <p>Blærekatarr, skjedekatarr.</p> <p>Blod i underbuksa.</p> <p>Har problemer med å gå eller sitte.</p> <p>Mage- og fordøyelsesproblemer.</p> <p>Klager over uvelhet.</p> <p>Putter gjenstander inn i skjeden og endetarm.</p> <p>Ufrivillig vannlating, encoprese.</p> <p>Sprekker i munnen, munnsår.</p> <p>Pådrar seg seksuelt overførbare sykdommer.</p> <p>Svelgeproblemer, ubehag i forhold til bestemte matvarer.</p> <p>Uvanlig kroppslukt (sæd).</p> <p>Følger ikke normal vekstkurve.</p>	<p>Humørsvingninger.</p> <p>Tristhet.</p> <p>Angst.</p> <p>Uforklarlig gråt, skriketokter.</p> <p>Mareritt, redd for å sovne.</p> <p>Utviser likegyldighet, robotlignende oppførsel.</p> <p>Ensomhet.</p> <p>Isolasjon.</p> <p>Reagerer ikke på kontakt fra andre, trekker seg inn i seg selv.</p> <p>Mistillit til voksne.</p> <p>Utrygg tilknytning. Dissosiasjon.</p> <p>Ukritisk i kontakt med andre.</p>
<b>Mellomstore barn</b>	<p>Samme som over, og i tillegg:</p> <p>Lærevansker, mangel på konsentrasjon.</p> <p>Utviser voksen seksuell atferd, forførende, flørt.</p> <p>Påfallende antrekk.</p> <p>Begynnende selvdestruktiv atferd.</p> <p>Tap av ferdigheter.</p> <p>Begynnende utvikling av beskyttelsesstrategier.</p> <p>Mobbing.</p> <p>Begynnende selvmordstanker.</p>	<p>Psykosomatiske klager over smerter i underlivet, hodepine, magesmerter etc.</p> <p>Vanskeligheter med kroppskontakt, berøring, mangel på beskjedenhet.</p> <p>Mangelfull eller overdreven personlig hygiene.</p>	<p>Lav selvfølelse.</p> <p>Maktesløshet.</p> <p>Apati.</p> <p>Skyldfølelse.</p> <p>Skamfølelse.</p> <p>Begynnende depresjon.</p> <p>Innadvendthet.</p>
<b>Tenårene</b>	<p>Selvskading, selvmordstanker og -forsøk.</p> <p>Spiseforstyrrelser.</p> <p>Alkohol- og narkotikamisbruk.</p> <p>Utviser pseudomodenhet.</p> <p>Hemmighetsfull, skamfull.</p> <p>Utvikling av spesielt kroppsspråk, kroppsholdning, ganglag.</p>	<p>Tidlig seksuell aktivitet.</p> <p>Tidlig graviditet og abort.</p> <p>Forsøk på å holde tilbake fysisk utvikling.</p>	<p>Depresjon.</p> <p>Mistillit til andre.</p> <p>Manglende identitetsfølelse.</p> <p>Forvirring omkring kjønnsidentitet.</p> <p>Økt skyld- og skamfølelse.</p>

gruppen vanligvis har andre årsaker enn seksuelle overgrep. Barn utsatt for seksuelle overgrep kan likevel ha følgende tegn og symptomer:

- Angst under stell og bleieskift
- Generelt engstelige, klamrende, sutrende og sinte
- Forstyrret søvnmønster
- Generelle tegn på mistriivsel
- Skriketokter og/eller panikkanfall

### Barn 3-5 år

- Fortelle med ord at de er utsatt for overgrep
- Gi uttrykk for at det er noe de ikke tør, kan eller vil snakke om
- Smerter i magen og/eller hodet
- Smerter og sårhet i underlivet (ikke alltid ytre tegn)
- Problemer med vannlating/avføring etter at de er blitt renslige
- Hyppige mareritt hvor barna kan bli paniske og utilgjengelige for trøst
- Fjerne og stirrende i perioder
- Fortvilelse, angst og depresjon
- Problemer med tannpuss
- Problemer med spising (spesielt barn som blir misbrukt oralt). Dette kan dreie seg om generelle spisevegring eller ulyst i forhold til spesielle typer mat som kan minne om sæd eller penis
- Seksuell atferd uvanlig i forhold til alder og modenhet (seksualisert atferd)

### Barn 6-12 år

- Gi uttrykk for at de ikke har lyst til å leve, for at de har vanskelige liv eller true med å ta livet av seg
- Sterk skam- og skyldfølelse
- Isolere seg fra andre barn
- Bli mimikkfattige, innadvendte og deprimerte

- Aggressivitet og/eller hyperaktivitet
- Lærevansker (fra milde konsentrasjonsvansker via språkvansker til å virke psykisk utviklingshemmet uten å være det)
- Bli uforutsigbare, høre stemmer, føle seg dirigert av fantasipersonligheter, ha lange perioder med fjernhet, leve ut forskjellige personligheter. Dette kan være barn som dissosierer
- Problemer knyttet til hygiene, eksempelvis ved å nekte å dusje, ignorere personlig hygiene eller ved å være tvangsmessig opptatt av å være ren
- Forvirring rundt egen kjønnsrolle, eksempelvis kan enkelte jenter som blir misbrukt, prøve å bli som gutter, mens andre vil prøve å være hyperfeminine, ofte på en overdreven måte
- Seksuell atferd uvanlig i forhold til alder og modenhet (seksualisert atferd)

### Pubertet og ungdomsår

Denne aldersgruppen kan ha tegn og symptomer nevnt under yngre aldersgrupper. Nye tegn og symptomer som kan oppstå i denne aldersgruppen er:

- Tidlig seksuell debut, prostitusjon/promiskuøs atferd og rusmisbruk
- Synkende skoleprestasjoner
- Jenter vil kunne kle og oppføre seg utfordrende
- Innblanding i kriminelle aktiviteter
- Selvmordsfare mer uttalt
- Selvskading
- Rømming hjemmefra - spesielt når overgrepene foregår hjemme
- Forgripe seg seksuelt på jevnaldrende eller yngre barn
- Utvikler ulike former for spiseforstyrrelser, herunder også overvekt
- Mer uttalte dissosiasjonssymptomer, som beskrevet over
- Angst- og tvangslidelser, depresjoner og psykososer

### 7.2.3 Annen litteratur om seksuelle overgrep

I denne delen har vi oppsummert relevant litteratur om seksuelle overgrep fra litteratursøket. Av de 80 mulige relevante artiklene, omhandlet 8 seksuelle overgrep. De 8 artiklene kunne igjen sorteres inn i fire ulike tema. Dette er:

- Studier av avsløringsprosesser (1)
- Seksuell atferd/kunnskap hos barn som indikasjon på overgrep (1)
- Studier av samtalemetoder/protokoller i forbindelse med rettslige avhør (5)
- Kjennetegn ved overgriper (1)

I det opprinnelige søket var det kun én eller et fåtall artikler innenfor de ulike temaene. Vi valgte derfor å gjøre ytterligere søk (etter snøballmetoden) innenfor de to mest relevante temaene, dvs. studier av avsløringsprosesser og seksuell atferd/kunnskap hos barn.

I det opprinnelige søket fant vi flest treff på publikasjoner som omhandlet *samtalemetoder*. Disse tar som regel utgangspunkt i samtaler knyttet til rettslige avhør. Problemstillingene her er hvordan man på den ene siden skal få barn til å avsløre overgrep og på den andre siden unngå falske anklager. Dette er omtalt i eget kapittel om samtaler.

I det første søket fant vi én artikkel som omhandler kjennetegn ved overgriper. Ytterligere søk etter tilsvarende litteratur ga lite relevante treff. Det synes derfor som at det er lite forskning på dette temaet. I tillegg anses temaet som mindre relevant i denne sammenheng, og vi har derfor valgt å ikke omtale det nærmere.

I tillegg til de fire temaene nevnt over, inngår også studier av fysiske tegn i det første søket. Disse er imidlertid ikke inkludert blant relevante studier. Dette skyldes dels at slike tegn er omtalt i retningslinjer, og dels at slike studier handler om kliniske undersøkelser.

### Avsløringsprosesser

Vi har i alt funnet sju artikler som omhandler avsløringsprosesser. Disse artiklene tar utgangspunkt i hvordan barn og unge opplever det å avsløre seksuelle overgrep, og i all hovedsak bygger de på intervjuer med personer utsatt for overgrep. Gjennomgående beskrives avsløringene som en prosess der barnet søker tillitspersoner for å innlede til en dialog som leder til at barnet avslører overgrepet. Dialogen kan både være direkte og indirekte og bestå av mer eller mindre klare eller uklare tegn. Hovedbudskapet i denne litteraturen er at omsorgspersoner som blir involvert i slike prosesser, må forstå de signalene barna sender ut og respondere på en adekvat måte. Barn som ikke blir møtt med forståelse på de signalene som sendes ut, vil derimot trekke seg tilbake og utsetter avsløringen. Denne litteraturen er også opptatt av å forstå barns avsløringer i lys av ulike barrierer mot å avsløre overgrepet. Dette kan f.eks. være frykt for konsekvenser for seg selv eller familie-medlemmer. I korte trekk kan vi si at avsløringsprosessen består av tre hovedkomponenter: 1) barrierer som kan variere avhengig av forhold som kultur, familieklima, hvem overgriper er osv.; 2) tegn og signaler som barnet gir til omsorgspersoner; og 3) omsorgspersoners evne til å tolke barnas signaler på å avsløre overgrepet.

Alaggia (2004) viser i sin undersøkelse at signalene fra barn kan komme i mange former, f.eks. i form av at barnet klynger seg til foreldre, raseri eller sinne, tilbaketrekning eller i form av rømming. Samtidig vises det til at slike signaler gjerne kombineres med verbale signaler der barnet uttrykker ønske om å unngå situasjoner eller bestemte personer som knyttes til overgrepet. Jensen m.fl. (2005) legger vekt på at avsløringsprosessen må forstås som en dialog med mer eller mindre klare signaler. Ifølge forfatterne vil denne dialogen lettere lede til en avsløring dersom det oppstår en mulighet for barnet til å gi signaler, at barnet opplever å ha en grunn (vurdering av risiko og nytte), og at temaet indirekte bringes på banen i dialogen mellom barn og omsorgsperson (tematisk kontakt). Staller (2005) beskriver dialogprosessen i tre faser. I den



første fasen går overgrepsofferet gjennom en bevissthetsprosess. I den andre fasen handler det om at barnet tester ut reaksjonen til aktuell omsorgsperson ved å gi signaler om overgrepet. Den tredje fasen handler om barnets vurdering av konsekvensene ved å avsløre overgrepet. Ifølge forfatteren er omsorgspersonens reaksjon på signalene barnet gir, avgjørende for om barnet avslører overgrepet. En artikkel av Flåm og Haugsveen (2013) viser til en tilsvarende prosess, men at den første responsen fra omsorgspersonen er avgjørende for hvorvidt barnet går videre i avsløringsprosessen. Det avgjørende er om barnet møtes med åpne spørsmål, eller om de første signalene avfeies eller bagatelliseres (lukkede svar). I det første tilfellet vil barnet være mer tilbøyelig til å gå videre i avsløringen. McElvaney m.fl. (2014) viser til at det er fem faktorer som er avgjørende for om prosessen leder til avsløring eller ikke: 1) det å bli trodd på; 2) det å bli spurt (som følge av signaler); 3) fortrolige venner (som oppfordrer til å avsløre); 4) skam- og skyldfølelse; 5) frykt og bekymring for seg selv og andre (ved avsløring). I en annen artikkel av McElvaney (2015) pekes det samtidig på at måten omsorgspersonen spør på, er avgjørende for om barnet avslører eller ikke. I tillegg viser denne artikkelen til andre faktorer som kan hemme eller fremme avsløringsprosessen, bl.a. forhold til foreldre (støttende foreldre) og om overgrepet har skjedd innenfor familien eller ikke. Også her pekes det på at det er avgjørende at barnet faktisk blir spurt, ikke nødvendigvis om overgrep direkte, men om barnets generelle trivsel og velvære. En litteraturgjennomgang av Reitsema og Grietens (2016) tar også utgangspunkt i at avsløringer som regel innbefatter en lengre prosess. Forfatterne hevder at prosessen starter med selve overgrepet, og avsløringene foregår i form av både verbale og atferdsmessige, direkte og indirekte, signaler på overgrep. Ifølge forfatterne er det derfor nødvendig å betrakte tegn og signaler på overgrep som en del av en interaksjonsprosess med flere elementer, og ikke som isolerte tegn på overgrep. Videre fremgår det at barnet er sensitiv for responsen til individene rundt dem,

og at barn har en tilbøyelighet til å søke hjelp hos fortrolige personer.

### Seksuell atferd/kunnskap hos barn

Litteraturen om seksuell atferd/kunnskap tar utgangspunkt i at det er mulig å observere risiko for seksuelle overgrep gjennom observasjon av unormal seksuell atferd eller kunnskap hos barn. Litteraturen tar utgangspunkt i at alle barn og unge vil uttrykke en normal form for seksuell atferd, men atferd/kunnskap som går ut over det som er normalt for alderen, kan ses på som et tegn på overgrep. Litteraturen peker imidlertid på at det er vanskelig å skille mellom hva som er aldersadekvat atferd, og hva som er unormal atferd for alderen. Enkelte har derfor vist til at det ikke er atferden som er avgjørende, men hva slags kunnskap barn i ulike aldre har om seksuelle aktiviteter. Et tegn på seksuelle overgrep er med andre ord når barnet har kunnskaper om seksuelle aktiviteter som ikke samsvarer med alderen.

Vi har i alt funnet fem artikler som tar opp dette temaet. Davis m.fl. (2000) og Friedrich m.fl. (2001) viser begge til at mønstre av seksuell atferd varierer i den forstand at barn utsatt for seksuelle overgrep i større grad viser uvanlig seksuell atferd. Samtidig pekes det også på at det er knyttet usikkerhet til denne sammenhengen. Dette henger sammen med at barn med uvanlig seksuell atferd også lever i mer stressede familiesituasjoner, og at atferden derfor kan ha andre årsaker enn seksuelle overgrep.

En undersøkelse av Drach m.fl. (2001) har sett på hvorvidt barn (2-12 år) henvist til undersøkelse for seksuelle overgrep, utviste en spesiell seksuell atferd. Resultatene fra undersøkelsen viser at det ikke er noen signifikante sammenhenger mellom den kliniske diagnosen for seksuelle overgrep og barnas seksuelle atferd. Undersøkelsen konkluderer derfor med at avvikende seksuell atferd kan variere både blant barn som har vært, og ikke har vært utsatt for seksuelle overgrep. Forfatterne hevder derfor at man skal være forsiktig med å bruke seksuell atferd som indikasjon på seksuelle overgrep. Risikoen for å få falske positive er stor.

Honor (2004) oppsummerer litteratur på feltet og konkluderer med at det ikke er konsensus om hva som er normal og unormal seksuell atferd blant barn. Forfatteren hevder likevel at det er noen atferdsformer som er mer uvanlig, og at slik atferd forekommer oftere hos barn utsatt for overgrep. Brilleslijper-Kanter m.fl. (2004) tar utgangspunkt i at det er vanskelig å identifisere overgrep kun med utgangspunkt i barns atferd. Ifølge forfatterne vil barns kunnskap om seksuell atferd – kunnskap som går ut hva som er normalt for alderen – være en mer presis indikator. De foreslår derfor heller en metode som tar utgangspunkt i barnets kunnskap, og at dette kan fanges opp gjennom intervjuer. De peker samtidig på at det vil være behov for mer forskning rundt bruken av en slik metode.

### 7.3 Sammendrag

Gjennomgangen av tegn og signaler på fysiske og seksuelle overgrep viser at tegn og signaler som fremgår av de dokumenterte kildene, primært er beregnet på helsepersonell. Identifisering forutsetter ofte også kliniske undersøkelser. Dette gjelder spesielt de fysiske tegnene på overgrep. I tillegg er litteraturen om samtalemetoder i stor grad rettet inn mot rettslige avhør. Andre psykiske tegn og tegn på bestemt type atferd vil derimot være mer aktuelle å observere også for andre yrkesgrupper og i andre kontekster. Vi ser også at denne typen tegn og signaler overlapper mellom både fysiske overgrep, seksuelle overgrep og andre former for omsorgsvikt (forsømmelse og psykiske overgrep).

Både veiledningsmateriellet, retningslinjene og den supplerende litteraturen viser til at det er stor usikkerhet knyttet til tegn og signaler på spesielt seksuelle overgrep. For det første henger dette sammen med at barn kan reagere svært forskjellig, alt fra barn som selv forteller, til barn som opptrer med en bestemt utagerende atferd, til barn som bevisst opptrer så normalt som mulig. For det andre vil mange av de tegn og signaler som kjennetegner seksuelle overgrep, også kunne ha mange andre årsaker. Det er derfor fare for

mange såkalte falske positive identifikasjoner. Litteraturen om seksuell atferd som indikasjon på seksuelle overgrep illustrerer dette. Langt på vei gjelder denne usikkerheten også tegn og signaler på fysiske overgrep.

Som følge av usikkerheten ved identifisering av fysiske og seksuelle overgrep, inneholder det gjennomgåtte materialet også anbefalinger om tolkningen av tegn og signaler. For det første handler dette om at ett tegn/signal i seg selv ikke er noen indikasjon på overgrep. For det andre handler det om at tegn må observeres over tid eller i kombinasjoner, dvs. at ulike tegn/signaler opptrer samtidig. For det tredje anbefales det å observere endringer i barns atferd, og at fornemmelse av endring bør medføre mer systematiske eller konsekvente observasjoner.

Litteraturen som omhandler avsløringsprosesser, illustrerer at det ikke er tilstrekkelig å observere tegn og signaler for å identifisere seksuelle eller fysiske overgrep. Her fremgår det at avsløringen må forstås som en prosess bestående av uklare signaler og respons fra omsorgspersoner. Det avgjørende for om barnet avslører overgrepet, er omsorgspersonenes evne til å tolke og reagere adekvat på barnets signaler. I tillegg til å ha kunnskap om tegn og signaler, krever avsløringsprosessen også kunnskap om hvordan barnet opplever situasjonen, hvordan avsløringsprosessen foregår, og ikke minst hvordan omsorgspersoner bør respondere.

Avslutningsvis kan det også være verdt å ta med en av de refererte studiene fra litteratursøket. Med bakgrunn i en gjennomgang av en rekke studier av fysiske, psykiske og seksuelle overgrep, konkluderer forfatterne med at metodene og verktøyene som benyttes, forutsetter at mishandlingen har kommet langt. Med utgangspunkt i denne konklusjonen etterlyser de videre verktøy som fanger opp barn og unge langt tidligere i prosessen.

## 8. Tegn og signaler på andre risikofaktorer

Dette kapitlet oppsummerer andre relevante retningslinjer og resultatene fra litteratursøket som omhandler tegn og signaler på risiko hos barn og unge. Resultatet fra søket er forholdsvis magert, noe som sannsynligvis skyldes at søkestrategien har favnet for bredt. Det betyr at kapitlet på ingen måte gir noen fullstendig oversikt, men må heller betraktes som en gjennomgang av aktuelle tema og metoder det kan være aktuelt å gå dypere inn i. Det som for øvrig skiller dette kapitlet fra de to foregående, er at det retter seg mot eldre barn og ungdom i større grad enn mot yngre barn. Tematisk har vi funnet retningslinjer og litteratur som er mer eller mindre relevant innenfor følgende områder:

- Atferdsutfordringer
- Mobbing
- Rus- og spillproblematikk blant ungdom
- Psykiske plager/lidelser
- Tilknytningsvansker

Gjennomgangen av materialet viser at de ulike retningslinjene har liten relevans. Dette skyldes dels at retningslinjene ikke inneholder konkrete tegn og signaler (men heller prosedyrer), dels at retningslinjene anbefaler screeningverktøy, og dels at identifisering av tegn og signaler forutsetter medisinsk personell og kliniske kontekster. Vi har likevel valgt å presentere det foreliggende materialet for å peke på områder hvor det kan være aktuelt å utarbeide mer relevant materiale for medarbeidere i skole og barnehage. Tilsvarende finner vi også lite relevante undersøkelser fra litteratursøket. Det finnes riktignok en del artikler som tematisk hører inn under de fem temaene, men det er få av dem som omhandler tegn og signaler.

### 8.1 Atferdsutfordringer hos ungdom

I dette avsnittet har vi oppsummert to retningslinjer og fire artikler som omhandler atferdsutfordringer hos ungdom. Problemstillingene som tas opp her, er hva som kjennetegner risikofylte atferdsutfordringer.

#### Utfordrende atferd og læringsvansker (NICE guideline)

NICE (2015) har utarbeidet en retningslinje som tar for seg ungdom med læringsvansker som utvikler atferdsproblemer. Retningslinjen omfatter både det å fange opp eller identifisere, kartlegging og intervensjon. Identifiseringen handler ikke primært om å identifisere tegn og symptomer på atferdsproblemer, men om å tolke situasjoner som gjør at barn/ungdom med læringsvansker utvikler atferdsproblemer. Læringsvansker omfatter i disse retningslinjene både unge med dysleksi, svekket kognitiv fungering og manglende sosiale tilpasning. Atferdsproblemer som studeres, er: aggressiv atferd (verbalt overgrep, trusler og fysisk vold), destruktiv atferd (skadeverk), forstyrrende atferd, selvskading og seksuelt skadelig atferd.

Risikofaktorene for å utvikle atferdsproblemer omfatter: (1) komorbide tilstander med autisme og læringsproblemer, (2) kjønn, (3) alvorligheten av læringsvanskene, (4) komorbide situasjoner med epilepsidiagnose og læringsvansker, (5) mentale helseproblemer, (6) ekspressive språkvansker (vansker med å snakke og uttrykke seg), (7) reseptive språkvansker (vansker med å forstå), (8) bevegelses-, hørsels- og synsvansker. Tabellen under oppsummerer resultatene fra litteraturgjennomgangen:

Ifølge retningslinjene er kvaliteten på de gjennomførte undersøkelsene lav og resultatene

sprikende. Retningslinjene anbefaler likevel at tjenester som har å gjøre med barn og unge, er observante på faktorer som kan øke risikoen for atferdsproblemer. Dette er:

- Personlige faktorer
  - › Alvorlige læringsvansker
  - › Autisme
  - › Kommunikasjonsvansker
  - › Psykiske helseproblemer
- Miljømessige forhold
  - › Brutalt eller restriktivt sosialt miljø
  - › Miljø med for mye eller for lite stimulering
  - › For dårlig tilpasset utviklingsmiljø (f.eks. pensum som stiller for store krav)
  - › Miljø med lite respektfulle sosiale relasjoner og dårlige kommunikasjoner
  - › Endringer i miljøbetingelsene

I retningslinjene anbefales det å notere ned observerte hendelser eller benytte et formalisert skjema (Adaptive Behavior Scale eller Aberrant Behavior checklist). Dette for å måle observert atferd. Prosessen med tidlig identifisering (fase 1) anbefales videre å lede til en innledende kartlegging (fase 2) og eventuelt en full kartlegging (fase 3).

### Antisocial atferd og atferdsforstyrrelser (NICE guideline)

NICE (2013) har også utarbeidet en retningslinje som tar for seg antisocial atferd og atferdsforstyrrelser hos barn og unge. For å identifisere atferdsforstyrrelser anbefales både en innledende kartlegging og en full kartlegging. Anbefalingene om den innledende kartleggingen baserer seg på en vurdering av tre screening-skjema: (1) Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), (2) Eyberg Child Behavior Inventory, og (3) Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory. Med bakgrunn i kunnskapsgrunnlaget for de tre skjemaene, anbefaler retningslinjene bruk av SDQ. En gjennomgang av fem studier av

SDQ viser at kvaliteten (sensitivitet og spesifisitet) varierte fra utmerket til dårlig, avhengig av hvem som ble studert, og hvor mange som fullførte undersøkelsen. De beste resultatene ble oppnådd der det var flere som fylte ut skjemaet (lærer, foreldre, egenutfylling).

Ifølge retningslinjen kan SDQ-verktøyet benyttes av både foreldre, lærere eller andre hjelpe-tjenester. I tillegg er det også utformet et skjema for egenutfylling blant ungdom. Verktøyet inneholder 25 påstander som skal indikere fem ulike tilstander:

- Emosjonelle problemer
- Atferdsproblemer
- Hyperaktivitet
- Problemer med venner
- Prososial atferd

Det understrekes imidlertid at skjemaet kun skal brukes som en innledende kartlegging. I anbefalingene fremgår det at kartleggingen bør gjennomføres på grunnlag av foreldre, lærere eller andres bekymring for vedvarende antisosial atferd.

### Andre undersøkelser

I den første gjennomgangen av litteratursøket fant vi 10 artikler som omhandlet atferd hos barn og unge. Ved gjennomlesing ble bare tre vurdert som relevant. I tillegg har vi også tatt med en relevant artikkel som ikke inngikk i søket.

Den første artikkelen undersøker hvorvidt atferd i form av å bry seg om andre og det å aktivt ignorere andre, kan predikere fremtidig antisosial atferd (Rhee m.fl. 2013). En longitudinell undersøkelse av omtrent 1000 barn viste at tidlig sosial atferd (det å ikke bry seg og ignorering av andre) var en god prediksjon på senere antisosial atferd.

Den andre artikkelen omhandler aggressiv og voldelig atferd blant ungdom (Rappaport og Thomas. 2004). Artikkelen tar primært for seg risikofaktorer og forebygging/intervensjon. Ifølge

forfatterne vil barn med aggressive tendenser ha vanskelig for å forstå sosiale samspill. Dette viser seg ved at:

- aggressive barn ofte misforstår hint og tolker kommunikasjon fiendtlig (med den følge at de reagerer aggressivt)
- de er sensitive for avvising, noe som igjen trigger angst og sinne

Begge disse faktorene tenderer ifølge forfatterne til at barn velger aggressive handlinger fremfor verbale løsninger. Andre familiære tegn som nevnes, er disiplinær oppdragelse og/eller inkonsekvent reaksjon på barn som utviser aggresjon.

Den tredje artikkelen tar for seg et en såkalt flerportalkartlegging brukt i forbindelse med intervensjonsprogrammet TIBIR (Grønlie m.fl. 2016). TIBIR er rettet mot kommunale hjelpe-tjenester og skal bidra til å identifisere, kartlegge, forebygge og avhjelpe atferdsvansker hos barn. Flerportalkartleggingen består av to kartleggings-faser der den første består av følgende to innledende spørsmål: «Hvordan trives du i rollen som mor/far?» og «Har du noen utfordringer og/eller bekymringer i forhold til barnet i rollen som mor/far?». Svarene på disse leder eventuelt til en mer omfattende kartlegging. Intensjonen med de to innledende spørsmålene er å unngå å utsette barn og familier for unødige omfattende kartlegginger. Metoden er også lite ressurskrevende i den grad det første trinnet i kartleggingen er treffsikker. Det er treffsikkerheten til de to innledende spørsmålene som undersøkes i artikkelen. Fra undersøkelsen fremgår det at svarene på de to innledende spørsmålene kunne forklare mellom 51 og 59 prosent av skåren på et verktøy for foreldrerapportert atferd (ECBI), men bare 26 prosent av variasjonen i foreldrenes stressnivå (PSS).

Den fjerde artikkelen tar for seg en sjekkliste (EARL-20B) for aggressiv og forstyrrende atferd (Enebrink m.fl. 2006). Sjekklisten inneholder 20 indikasjoner på aggressiv atferd, bl.a. utviklingsproblemer, hyperaktivitet, popularitet,

antisosiale holdninger og mestringsevne. Vurderingen av risikofylt atferd avhenger av hvor høy samlet skåre man får på sjekklisten. Undersøkelsen måler effekten av verktøyet etter 6 og 30 måneder, og resultatene viser at kartleggingsverktøyet ga en god prediksjon på aggressiv og forstyrrende atferd.

Metoden for å identifisere barn varierer mellom de fire metodene som er presentert over. Vi finner her at de spenner fra skjønnsmessige observasjoner til bruk av mer strukturerte sjekklister. De to første artiklene tar for seg observerbare tegn hos barnet eller ungdommen. I den første artikkelen handlet det om å observere atferd i form av empati/ignorering, og i den andre artikkelen om å observere barnet/ungdommens sensitivitet i det sosiale samspillet med andre. Den tredje artikkelen omhandler identifisering i form av mer formalisert kartlegging. Metoden er beregnet på hjelpetjenestene, men det første trinnet i kartleggingen er såpass enkel at den også kunne vært benyttet innenfor barnehage og skole, og i samarbeid med hjelpetjenestene. Her er det imidlertid ikke observasjon av barnet/ungdommen som er kilden, men foreldrene. Den fjerde artikkelen omhandler et klassisk kartleggingsverktøy der det utarbeides en risikoskår basert på en samlet skår på et sett av indikatorer. Et sentralt spørsmål her er hvorvidt metodene egner seg innenfor skole og barnehage. De to førstnevnte artiklene gir kunnskap om observerbare tegn og er ikke nødvendigvis knyttet til noen bestemt arena. De to sistnevnte er imidlertid utformet for hjelpetjenestene. Men det er sannsynligvis mulig å benytte første trinn i flerportalmetoden innenfor barnehage og skole.

## 8.2 Mobbing

Verken søk i retningslinjer eller litteratursøket ga vesentlig med relevante treff på temaet mobbing. I litteratursøket fant vi i utgangspunktet en rekke treff på mobbing, men i all hovedsak var dette artikler om intervensjoner eller mobbe-programmer. I den grad disse inneholder

Tabell 8.1 Indikasjoner på at mobbing foregår

Indikatorer på at barn utøver mobbing	Indikatorer på at barn er utsatt for mobbing
<b>Generelle indikasjoner</b>	<b>Generelle indikasjoner</b>
Fysiske symptomer: hodeverk, magesmerter	Fysiske symptomer: hodeverk, magesmerter
Psykosomatiske symptomer: søvnvansker, sengevæting	Psykosomatiske symptomer: søvnvansker, sengevæting
Depressive symptomer	Depressive symptomer
Symptomer på angst	Symptomer på angst
Bruk av rusmidler	Bruk av rusmidler
Dårlig skolefungering: karakterer, fravær, dropout, holdning til skole	Dårlig skolefungering: karakterer, fravær, dropout, holdning til skole
Selv mordstanker/-forsøk (ekstreme tilfeller)	Selv mordstanker/-forsøk (ekstreme tilfeller)
<b>Foreldres observasjoner</b>	<b>Foreldres observasjoner</b>
Lite sensitiv for andres følelser	Tap av ting, penger, sulten etter skolen
Aggressiv eller manipulerende mot søsken, foreldre eller andre	Skader, blåmerker, ødelagte klær eller saker
Innehar uforklarlige ting/penger	Truer med å skade seg selv eller andre

prosedyrer for å avdekke mobbing, handler det som regel om gjennomføring av anonyme kartleggingsundersøkelser. I første runde plukket vi ut fem artikler som omhandlet signaler på mobbing, men etter gjennomlesing var det kun én som viste seg å være relevant. I tillegg til den ene artikkelen har vi også tatt med et relevant veiledningsmaterieell som er utarbeidet av US Department of Health & Human Services og et veiledningsmaterieell som er utviklet ved Læringsmiljøsentret i Stavanger (UIS).

Artikkelen fra litteratursøket inneholder forslag til prosedyrer for å identifisere mobbing (Lamb m.fl. 2009). Bakgrunnen for artikkelen er en oversikt over mobbelitteratur fra perioden 1980 til 2008. Ifølge artikkelen vil barn/unge som mobber eller er utsatt for mobbing, ha de samme symptomene. Barn/unge som involveres i mobbing, rapporterer om både fysiske symptomer (hodeverk eller vondt i magen) og psykosomatiske symptomer (søvnproblemer, sengevæting). I tillegg fremgår det at både mobbere og mobbeofre har en overhyppighet av depresjon og angst. Symptomene er spesielt fremtredende hos de som både mobber og er utsatt for mobbing. Signalene på det å være

involvert i mobbing er således både fysiske, psykosomatiske og psykiske symptomer.

Ut over dette viser artikkelen til at det vil være ytterligere indikasjoner som kan komme frem gjennom observasjon eller samtale med barna. En viktig indikasjon er dårlig skolefungering som kommer til syne gjennom negativ holdning til skole, dårlige skolekarakterer og fravær. Mobbeofre er mest tilbøyelige til å mislike og unngå skolen, mens fysisk aggressive barn har en tilbøyelighet til å droppe ut av skolen. Videre vil barn med alvorlige psykososiale problemer som følge av mobbing, ha konsentrasjonsproblemer, atferdsproblemer og mangelfull følelsesregulering.

På bakgrunn av litteraturgjennomgangen anbefales en kartlegging i to faser:

- 1) identifisering av tegn på mobbing, og
  - 2) oppfølgende spørsmål om mobbing.
- Indikasjonene på mobbing er listet opp i tabell 8.1.

Det andre trinnet i kartleggingen av mobbing innbefatter samtale med de som er involvert

Tabell 8.2 Oppfølgingsspørsmål ved identifisering av mobbing

	Mobber	Mobbeoffer
1	Hvor ofte mobber du andre?	Hvor ofte blir du mobbet?
2	Hvor lange har du mobbet andre?	Hvor lange har du blitt mobbet?
3	Hvor mobber du andre (skole, hjemme etc.)?	Hvor blir du mobbet (skole, hjemme etc.)?
4a	Hvordan mobber du andre (fysisk, psykisk, via internett etc.)?	Hvordan blir du mobbet (fysisk, psykisk, via internett etc.)?
4b	Hvordan tenker du at mobbeofferet tenker?	Hva føler du når du blir mobbet?

i mobbing. Her lister forfatterne opp fire typer spørsmål som er aktuelle å stille både til mobberen og til mobbeofferet. Hensikten med spørsmålene er først og fremst å avdekke alvorlighetsgraden.

Tabell 8.2 viser de fire spørsmålene. Spørsmålet om mobbingens *hyppighet* skal være en indikator på hvor alvorlige mobbingen er. Dette bygger på undersøkelser som viser at hyppigheten – både hos mobberen og mobbeofferet – øker risikoen for både helseproblemer og andre problemer. Spørsmålet om mobbingens *varighet* bygger på kunnskap om at jo lengre mobbingen har foregått, desto mer har atferdsmønstret og ryktet etablert seg for de involverte. I tillegg vil varigheten også øke risikoen for varige helseproblemer. Spørsmålet om *hvor* mobbingen foregår, bygger på kunnskap om at jo flere arenaer mobbingen foregår på, desto mer er atferdsmønstret konsolidert og desto mer alvorlig er problemet. Spørsmålet om *hvordan* mobbingen foregår, har ingen direkte begrunnelse i forskning om mobbing. Forfatterne antyder likevel at alvorligheten av mobbingen også avhenger av hvor subjektivt stressende de involverte opplever mobbingen.

Den andre kilden om mobbing er utarbeidet av Department of Health & Human Services i USA som har utformet en egen hjemmeside om mobbing.<sup>9</sup> Her presenteres blant annet en liste over tegn og signaler på forekomsten av mobbing. Listen er todelt og skiller mellom tegn som kan indikere at personer blir mobbet, og tegn som indikerer at noen er mobbere (se tabell 8.3).

Tove Falch ved Læringsmiljøsentret på UiS har utarbeidet et hefte med verktøy (Innblikk) for å forebygge og avdekke skjult mobbing (Falch 2010). Hftet inneholder to hovedkapittel om *observasjon av samspill* og *samtale om samspill*. Kapitlet om observasjon handler om hvordan læreren skal observere kommunikasjon mellom elever. Ifølge forfatteren skal verktøyene gi læreren informasjon om hvordan observere elevene på en mer bevisst, systematisk og profesjonell måte. Veilederen tar opp hva man skal observere, hvor og hvordan. Hva som skal observeres, er kroppsspråk, ansiktsuttrykk, ord-lyder-tonefall og artefakter. Det vises samtidig til betydningen av å se på totaliteten eller mengden av denne typen kommunikasjon mellom elevene. Veilederen peker også på ulike situasjoner hvor det er viktig å observere. Dette innbefatter bl.a. i friminutt, i overgangssituasjoner (inn og ut av friminutt, gymgarderobe osv.), ved igangsetting av aktiviteter og i klasserommet. Kapitlet om samtaler beskriver metoder for å samtale med elever om kommunikasjonen som foregår blant elevene, og målet er å avdekke om det foregår skjult mobbing. Samtalen er i utgangspunktet strukturert med faste tema, men det åpnes også for å samtale om tema utenfor strukturen. Med bakgrunn i samtaler med elevene gjøres et etterarbeid der opplysningene fra intervjuene systematiseres. Det spesielle med denne metoden er at den retter seg mot skjult mobbing eller det som ellers omtales som relasjonell aggresjon.

9 Kilde: <https://www.stopbullying.gov/at-risk/warning-signs/>

Tabell 8.3 Tegn og signaler på mobbing

Tegn som indikerer at noen blir mobbet:	Tegn som tyder på at noen mobber andre:
<ul style="list-style-type: none"> <li>- uforklarlige skader</li> <li>- mistet eller ødelagt klær, bøker, elektronikk, eller smykker</li> <li>- hyppig hodepine eller magesmerter, kvalme eller etterlikne sykdom</li> <li>- endringer i spisevaner, som plutselig hoppe over måltider eller overspising. Barn kan komme hjem fra skolen sultne fordi de ikke spiser lunsj.</li> <li>- søvnproblemer eller hyppige mareritt</li> <li>- fallende karakterer, tap av interesse for skolearbeid, eller ikke ønsker å gå til skolen</li> <li>- plutselig tap av venner eller unngå sosiale situasjoner</li> <li>- følelsen av hjelpeløshet eller redusert selvfølelse</li> <li>- selvdestruktiv atferd som å rømme hjemmefra, å skade seg selv, eller snakke om selvmord</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deltar i fysiske eller verbale slagsmål</li> <li>- Har venner som mobber andre</li> <li>- Er mer aggressive</li> <li>- Har uforklarlige ekstra penger eller nye eiendeler</li> <li>- Legge skylden på andre for sine problemer</li> <li>- Ikke godta ansvar for sine handlinger</li> <li>- Bekymre seg om deres omdømme eller popularitet</li> </ul>

Mye av litteraturen om mobbing har bygd på studier av egenskaper ved mobberen og mobbeofferet. Videre oppfattes mobbing å ha opphav i aggressive handlinger, handlinger som igjen skyldes dysfunksjonelle oppvekstvilkår eller familieforhold (Olweus 1997). Nyere litteratur har imidlertid pekt på at mobbing ikke bare kan forstås som en konsekvens av enkeltindividers aggressive atferd, men også som en konsekvens av gruppemekanismer og kulturer eller strukturen på en skole eller i et helt lokalsamfunn (Schott og Søndergaard 2014, Faris og Felmler 2014). Implikasjonen av dette er at vi ikke bare kan oppdage mobbing gjennom tegn og signaler hos barna, men også ved hjelp av egenskaper ved klassen, skolen eller nærmiljøet.

## 8.3 Rus- og spillproblematikk

I denne delen har vi kort omtalt metoder for identifisering av rusproblemer og spillproblematikk blant ungdom. Innenfor rusfeltet består kartleggingsmetodene i all hovedsak av screeningverktøy som faller utenfor rammene for denne oversikten. Vi har likevel tatt med et eksempel på en flerportalskartlegging som tilsvarer metoden som tidligere er omtalt i

avsnittet om atferd. I tillegg til denne har vi også kort omtalt en veileder om spilleproblemer.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism har utarbeidet en retningslinje for rus blant ungdom (Moyer 2013). Retningslinjen er utarbeidet for helsepersonell, men prosedyrene kan også tenkes å bli anvendt av sosiallærere, miljøterapeuter og lignende. Metoden er en enkel screeningmetode og faller slik sett utenfor rammene for denne rapporten. Retningslinjene anbefaler tre typer instrumenter: AUDIT, AUDIT-C og en metode med enkeltspørsmål. Anbefalingene gjelder unge fra 18 år og eldre. For ungdom opp til 18 år konkluderes det med at det er usikkert hvorvidt nytten oppveier for ulempene. Vi har likevel valgt å omtale den siste varianten med enkeltspørsmål siden AUDIT er et godt kjent verktøy.

Den korte kartleggingen inneholder to spørsmål:

- Om den aktuelle ungdommen selv drikker
- Om venner drikker

Hvis ungdommen selv drikker, stilles et oppfølgingsspørsmål om hvor ofte ungdommen drikker. Tabell 8.4 viser hvordan risikoen vurderes.



Tabell 8.4 Skjema for risikovurdering

	1-5 dager	6-11 dager	12-23 dager	24-51 dager	52+ dager
<=11 år	Høyeste risiko				
12-15 år		Høyeste risiko			
16 år			Høyeste risiko		
17 år		Moderat risiko		Høyeste risiko	
18 år	Lav risiko				Høyeste risiko

De tre risikogruppene leder til ulik handling. Personer med høy risiko i den første kartleggingen får tilbud om et motiverende intervju (MI) og mulig henvisning videre. Personer med moderat risiko skal få tilbud om en enkel veiledning og eventuelt MI. De med lav risiko får tilbud om enkel veiledning som forebyggende tiltak.

KoRus - Øst (2016) har utarbeidet en veileder som omhandler barn og unges bruk av rolle- og strategispilling på nettet. Den retter seg mot skolens arbeid med elever som har en så omfattende spillaktivitet at det går ut over skolen. Signaler på spilleproblemer eller -avhengighet er kun generelt omtalt og omfatter konflikter, økt skolefravær, fall i skoleprestasjoner og minskende interesse for livet i den virkelige verden. I tillegg vises det til økt aggresjon eller depresjonslignende tilstander når man ikke har tilgang til spill.

Selv om rus- og spilleproblemer må sies å være ulike fenomener, illustrerer de to omtalte metodene to ulike innfallsvinkler til det å avdekke risiko hos ungdom. Den første metoden bygger på tradisjonen med kartleggingsverktøy, men med en forenklet kartlegging i den første fasen. Den andre metoden innebærer observasjon av bestemt type atferd hos ungdommene.

## 8.4 Psykiske plager/lidelser

I søket etter retningslinjer fant vi én som omhandlet depresjon blant ungdom og unge voksne. I tillegg fant vi i første fase av litteratursøket fire artikler som omhandler psykiske lidelser, men ved gjennomlesing var det bare to som viste seg å være relevante.

### Depresjon hos ungdom og unge voksne

Den australske regjeringen har utarbeidet retningslinjer som omhandler depresjon hos ungdom og unge voksne (McDermott 2010). Primært anbefaler retningslinjene bruk av ulike typer screeningverktøy og intervensjon. I grunnlagsmaterialet til retningslinjene presenteres likevel en rekke relevante emosjonelle, kognitive og fysiske signaler og symptomer. Tabell 8.5 gjengir de tegn og signaler som fremgår av veilederen.

Ifølge retningslinjene kan unge personer som kjennetegnes av symptomene eller atferden i tabellen, være i ferd med å utvikle depressive lidelser. Dette gjelder spesielt når ulike tegn og signaler opptrer samtidig. Det understrekes samtidig at det er viktig å skille mellom normale emosjonelle svingninger og depresjon. Særtrekk ved depresjon er at det reduserer funksjonsevnen, herunder manglende evne til å utføre daglige gjøremål, ivaretagelse av sosiale relasjoner og evnen til å håndtere skolen. Slike endringer er

Tabell 8.5 Tegn og symptomer på depresjon hos ungdom og unge voksne

	Tegn og symptomer	Tegn lærere bør se etter
<b>Emosjonelle endringer</b>	Fremstår trist og med håpløshet Irritabel, sint og fiendtlig Tar lett til tårene Tap av glede over ulike aktiviteter Følelse av å være verdiløs og skyldfølelse Mangel på entusiasme og motivasjon	Tilbaketrekning, agitasjon, frykt, skyldfølelse, aggresjon, angst,  endring av personlighet, redusert selvtillit, følelse av verdiløshet
<b>Kognitive endringer</b>	Irrasjonell tenkning, ofte med uttrykt selvkritisk fokus Tap av konsentrasjon, liten oppmerksomhet og vanskelig for å ta beslutninger Lav selvtillit Negativ holdning til egen kropp Apatisk Tanker om død og selvmord	Betydelige hukommelsestap Tap av motivasjon Dårligere karakterer Vanskelig for å ta beslutninger
<b>Atferds- endringer</b>	Redusert aktivitet på skolen Redusert interesse for eget utseende Redusert omgang med venner og vanlige aktiviteter Selvskading eller redusert egenomsorg Unngår samkvem med familie og deltakelse i familieaktiviteter Tilbaketrukken atferd og bruk av tid alene	Endring i atferd Selvskading Selvforsømmelse Mangel på motivasjon Dårlig frammøte på skolen Dårlig konsentrasjon
<b>Fysiske endringer</b>	Tretthet, mangel på energi, lav motivasjon Økt eller redusert appetitt (som resulterer i vektøkning/ vekttap) Manglende døgnrytme (som resulterer i søvnløshet om natten og søvnbehov om dagen) Rastløshet og agitasjon Uforklarlige plager og smerte	Hodepine Endring i spisevaner Søvn og energinivå Trøtthet

gjerne kombinert med vedvarende mistenkelig stemningsskifte, endring i atferd og mangelfull respons på aktiviteter som normalt gir positive reaksjoner.

I kunnskapsgrunnlaget til retningslinjen vises det også til barrierer for å søke hjelp. De viktigste barrierene er mangelfull kjennskap til at man har et helseproblem, og manglende kjennskap til hvor man kan få hjelp. Her pekes det også på at dette

gjelder gutter i større grad enn jenter. Andre barrierer som nevnes er:

- Tro på at de er i stand til å håndtere problemet selv, uten hjelp
- Frykt for at det å søke hjelp bidrar til ytterligere stigmatisering
- Negative erfaringer med å søke hjelp tidligere

- Sosial tilbaketrekning som følges av ønske om å skjule plagene (både symptom og barriere)
- Tanke om selvmord som bidrar til at man blir mindre tilbøyelig til å søke hjelp

Det er også utarbeidet tilsvarende amerikanske (Siu 2016) og engelske retningslinjer (NICE 2014). Anbefalingene her er bruk av ulike screeningverktøy.

### Andre kilder

I litteratursøket fant vi to artikler som har relevans til temaet. Den første artikkelen tar for seg mentale problemer hos spedbarn (Bolten 2013). Her fremgår det at slike problemer kommer til uttrykk i form av følelsesregulering, oppmerksomhetsproblemer, gråt, spise- eller søvnvansker. Ifølge forfatteren er det viktig å være oppmerksom på slike signaler fordi barn med slike symptomer har økt sannsynlighet for å utvikle atferdsproblemer senere.

Den andre artikkelen omhandler også identifisering av psykiske plager hos barn og unge (Hoyos 2008). Forfatteren argumenterer med at det er forskjell i å identifisere tegn hos barn og voksne. Dette fordi tegn eller signaler hos barn må betraktes i lys av barnets utviklingsnivå. Tilsvarende er det også nødvendig å vurdere barnets psykiske tilstand i lys av barnets kontekst. Uten å ta hensyn til dette vil man kunne misoppfatte tegn og signaler hos barnet. Det betyr at enhver vurdering av et barns psykiske tilstand må ta hensyn til barnets utviklingsnivå og barnets kontekst.

I boken «Psykisk helse i skolen» (Bru, Idsøe og Øverland 2016) finner vi også flere oversikter over signaler på både angst, depresjon, skolevegring og spiseforstyrrelser. Nedenfor har vi presentert disse oversiktene i disse oversiktene i tabell 8.6 og 8.7. Den første viser tegn på angst og depresjon og den andre på skolevegring og spiseforstyrrelser.

Øverland og Bru (2016) som har utarbeidet oversikten over tegn på angst, hevder at de første tegnene ofte er ubehagsfølelser og kroppslige symptomer, f.eks. at barnet føler

seg uvel, har vondt i hodet eller i magen. Ofte vil de også trekke seg bort fra situasjoner for de føler at angsten tar overhånd. Denne unn-gåelsesatferden blir også mer tydelig etter hvert som barnet blir eldre, og kan bl.a. være opptakten til skolevegring.

Ifølge Bru m.fl. (2016) vil depresjon som regel starte første gang i barne- eller ungdomsalderen. Det er imidlertid forholdsvis sjeldent i tidlig skolealder, men forekomsten øker relativt mye i løpet av ungdomsskolen. Listen med tegn på depresjon baserer seg på diagnosesystemet DSM-5, men er tilpasset til skolesituasjonen. Forfatterne peker på at enkelte av tegnene i listen over kan være normale i ungdomstiden (normale humørsvingninger), og at det først er når stemningsleie blir vedvarende og tydelig redusert, at det er tale om depresjon.

Ifølge Havik (2016) defineres skolevegring som det å ha vansker med å møte på skolen som følge av emosjonelt ubehag. Dette skiller skolevegring fra ordinær skulk som ofte har bakgrunn i manglende motivasjon hos elevene. Skolevegring kan komme akutt, men det er ifølge forfatteren vanligere at det kommer gradvis og starter med mindre fravær som øker etter hvert. Det betyr også at de ulike tegnene på skolevegring vil kunne komme gradvis.

Ifølge Rørtveit og Lier (2016) vil mange med spiseforstyrrelser ha et lavt selvbilde og preges av humørsvingninger. I tillegg er det vanlig med tvangstanker, angst og depresjon som tilleggsproblematikk. De fleste har også en normalt vekt, og man trenger derfor ikke være tynn for å ha spiseforstyrrelse.

## 8.5 Tilknytningsvansker

NICE (2015b) har utarbeidet en retningslinje som omhandler tilknytningsvansker.<sup>10</sup> Kunnskapsgrunnlaget for denne inneholder også ulike

<sup>10</sup> Children's attachment: attachment in children and young people who are adopted from care, in care or at high risk of going into care. NICE guideline 26, November 2015.

Tabell 8.6 Tegn på angst og depresjon hos barn og unge. Kilde: Bru, Iidsøe og Øverland (2016)

Tegn på angst hos barn og unge	Tegn på depresjon hos barn og unge
- Er stadig bekymret over noe, f.eks. om lekser er gjort godt nok, vennene, klasserommet, nyheter, familien	- Gjennomgående og vedvarende tristhet (kjernesymptom)
- Har problemer med å gå ifra mor eller far og må gjerne følges til og fra skolen	- Tap av glede og interesse for aktiviteter som en var interessert i og gledet seg over tidligere, redusert motivasjon eller engasjement for skolearbeidet (kjernesymptom)
- Er lenge våkne og har søvnproblemer hjemme som går ut over skolearbeidet	- Tap av energi eller økt tretthet, har vanskelig for å komme i gang med arbeidsoppgaver eller opprettholde innsats over tid (kjernesymptom)
- Kan virke irritert, blir raskt sinte og har aggresjonsutbrudd på skolen	- Endring av appetitt som fører til vekttap eller vektøkning som ikke skyldes diett
- Føler seg utenfor og ukomfortable sammen med medelever	- Søvnløshet eller oversoving, virker trett når skoledagen starter - kommer for sent på skolen
- Trekker seg bort fra andre elever og isolerer seg	- Rastløshet eller irritabilitet - blir lettere involvert i konflikter med medelever, motstand mot å gjøre skolearbeidet.
- Synes det er vanskelig å delta i diskusjoner i klassen, gjennomføre presentasjoner med mange tilhørere	- Følelse av verdiløshet eller uhensiktsmessig skyldfølelse - negative forventinger til muligheter for å mestre skolearbeidet
- Synes det er vanskelig med nye personer, steder og aktiviteter, som å ha vikar, gå i selskap eller overgangen til nye klasserom	- Vansker med å tenke, konsentrere seg eller ta beslutninger i forhold til skolearbeidet
- Er redd for å gå på skolen eller vil ikke gå	- Tanker om død eller selvmord, eller forsøk på selvmord
- Har negative tanke om muligheter for å mestre læringsarbeidet	
- Unngår personer, steder eller aktiviteter som kan utløse ubehagsfølelse	

metoder for å identifisere tilknytningsproblemer, men dette omfatter kun screeningverktøy.<sup>11</sup> Det fremgår likevel av kunnskapsgrunnlaget at tilknytningsproblemer kan observeres gjennom enklere observasjonsmetoder. Hvis minst to av følgende fire kjennetegn opptrer, er det tegn på tilknytningsproblemer:

- Fravær av tilbakeholdenhet med å ta kontakt med fremmede voksne
- For familiær atferd med fremmede voksne (verbal eller fysisk brudd med sosiale normer)
- Fravær av avskjedsatferd med omsorgspersoner i adskillelsessituasjoner
- Villig til å være med en fremmed voksenperson med minimal eller ingen motstand

I kunnskapsgrunnlaget er 11 kartleggingsverktøy omtalt, og av disse er dokumentasjonen til 6 gjennomgått. De ulike verktøyene er beregnet på ulike aldersgrupper. Disse er beregnet brukt i kliniske sammenhenger, men mye av kunnskapsgrunnlaget kan også tenkes sammenfattet i en mer utfyllende og alderstilpasset liste med tegn og signaler.

## 8.6 Oppsummering

I dette kapitlet har vi tatt for oss andre tegn og signaler på risiko hos barn og unge enn det som inngår i kapitlene om omsorgssvikt og overgrep. Det er et forholdsvis lite materiale som er gjennomgått, og litteraturen er av varierende relevans. Årsaken til dette er dels at materialet ikke inneholder konkrete tegn og signaler, dels at materialet omtaler screeningverktøy, og dels at metodene som foreslås, er utformet for medisinsk

11 Children's Attachment. Methods, evidence and recommendations. NICE guideline 26, November 2015.

Tabell 8.7 Tegn på skolevegring og spiseforstyrrelser. Kilde: Bru, Idsøe og Øverland (2016)

Tegn på skolevegring	Tegn på spiseforstyrrelser
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elever kjenner et sterkt ubehag ved å gå på skolen eller bare ved tanken på å gå dit. De klager ofte på kvalme, hodepine eller magesmerter, særlig på morgenen og/eller kvelden før skoledag.</li> <li>- Et slikt ubehag kan være knyttet til spesielle fag, lærere eller aktiviteter, slik som å unngå gym, prøve, fremføre gruppearbeid eller andre krevende sosiale faglige aktiviteter. Elever som strever med sosial tilpasning og/eller blir utsatt for mobbing, har større risiko for å utvikle skolevegring.</li> <li>- De er ofte flinke, pliktoppfyllende, stille og lite krevende elever. De gjør lite utav seg og kan være usynlige, derfor vanskeligere å oppdage.</li> <li>- Skolevegring er ingen medisinsk diagnose og er ikke det samme som skulk (dvs. elver som oftere mangle motivasjon og interesse for skolearbeidet). Skolevegrere vil gå på skolen, er interessert i skolearbeidet, men klarer ikke å gå på skolen. De er oftest hjemme, og foreldrene vet det, og de strever med å få dem til skolen.</li> <li>- Skolevegring kan starte eller øke ved overganger, som overgang til nytt skoleslag, etter ferie eller etter langvarig sykdom.</li> <li>- Det starter oftest med fravær en time eller en dag for så å øke gradvis, men kan også forekomme akutt, gjerne på grunn av en konkret episode.</li> <li>- Skolevegrere kan ha angstsymptomer, men det kan oppstå uten at angst er grunnen alene, eller angst kan være en konsekvens.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Spiser mindre og mindre</li> <li>- Ønsker mer og mer å spise for seg selv</li> <li>- Mer og mer opptatt av «å leve sunt» - kutter ut godteri, skjærer bort synlig fett. Stadig flere mattyper blir «forbudt» å spise.</li> <li>- Spiser sakte, pirker i maten</li> <li>- Spiser ofte mye sukkerfrie pastiller, tyggegummi og drikker store mengder kalorifattig drikke</li> <li>- Vektendring i form av vekttap, svingninger eller vektøkning</li> <li>- Overdrevet fokus på trening</li> <li>- Fryser, har ofte lag på lag med klær (ved undervekt)</li> <li>- Dunaktig hår i ansiktet (ved undervekt)</li> <li>- Hodepine og magesmerter</li> <li>- Svimmelhet</li> <li>- Konsentrasjonsvansker</li> <li>- Tretthet (søvnvansker)</li> <li>- Unngår kroppsøving eller fysisk aktivitet eller overdreven trening</li> <li>- Tilbaketrekking, tap av interesse</li> </ul>

personell. Gjennomgangen peker likevel på en del temaområder som er risikofylte for barn og unge, og hvor det er behov for å utarbeide bedre kunnskap om tegn og signaler. Videre fremgår det av gjennomgangen at det benyttes ulike metoder for å oppdage utsatte barn. Vi kan skille mellom tre typer metoder.

Den første metoden baserer seg på enkle lister med tegn og signaler hos barn og unge, lister som igjen har bakgrunn i ulike kunnskapskilder. Et eksempel på dette er lister over tegn på at barn er utsatt for mobbing. En annen metode er forenklede kartleggingsverktøy eller flerportal-kartlegging. Dette bygger på en innledende kartlegging med enkle spørsmål om ulike tema (atferd og rus). En fordel med slike verktøy er at de krever lite ressurser og er sannsynligvis mindre skremmende enn

mer omfattende kartleggingsinstrumenter. En forenklet kartlegging forutsetter imidlertid et samarbeid med hjelpetjenester som eventuelt kan følge opp bekymringsfulle saker. Den tredje metoden er opplæringsprogrammer som har til formål å lære opp personell i teknikker for å observere eller samtale med barn/voksne. Et eksempel på dette er metoden «Innblikk» som er et veiledningsmaterieell for å oppdage skjult mobbing. Metoden handler også her om å se tegn og signaler, men i tillegg legges det her mer vekt på å veilede i hvordan man skal observere.

## 9. Samtalemetoder

Dette kapitlet omhandler samtaler og samtalemetoder med barn. Bakgrunnen for gjennomgangen er at samtalen med barn eller foreldre gjerne følger naturlig av undringer eller bekymringer basert på observasjoner av tegn og signaler. Med andre ord blir samtalene – på samme måte som observasjoner av tegn og signaler – en del av en lengre prosess for å identifisere barn med behov for hjelp. På samme måte som observasjon av tegn og signaler krever et visst kunnskapsgrunnlag, vil samtalene kreve både kunnskaper og ferdigheter.

Kapitlet inneholder ikke noen fullstendig gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget om samtaler med barn eller voksne. Kapitlet inneholder både eksempler på praktiske metoder og metoder som i større grad bygger på vitenskapelige kilder. Utfordringene med de sistnevnte er at de gjerne er utformet med tanke på dommeravhør eller er utformet for hjelpetjenester. Vi finner i liten grad veldokumenterte metoder som er rettet inn mot basistjenester som barnehage og skole.

Målgruppen for den første samtalemetoden som beskrives i kapitlet (Den nødvendige samtalen), er voksenpersoner (foreldre eller omsorgspersoner). Den andre metoden som omtales (Uro-metoden og MI), ser også ut til å være utviklet for samtale med voksne, men de er også anvendt overfor ungdom. De øvrige eksemplene omhandler primært samtale med barn. Avslutningsvis har vi også omtalt Motiverende Intervju (MI). Dette er i seg selv ikke en samtalemetode som passer inn i prosessen med å identifisere barn med behov for hjelp (prosessmetoden), men inneholder likevel samtaleteknikker som kan være relevante.

### 9.1 Den nødvendige samtalen

«Den nødvendige samtalen» er en samtalemetode som opprinnelig er utarbeidet i Danmark, men metoden er også tilpasset til norsk av KoRus-Sør. Vi tar her utgangspunkt i både det danske og norske veiledningsmateriellet (Sundhedsstyrelsen 2009, KoRus – Sør 2010). Veiledningsmateriellet er utarbeidet primært for ansatte i barnehager og skoler. Det er også utformet med tanke på barn i familier med overdreven rusbruk, men samtalemetoden kan også benyttes for andre tema.

Formålet med samtalemetoden er at barnehagen eller skolen skal:

- dele bekymring med foreldre om observerte vanskeligheter hos barnet
- skape et samarbeid med foreldre for å sikre barnet
- vurdere behov for ytterligere støtte til barnet eller familien
- motivere familien til å skape endringer

Det første punktet handler primært om å finne ut av hva som er bakgrunnen for observerte problemer hos barnet.

Samtalen er strukturert i tre faser: innledende fase, innholdsfasen og avrundingsfasen. Formålet med den innledende fasen er å etablere et tillitsforhold med foreldrene. Den innledende fasen handler om å snakke om dagligdagse ting, hva møtet skal handle om, og om å lytte til foreldrene. Innholdsfasen består av å konkretisere observerte problemstillinger i barnehagen/på skolen. Avslutningsfasen består av å konkludere om status og eventuelt om videre arbeid. I tillegg til de tre fasene i samtalen beskrives også et punkt med oppfølging etter samtalen. Her går

man gjennom referat, vurderer behov for hjelp fra andre instanser, hvem som har ansvar, og forberedelse av oppfølgingsamtale med foreldrene.

Veiledningsmateriellet inneholder ikke noen bestemte samtaleprosedyrer eller samtalemetodikk, ut over prosessen med de tre fasene. Det følger imidlertid med filmer som kan brukes i opplæringsøyemed.

I Norge har Den nødvendige samtalen vært gjenstand for to evalueringer, men da som en del av programmet Barn i rusfamilier. I den første evalueringen fremgår det at deltakerne i opplæringsprogrammet ga uttrykk for at metoden bidro til at det ble lettere å snakke med barn og foreldre (Baklien og Wejden 2009). Det fremgår imidlertid ikke om samtalemetoden faktisk ble benyttet mer, eller om kvaliteten i samtale ble bedre.

## 9.2 Ta opp uro (urosamtalen)

Metoden «å ta opp uro» (TOU) har som formål å styrke lærerens kompetanse i å ta opp sin uro eller undring for elever så tidlig som mulig, før det oppstår problemer, og gjennom dialog og samarbeid. Bakgrunnen er erfaringer med at det for læreren ofte er vanskelig å ta opp bekymringer, og at man ofte venter med samtalen før man har tilstrekkelig med bevis eller nok indikasjoner. Omtalen av metoden baserer seg på en evaluering av ordningen (Karlsson og Krane 2016), omtalen i en masteroppgave (Haldorsen 2014) og veiledningsmaterieell fra Bydel Søndre Nordstrand i Oslo kommune.

Metoden kan beskrives ut fra tre elementer. Den består av en grunnleggende filosofi, noen idealer for hvordan man tar opp og fører en samtale, og øvelser for hvordan man kan trene på å etterleve idealene.

**Tabell 9.1** Praksisdelen i URO-metoden

(Kilder: Eriksson og Arnkil 2009/veiledningsmaterieell utarbeidet i Oslo kommune, Bydel Nordstrand)

<b>Vurdering av situasjonen</b>	Hvem er du bekymret/uroelig for?
	Hvilken relasjon eller rolle har du til den du er bekymret for?
	Hvilken kontakt har du med den det gjelder?
	Hva bekymrer/uroer deg?
	Hva tror du skjer dersom du ikke tar opp din bekymring/uro og snakker om den?
<b>Fylles ut før samtalen</b>	Hvor bekymret/uroelig er du?
	I hvilke situasjoner opplever den du skal snakke med at du støtter ham/henne? Finnes det situasjoner der han/hun kan oppleve deg som en trussel?
	Hvilke styrker og ressurser kan du se hos den du skal snakke med/om?
	Hva kan dere gjøre på hver deres kant og/eller sammen for å bedre situasjonen?
	Hvordan tar du opp din bekymring/uro og dine ønsker om samarbeid? Formuler ideer og tanker rundt ulike alternative måter å uttrykke din bekymring/uro på.
	Hva tror du kommer til å skje i løpet av samtalen?
	Hva tror du kan bli utfallet og resultatet av samtalen?
Når og hvor vil du ta opp saken?	
<b>Fylles ut så snart som mulig etter samtalen</b>	Hvordan gjennomførte du samtalen der du tok opp din bekymring/uro?
	Hvordan kjente du deg eller hadde det før samtalen, under samtalen og etter samtalen?
	Gikk det slik du forutså, eller hendte det noe annet? Var det noe som overrasket deg?
	Hvordan vil du nå gå fram for å avhjelpe situasjonen for den det gjelder? Hva gir håp, og hva er du fortsatt bekymret for? Hva kan du gjøre for å redusere bekymringen?

Det vi kan kalle den grunnleggende filosofien, handler om at samtalen med eller om den man har uro for, skal være fordomsfri og uten et asymmetrisk maktforhold. Dette i motsetning til en mer instrumentell tankemodell der man først definerer problemet og dernest finner løsninger. Videre legger filosofien vekt på den subjektive opplevelsen av en opplevd situasjon, ikke den objektive. Et sentralt begrep her er «subjektiv uro». Dette viser til at alle aktørene i en situasjon vil møte denne situasjonen med ulike blikk og at det derfor ikke finnes noen objektiv problemdefinisjon. Det betyr i praksis at man går inn i dialogen med tanke på å få frem ulike fortolkninger av en situasjon, og ikke noe absolutt sannhet. Det bør også nevnes at uroen ikke kun er knyttet til barnet/familien, men også til hjelperens muligheter for å hjelpe (Eriksson og Arnkil 2009).

Idealene for hvordan man tar opp og gjennomfører en samtale handler i bunn og grunn om å etablere en likeverdig samtale der premissene for samtalen eller konklusjonen ikke er gitt på forhånd. Selve metoden innebærer at læreren eller andre skal utvikle et dialogisk språk. Noen stikkord her er at man skal ønske å se den andre, at det er viktigere å lytte enn å snakke, at formålet er å skape *forståelse* og skape en *allianse* mellom partene.

Praksisdelen inneholder noen rettesnorer for samtalen og et sett med spørsmål som skal reflekteres over og besvares før og etter samtalen. Denne delen kan vi dele i tre. Den første delen handler om å gjøre en vurdering av uroen, dvs. hva du er bekymret for, hvor bekymret er du og hva vil hende dersom du ikke tar opp saken. Den andre delen handler om å forberede seg til selve samtalen og inneholder noen spørsmål om hvordan man skal forberede samtalen og bli bevisst på forventningene til samtalen. Den siste delen inneholder et sett med spørsmål om hvordan samtalen forløp, dvs. en slags evaluering av samtalen. Tabellen nedenfor viser de ulike hjelpespørsmålene innenfor de tre delene.

Metoden er evaluert av Senter for psykisk helse og rus ved Høyskolen i Sørøst-Norge (Karlsson og Krane 2016). Evalueringen baserer seg på en før-etterundersøkelse av lærere som hadde deltatt på et opplæringsprogram. Formålet var å undersøke hvorvidt deltakerne opplevde det enklere å ta opp bekymringer med elevene. Undersøkelsen baserer seg imidlertid på et lite datamateriale, og det er derfor vanskelig å trekke noen klare konklusjoner fra undersøkelsen.

### 9.3 «Snakk med meg»

Barne- og likestillingsdepartementet ga i 2009 ut en veileder som inneholder en beskrivelse av «Den utviklingsstøttende dialogen». Denne inneholder en samtalemetode eller noen generelle råd om hvordan man gjennomfører samtaler med barn. Metoden bygger på følgende fem prinsipper:

- Følge barnets initiativ og oppmerksomhetstilstand
- Tilfør noe relevant og nyttig for barnet
- Gi rom for barnet så det kan organisere seg
- Skap rytme og turtaking i samtalen
- Ta tydelig ledelse og struktur

Det første punktet handler om å starte dialogen ved å ta utgangspunkt i det barnet eller ungdommen er opptatt av, det barnet sier eller viser på andre måter. I tillegg til at dette er utgangspunktet for samtalen, skal interessen også bidra til at barnet/ungdommen vil fortelle mer. Det andre punktet handler om at den voksne tilfører samtalen noe relevant til det barnet/ungdommen er opptatt av eller forteller om i samtalen. Det tredje punktet innebærer å gi barnet/ungdommen tid til å tenke, uttrykke seg eller tolke spørsmål. Det fjerde punktet dreier seg om å få til en likeverdig dialog mellom den voksne og barnet, om å få til dynamikk i samtalen og holde den røde tråden. Det femte punktet viser til at det er den voksne som skal lede samtalen slik at barnet føler seg ivaretatt.



Veilederen bygger på en del litteratur om samtaler med barn. Men den utviklingsstøttede dialogen som metode ser ikke ut til å ha vært gjenstand for forskning i seg selv.

## 9.4 Den dialogiske barne-samtalen (NKVTS)

NKVTS har utgitt en rapport (Langballe m.fl. 2010) og et veiledningshefte (Langballe 2011) som omhandler Den Dialogisk Barnesamtale. Metoden er utviklet med bakgrunn i studier av intervju med barn som er foretatt av politi eller barnevern. Den bygger videre på følgende fire grunnprinsipper:

- De fysiske rammene for samtalen (et egnet rom)
- Gjennomføringen av samtalen er inndelt i faser
- Fasene har spesifikke spørreformuleringer
- Sentrale temaer i samtalen utdypes på flere plan

Målet med samtalerne er å skaffe til veie informasjon fra barnet ut fra barnets perspektiv og gi det mulighet til å komme med frie fortellinger om egne erfaringer og følelser, uten at barnet påvirkes i noen retning. Samtalen skal med andre ord ha en åpnende tilnærming, og det er barnets frie fortelling som står i fokus. Det framgår i rapporten fra 2010 at metoden består av følgende sju faser:

- Fase 1. Forberedende fase
- Fase 2. Kontaktetablering
- Fase 3. Innledende prosedyrer
- Fase 4. Introduksjon til tema
- Fase 5. Fri fortelling
- Fase 6. Sondering
- Fase 7. Avslutning

Hver av de sju fasene har bestemte mål og metoder. I den første fasen er målet at den voksne skal forberede seg mentalt og forberede

de fysiske lokalene. I den andre fasen er målet å etablere kontakt og tillit til barnet. Temaet her er noe barnet er interessert i eller opptatt av. Metoden her innebærer bl.a. å vise interesse, være aktivt lyttende og stille åpne spørsmål. Målet med den tredje fasen er å motivere barnet og utjevne maktforholdet mellom barnet og den voksne. Dette handler bl.a. om å avklare roller og regler for samtalen. Den fjerde fasen har som formål å introdusere temaet for samtalen, men på et generelt nivå. Her opereres det med flere hypoteser og åpne spørsmål. Målet med den femte fasen er at barnet skal uttrykke seg fritt (fri fortelling). Her vil den voksnes rolle være å gi støtte, lytte og vise interesse. Den sjette fasen handler om å fremskaffe nødvendig informasjon fra barnet. I denne fasen blir spørsmålene mer målrettet. Den siste fasen består av å oppsummere samtalen sammen med barnet.

Samtalemetoden og de ulike fasene omtales som traktformet. Med dette menes at samtalen i utgangspunktet er åpen og inneholder mange tema, men som senere blir mer målrettet og utdypet. De ulike fasene forstås også fleksibelt i den forstand at de vil gli inn i hverandre og kan være sirkulære (dvs. at man går tilbake til en tidligere fase i løpet av samtalen).

Metoden er i utgangspunktet utformet til å brukes av politiet i dommeravhør. Metoden som er beskrevet i de to publikasjonene nevnt over, er imidlertid tilpasset barnesamtaler i barnevernet.

## 9.5 Samtaler med barn (Folkehelseinstituttet)

En rapport fra Folkehelseinstituttet har gjennomgått samtalemetodikk overfor barn (Ask og Kjeldsen 2015:4). Rapporten bygger på en systematisk gjennomgang av litteratur som omhandler vitneavhør av barn, kvalitative intervjuer, familierapi og meklings. Den retter seg mot kartlegging som foregår i mer spesialiserte miljøer, og mot samtaler av mer terapeutisk karakter. Vi har likevel valgt å omtale de første

kapitlene i rapporten som omhandler: 1) mer generell forståelse av barns evne til å forstå og uttrykke seg; 2) de voksnes rolle og kompetanse; 3) undersøkende samtale som vitneavhør og 4) undersøkende samtale som intervjuer.

Begrunnelsen for å omtale disse temaene er at kunnskapsgrunnlaget også vil være nyttig i mer generelle samtaler med barn om forhold som ikke gjelder alvorlige overgrep.

Den første delen av rapporten tar for seg barns kognitive evner og evnen til å uttrykke seg på ulike alderstrinn. Her pekes det på flere forhold som gjør at barn har vanskelig for å snakke, eller forhold som gjør at de ikke nødvendigvis snakker sant. Bl.a. nevnes følgende utfordringer:

- Barn vil ofte gi respons de tror er forventet av dem, og bryr seg ikke nødvendigvis om hvorvidt de motsier seg selv.
- Barna tenker på en selsentrert måte og kan ha problemer med å forstå andres synspunkter, spesielt i en fremmed og ukjent kontekst.
- Barn har problemer med hypotetiske eller vage og uklare begreper
- Barns minne eller hukommelse avhenger av barnets alder
- Barn har en tendens til å blande kilder, f.eks. ting de selv har opplevd, med ting de har observert eller noe de har blitt fortalt
- Barn kan ha vanskelig for å snakke med fremmede om emosjonelle og vanskelige tema
- Barns utsagn kan være påvirket av suggesjon (påvirket av andre)

Den andre delen omhandler den voksnes rolle. Her vises det til behovet for at den voksne gir informasjon om formålet med samtalen og samtaleformens spilleregler, at det brukes samtaleformer som leder til frie fortellinger, at det skapes en god relasjon til barnet, og at det brukes teknikker som er tilpasset barnets modenhet.

Den tredje delen omhandler undersøkende samtaler med barn. Normalt vil dette foregå i en senere del av prosessen enn det som er aktuelt

her, men igjen vil kunnskapsgrunnlaget i disse metodene være relevante for samtaler i barnehage og skoler. I alt vises det til 12 ulike internasjonale metoder, herunder Den Dialogiske Samtalemetode som er nevnt over. I oppsummeringen pekes det på at det er små forskjeller mellom de ulike metodene, noe som skyldes at de bygger på mye av det samme kunnskapsgrunnlaget. Her pekes det også på noen grunnleggende fellestrekk i metodene:

- Metodene bygger på bruk av åpne spørsmål og ledetråder
- Metodene inneholder teknikker som skal sikre en nær relasjon med barnet
- Det skal redegjøres for hensikten med samtalen
- Intervjuerens og barnets rolle skal klargjøres
- Samtalen bygger opp til at barnet skal gi en fri fortelling.

I tillegg legger metodene også vekt på betydningen intervjuerens egenskaper, kompetanse og ferdigheter kan ha på barnets uttalelser. Med andre ord vil utfallet av en samtale avhenge vel så mye av egenskaper ved intervjueren og situasjonen man er i, som samtalemetodens kvaliteter. Det betyr at intervjuerens ferdigheter er vel så viktig som metodebeskrivelsene.

Den fjerde delen tar for seg samtaler med barn i forbindelse med forskningsintervjuer. Disse bygger på mye av det samme kunnskapsgrunnlaget og metodene som er nevnt over. Med referanse til en litteraturgjennomgang av Spratling (2012) presenteres en liste med anbefalinger til gjennomføring av intervjuer. Listen under inneholder 9 av de 12 punktene:

- Skap relasjon til barnet
- Gi barnet mulighet til å snakke fritt om sine opplevelser og til å lede intervjuet
- Vær kreativ, lekende og lik barnet
- Få hjelp av en barneekspert for å skape utviklingsmessig tilpassede intervjuguides

- Utarbeid flere intervjuguider tilpasset ulike utviklingsnivå
- Bruk kreativitet og lek for å forberede intervjuet
- La barnet skrive og tegne som en del av intervjuet
- Vurder hvor intervjuet skal finne sted, og hvem som skal være tilstede
- Ha kunnskap om barnets utviklingsnivå

Det fremgår også at intervjuer med barn gjerne benytter såkalt narrativ metode. Det innebærer at barnet starter med å fortelle om hendelser, historier eller aktiviteter fra sitt liv. Slike fortellinger blir dermed utgangspunkt for å stille mer utfyllende spørsmål om spesifikke forhold. Metoden likner således på traktmetoden som er omtalt under «Den dialogiske barnesamtalen».

I tillegg vises det her til behovet for å skape en god relasjon til barnet, og behovet for å utjevne maktbalansen mellom intervjuer og barnet (ved å jobbe med roller).

## 9.6 Samtalemetode for ansatte i skolen

Brubacher m.fl. (2016) presenterer en veiledende intervjumetode tilpasset lærere (se tabell 9.2). Utgangspunktet er at det finnes mye kunnskap om samtalemetoder, men at dette i all hovedsak har vært omtalt i litteratur om rettslige avhør og ikke vært tilpasset andre grupper. Ifølge forfatterne kommer imidlertid ofte lærere i en situasjon der de har behov for å gjennomføre tilsvarende samtaler i forbindelse med mobbing, skadeverk,

**Tabell 9.2 Intervjumetodikk tilpasset lærere**

Fase/komponent	Oppsummering av anbefalinger
<b>Valg av intervjuetsetting og egnet intervjuer</b>	Innledende samtale om annet kjent tema.
<b>Oppstart av intervju (utforme rapport)</b>	Gjennomgang av grunnleggende regler for samtalen, at saken er ukjent, instruksjoner om ikke å gjette og oppfordring til å si i fra dersom intervjueren misforstår.
<b>Introduksjon av tema</b>	Introduksjon av samtaleens tema avhenger av om det hersker uenighet om temaet og om formålet med møtet er kjent på forhånd (sensitive tema).  Uenighet/ikke uenighet: Dersom det ikke er uenighet, introduseres temaet direkte av intervjuer, men dersom det er uenighet, anbefales det å spørre intervjuobjektet hva de tror er temaet for samtalen.  Når formålet ikke er kjent på forhånd - f.eks. ved sensitive tema - anbefales at temaet introduseres ved hjelp av en rekke åpne spørsmål om relaterte tema, for derigjennom å få en respons fra informanten.
<b>Få frem en fortellende historie</b>	En fase med åpne spørsmål om hendelse, og med oppfordringer om fortellende svar, herunder oppfølgende dybdespørsmål (oppfordring om å fortelle eller forklare mer).
<b>Supplerende spørsmål</b>	Supplerende konkrete spørsmål (ikke-ledende spørsmål):  Muligheter til å spørre direkte spørsmål i form av ja/nei-spørsmål, flervalgsspørsmål, direkte spørsmål om barnets historie eller direkte spørsmål av typen hva, hvem, hvor.
<b>Konkludere intervjuet</b>	Oppsummering av intervjuet og klargjøre informasjonen informanten har gitt. Takke for samtalen.  Eventuelle henvendelser til andre i skolen eller andre tjenester.

rusbruk eller ved mistanke om overgrep. Forfatterne hevder videre at litteraturen ikke tilbyr evidensbasert praksis for yrkesgrupper i skolen. Formålet med artikkelen er derfor å presentere en «best practice» intervjuveileder tilpasset lærere. Videre er formålet at intervjumetoden skal sikre at barnet/ungdommen gir kvalitativt god informasjon. Artikkelen bygger på kunnskap om samtaler, og spesielt kunnskap fra rettslige avhør/intervjuer, men er tilpasset skolesituasjonen. Hensikten har vært å overføre kunnskap fra avhørsmetodikk, og metodikken er derfor ikke testet ut i en skolesituasjon.

Generelt skal spørsmålene være åpne uavhengig av alder og sakens karakter. Med åpne spørsmål menes spørsmål som ikke er ledende, eller som kan besvares med ja eller nei. Hensikten er at intervjuobjektet skal oppmuntres til å fortelle historier med egne ord. Fasene og anbefalingene er gjengitt i tabellen under.

## 9.7 Motiverende intervju

Motiverende Intervju (MI) er i utgangspunktet en samtalemetodikk som har til formål å skape endring. Målet er å få til en atferdsendring, og det er dermed underforstått at noen har definert at det er behov for en slik endring. Dette skiller derfor MI fra de øvrige samtalemetodene som er omtalt. I de øvrige samtalemetodene er målet derimot å avklare hvorvidt det er grunnlag for en uro, endring eller bekymring. Å ta for gitt at det er behov for endring, vil være noe man i prosessmetoden etterstreber å unngå.

Vi har valgt å belyse MI da det kan være elementer fra MI-metoden som kan være aktuelt å trekke inn i samtaler der formålet er å avklare uklarheter. En betenkning med dette kan imidlertid være at man ikke i tilstrekkelig grad skiller mellom de ulike samtaleteknikkene og formålet med metoden. Å anvende MI i situasjoner der formålet er å avklare en bekymring, vil lett kunne bidra til at man implisitt konkluderer før det er grunnlag for det.

Litteraturen om MI deler gjerne samtalemetoden inn i følgende fire prosesser: Engasjere, fokusere, framkalling og planlegging. Så langt vi kan se er det kun i den første fasen (engasjere) som handler om å skape et samarbeidsklima (engasjere), som også kan egne seg i en avklaringsamtale. Denne fasen handler i kortet om å bygge tillit og gjensidig respekt. I følge Miller og Rollnick (2013) innebærer dette bl.a. å unngå en del «feller» som det å ikle seg ekspertrollen, kategorisere den intervjuede eller tillegge skyld. Samtidig viser de til at det å bygge relasjoner bl.a. handler om å imøtekomme behov, yte normal høflighet og ha evne til å lytte.

Ut over det å skape et godt samarbeidsklima, består MI også av et sett generelle samtaleteknikker som anvendes på tvers av de ulike fasene. I følge Miller og Rollnick (2013:32) er disse teknikkene ikke spesielle for MI, men inngår i mange veilednings- eller samtalemetoder. Teknikkene innebærer følgende: det å stille åpne fremfor lukkede spørsmål, reflektere, gjøre sammendrag av samtaletema og bekreftelser. Et åpent spørsmål er spørsmål som formuleres på en slik måte at man unngår korte svar som ja eller nei. F.eks. vil spørsmålet «Hvordan går det med NN på skolen?» være et åpent spørsmål, mens spørsmålet «Går det bra for NN på skolen» vil være et lukket spørsmål. Det å *reflektere* innebærer at intervjueren tolker det som blir sagt og uttrykker sin tolkning til den som intervjues. Her skiller det også mellom enkle og komplekse refleksjoner der den enkelte kan forstås som en enkel gjengivelse av et utsagn, mens en kompleks refleksjon handler om å tolke det bakenforliggende budskapet til informant (Barth m.fl. 2015). I følge Miller og Rollnick (2013) består *oppsummeringer* av en samling av flere typer refleksjoner som den intervjuede har fortalt. Sammendragene kan ha flere funksjoner, herunder å knytte sammen flere tema eller summere opp som en overgang til et nytt tema. *Bekreftelser* handler om å gi anerkjennende tilbakemelding til informant. Dette kan være i form av enkle positive utsagn eller de positive bekreftelsene kan ligge implisitt i refleksjoner eller oppsummeringer.

## 9.8 Oppsummering

---

Litteraturen om samtalemetoder inneholder i all hovedsak omtale av samtaler med barn. Kun én av de gjennomgåtte metodene handler om samtaler med voksne, dvs. barnas foreldre (Den nødvendige samtalen). Denne metoden har likevel det til felles med samtalemetodene for barn, at samtalen er bygd opp i ulike faser.

Litteraturen om samtalemetoder med barn er mer teoretisk fundert og detaljert. Med teoretisk menes da at metodene bygger på kunnskap om barns kognitive nivå og barns evne til å uttrykke seg verbalt. Disse metodene varierer noe i formen, men gjennomgående er samtalen delt inn i faser med en innledende fase, en hovedfase og en avslutningsfase. Den innledende fasen innebærer å skape kontakt og tillit til barnet, redegjøre for regler og utjevne maktforholdet mellom barn og voksen. Hovedfasen dreier seg i hovedsak om å starte samtalen vidt og så snevre seg inn mot det aktuelle temaet for samtalen. Samtalen starter gjerne med å be barnet fortelle frie historier som senere blir utgangspunkt for mer detaljerte spørsmål. Generelt er idealet å stille mest mulig åpne spørsmål. Avslutningsfasen handler i hovedsak om å oppsummere intervjuet, avklare enkeltspørsmål og ellers sikre at barnet er beroliget etter intervjuet.

# 10. Systemer for å fange opp barn som bekymrer

Tidligere har vi vist at oversikter over tegn og signaler er verktøy som gjerne benyttes mer eller mindre systematisk som en del av en lengre prosess. Bakgrunnen for dette er at det hersker en viss usikkerhet ved tegn og signaler, og at dette kunnskapsgrunnlaget alene ikke nødvendigvis gir grunnlag for å treffe beslutninger om barnet er utsatt eller ikke. I dette kapitlet har vi derfor beskrevet noen utvalgte systemer hvor ulike former for tegn og signaler inngår som et beslutningsgrunnlag, men da som del av en helhetlig prosess. Hovedformålet her er å beskrive hvilke andre momenter eller prosesser som inngår i en vurdering eller tolkning av barnet, ut over kunnskapen om tegn og signaler. Kapitlet inneholder både prosesser som er beskrevet i retningslinjer, og som inngår i modeller som er iverksatt i praksis.

## 10.1 NICE – retningslinjer

Retningslinjene som NICE (2009) har utarbeidet om omsorgssvikt bygger på et prosessperspektiv og består av fire faser: 1) lytt og observer, 2) søk og forklar observasjoner, 3) dokumenter observasjoner, 4) vurder, mistenk eller ekskluder mulig omsorgssvikt.

- Lytt og observer: Det å identifisere eller utelukke mishandling består i å samle informasjon fra ulike kilder slik at man kan få et så fullstendig bilde som mulig av barnet. Slike kilder kan være historier, rapportering om mishandling, barnets framtoning, atferd, symptomer, fysiske tegn eller samspill mellom barn og foreldre.
- Søk etter forklaringer på observasjonene: Få forklaring på tegn og signaler fra både barn og foreldre på en åpen og ikke-dømmende måte.
- Dokumenter observasjoner: Skrive ned nøyaktig hva som er observert og hørt fra hvem og når.

- Vurder, mistenk eller ekskluder mishandling: Prosessen leder til tre mulige utfall: a) vurdere barnemishandling, b) mistanke om barnemishandling og c) utelukk barnemishandling.

Lytt og observer består i å oppdage og samle inn biter av informasjon fra flere kilder slik at det til sammen utgjør et mer helhetlig bilde. I veilederen nevnes flere kilder, herunder rapportering om omsorgssvikt fra barnet selv eller andre, barnets atferd, symptomer, fysiske tegn, resultater fra en undersøkelse eller observasjon av samspill mellom barn og foreldre. Disse eksemplene illustrerer at retningslinjene er utarbeidet for helsetjenesten. Men det vil sannsynligvis være mulig å tilpasse dette også til andre kontekster.

Søking etter forklaringer innebærer å få forklaringer på de tegn eller signaler som er observert fra barnet eller foreldre. Det understrekes her at dette skal foregå i en åpen og ikke-dømmende form. Dette må tolkes dithen at det i denne fasen ikke skal konkluderes eller at man på andre måter skal ha noen forutinntatt mening om situasjonen.

I den tredje fasen – registrering – står det at observasjoner skal registreres, dvs. hva som er observert og hvem som har observert. Det står også at det skal begrunnes hvorfor observasjonen er bekymringsfull.

Den siste fasen innebefatter egentlig en beslutningsprosess. Her blir skillet mellom de to begrepene vurdering og mistanke viktig. Med vurdering (consider) menes at omsorgssvikt skal vurderes som én av flere mulige forklaringer på de tegn og symptomer som er grunnlaget for vurderingen. Når omsorgssvikt vurderes, anbefaler veilederen å diskutere bekymringen med kolleger eller andre helsetjenester, eventuelt innhente informasjon fra andre tjenester. Med mistanke (suspect) menes at det er overveldende bekymring for omsorgssvikt, men uten at det foreligger bevis. I så fall viser retningslinjene til

nødvendigheten av å henvise til barnevernet (children's social care). Skillet mellom vurdering og mistanke bygger på et skille mellom det vi kan si er sterke og svake signaler på omsorgssvikt.

Dersom det foreligger rimelige forklaringer på de observerte tegn og signaler, er anbefalingen å utelukke (exclude) omsorgssvikt. Veilederen opererer også med begrepet urimelige forklaringer (unsuitable explanation). Med dette menes at forklaringen på tegn og signaler er usannsynlig, utilstrekkelig eller inkonsekvent (vurderingen av rimelige/urimelige forklaringer er en del av den andre fasen). Før man treffer beslutning om å utelukke omsorgssvikt, skal man imidlertid først diskutere saken med kolleger eller ha samlet inn tilleggsinformasjon fra andre tjenester.

Det fremgår også av veilederen at alle handlinger, og utfallet av handlingene skal registreres som en siste del av prosessen. Figur 10.1 viser prosedyrene fremstilt grafisk i et flytdiagram.

## 10.2 Common Assessment Framework (CAF)

Common Assessment Framework (CAF) er en modell som inneholder et felles system for kartlegging av sårbare barn og unge og et system for integrering av ulike tjenester (Department for Education and Skills 2005a, 2005b). Den bygger på noen underliggende prinsipper. Bl.a. innebærer dette at den bygger på et økologisk perspektiv, et utviklingsperspektiv (forståelse av barns utvikling), et barnefokus (barnet i sentrum) og på identifisering av barnets/familiens styrker vel så mye som å identifisere vanskeligheter. Modellen ble utviklet i 2005 og har siden blitt implementert i en rekke engelske kommuner. Modellen består av følgende fire trinn:

1. tidlig identifisering av behov
2. kartlegging av behovene

3. tilby integrerte tjenester
4. evaluere framdriften

Det første trinnet innbefatter det å oppdage udekkede behov hos barnet. Den andre fasen innebærer fullstendig kartlegging (common assessment). Den tredje fasen innbefatter beslutning om, planlegging av og gjennomføring av en intervensjon. Dette kan også innebære sammensetning av et tverretattlig team rundt den aktuelle personen samt utnevning av en koordinator. Det fjerde trinnet består i å evaluere handlinger og planer, samt identifisere videre handlinger dersom dette er nødvendig.

Proessen er ikke nødvendigvis lineær, men kan gå i sirkler. F.eks. hvis evalueringen viser at tiltakene ikke virker etter intensjonen (trinn 4), går man tilbake til trinn 3. Hvis man på evalueringstidspunktet (trinn 4) ser at situasjonen endrer seg, går man tilbake til trinn 2. Et viktig poeng her er at hele modellen bygger på et systemperspektiv, dvs. at de ulike delene henger sammen i et helhetlig system. I denne sammenhengen er vi primært opptatt av de to første fasene, og vi har utdypet dem nærmere nedenfor.

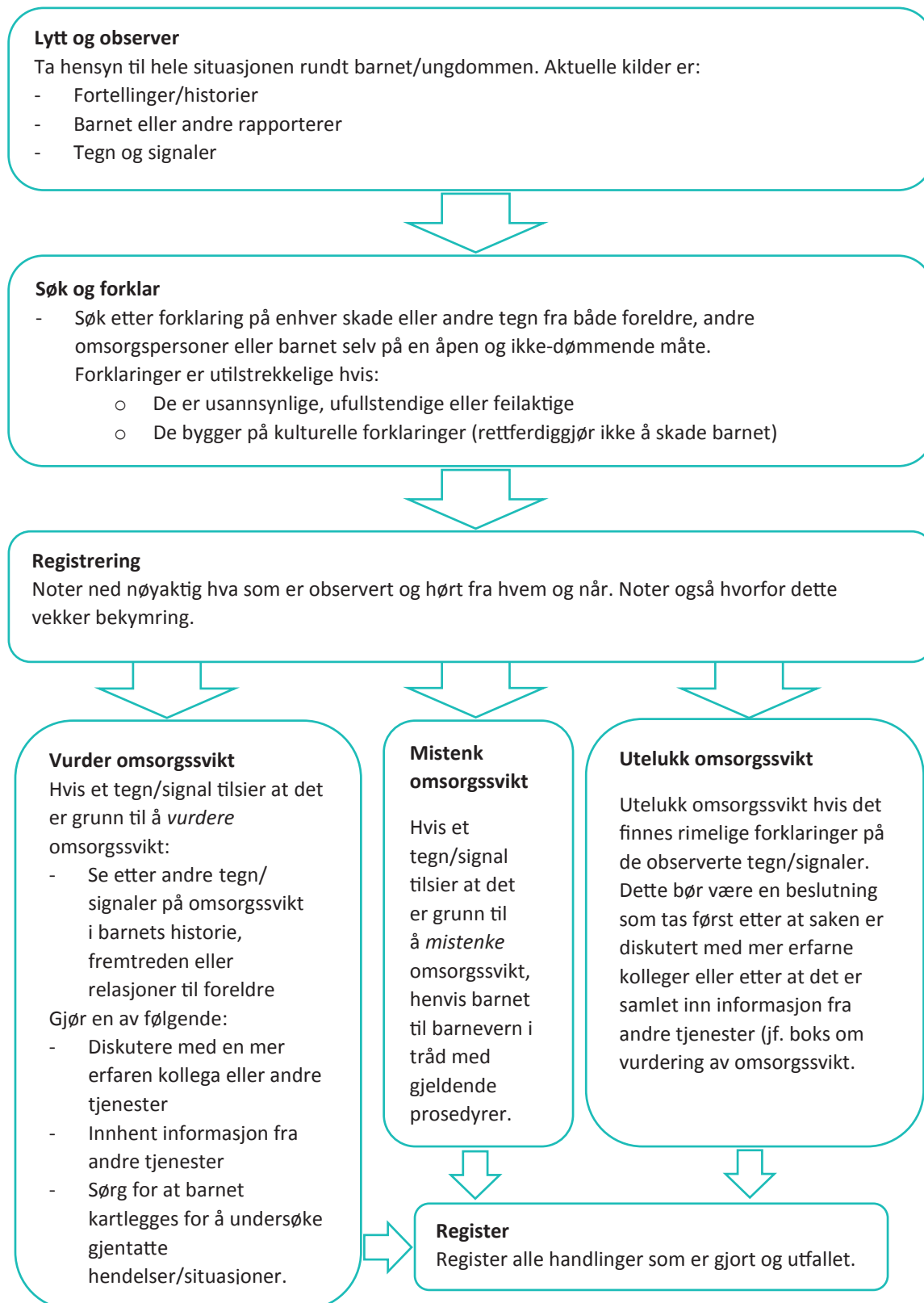
### Tidlig identifisering (1)

Formålet med det første trinnet er å identifisere udekkede behov. Det fremgår ikke eksplisitt hvordan dette skal gjøres, men i veiledningsmateriellet presenteres et førkartleggings skjema som kan benyttes. Formålet er å vurdere, på en systematisk måte, behovet for en full kartlegging. I omtalene av denne fasen står det også at situasjonen skal diskuteres med barnet, og foreldre skal involveres hvis ikke spesielle forhold tilsier at dette ikke er hensiktsmessig.

Førkartleggings skjemaet er et skjema med fem kartleggings spørsmål. De fem spørsmålene er om «det ufødte barnet, spedbarnet, barnet eller ungdommen» synes å:

- være sunn (healthy)
- være trygg fra skade (safe from harm)

## Guidelines - NICE



Figur 10.1 Veiledningsprosedyrer for å avdekke omsorgssvikt (maltreatment). Kilde: NICE (2009).



- lære og utvikle seg (learning and developing)
- ha en positiv innflytelse på andre (having a positive impact on others)
- være uten negative virkninger fra fattigdom (free from the negative impact of poverty)

På hver av de fem indikatorene skal den som fyller ut, svare ja, nei eller vet ikke, samt fylle ut et åpent tekstfelt. Videre, hvis det svares «nei» på noen av spørsmålene, skal det oppgis i et åpent felt, hva slags andre tjenester som det aktuelle barnet kan ha behov for, eventuelt om den aktuelle tjenesten selv kan ivareta tjenestebehovet. Videre skal den som fyller ut, oppgi om det er behov for en full kartlegging. Førkartleggingen handler med andre ord om å undersøke nærmere hvorvidt det er grunn til å gå videre i saken eller gå videre med en mer omfattende kartlegging.

## Kartlegging av behov (2)

Det andre trinnet består av en fullstendig kartlegging. Dette innbefatter både: a) innsamling av informasjon om barnets/ungdommens styrker og svakheter og b) en analyse av innsamlet informasjon. Skjemaet fylles ut sammen med barnet (når det er aktuelt) og/eller med foreldrene.

Selve hovedkartleggingen bygger på følgende tre tema eller domener:

- barnets utvikling, herunder helse og læringsframgang
- foreldrenes/omsorgspersoners evne til å støtte barnets/ungdommens utvikling, og hvordan de responderer på barnets behov
- betydningen storfamilien og miljøet for øvrig har på barnets eller ungdommens utvikling og på foreldrenes/omsorgspersonenes kapasitet

Innenfor de tre temaene er det totalt 20 elementer som skal vurderes. I veiledningen fremgår det imidlertid at alle punktene ikke nødvendigvis må gjennomgås i detalj. Anbefalingen er å vurdere mulige behov og styrker innenfor hvert element i den grad det er relevant for barnet. Metoden forutsetter derfor også at den som gjennomfører kartleggingen, utvikler praktiske ferdigheter i å spørre om forhold som er relevant for barnet. Det fremgår også at skjemaet må forstås som et verktøy som skal støtte opp under en skjønnsmessig vurdering.

I veiledningsmateriellet er de tre domenene utførlig omtalt med flere underkategorier. Som grunnlag for å gjennomføre kartleggingen, synes det å være en forutsetning at med-

### Barnets utvikling

- **Helse**
  - Generell helse
  - Fysisk utvikling
  - Språk og kommunikasjon
  - Følelsesmessig og sosial utvikling
  - Atferdsmessig utvikling
  - Identitet, selvtillit, selvbylde, sosial framferd
  - Familierelasjoner og andre sosiale relasjoner
- **Læring**
  - Forståelse, resonnering og problemløsning
  - Deltakelse i læring, utdanning
  - Fremgang og læringsprestasjoner
  - Aspirasjon

### Foreldre og omsorgspersoner

- Grunnleggende omsorg, trygghet og beskyttelse
- Følelsesmessig varme og stabilitet
- Veiledning, grensesetting og stimulering

### Familie og miljø

- Familiehistorie, familiefungering og velvære
- Utvidet familie (støtte og nettverk)
- Husvære, sysselsetting og økonomisk situasjon
- Sosiale tilbud og egenskaper ved nærmiljøet (tilgang til barnehage, transport, fritidsmuligheter, kriminalitet, sosiale nettverk osv.)

arbeiderne har et visst grunnleggende kunnskapsnivå om de tre domeneene.

Ansvar for gjennomføringen av de to første fasene ser ut til å være skjønnsmessig og opp til den som starter prosessen. Førkartleggingen vil foretas i basistjenestene. I skjemaet for førkartleggingen skal imidlertid den som fyller ut, krysse av for om den selv kan gjøre en full kartlegging eller om andre bør gjøre denne.<sup>12</sup>

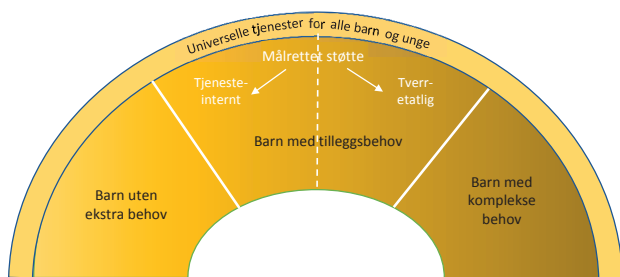
De tre kunnskapsdomeneene omtalt over har bakgrunn i det som omtales som FACNF-modellen (Léveillé og Chamberland 2010).<sup>13</sup> Kunnskapsgrunnlaget i denne modellen var opprinnelig utformet for profesjonelle i hjelpetjenestene, men inngår også i CAF-modellen som kunnskapsgrunnlag for basistjenestene. Ifølge Léveillé og Chamberland (2010) har FACNF-modellen dannet utgangspunkt for utvikling av tilsvarende modeller i en rekke andre land, deriblant Danmark og Sverige. I Sverige inngår de tre domeneene i det som kalles BBIC-modellen, men denne er primært beregnet på medarbeidere i sosialtjenesten. I Danmark har modellen blitt kalt ICS (Integrated Children's System).

I veiledningsmateriellet er det også utarbeidet en illustrasjon som viser barns ulike behov for hjelp. Illustrasjonen opererer med fire nivåer av hjelpebehov:

- 1) Barn uten behov for annen bistand enn ordinære tjenester
- 2) Barn som krever støtte fra én tjeneste, og som uten slik støtte risikerer å ikke nå sitt potensiale
- 3) Barn med mer komplekse behov og som krever bistand fra mer enn en tjeneste. Med behov menes her flere behov eller et behovs alvorlighet (depth or significance). Barna står i fare for sosial eller utdanningsmessig ekskludering.
- 4) Barn med komplekse og varige behov som krysser flere domener. De står i fare for betydningsfull skade og omsorgsovertakelse.

I en av kommunene (Brackwell Forest) som benytter CAF, har de på hvert av disse nivåene – og innenfor hvert domene – beskrevet indikatorer og eksempler på aktuelle hjelpetjenester (se tabell 10.1). I tabellen inngår kun de tre første punktene på hvert nivå/domene.

## Ulik grad av hjelpebehov



Figur 10.2 Illustrasjon av barn og unge med ulike behov for støtte (oversatt til norsk).

## Evalueringer av modellen

De første forsøkene med CAF-modellen ble gjennomført i 2005 og 2006 i 12 kommuner (i England). Evalueringen av disse forsøkene var i praksis en evaluering av implementeringen, ikke resultatene. Både Brandon m.fl. (2006) og Dagley m.fl. (2007) peker på at evalueringene er farget av at involverte medarbeidere i forsøkene var en selektert gruppe med positive holdninger og erfaring med tilsvarende arbeid. Begge evalueringene peker også på at deltakerne gjennomgående var positive til modellen. Evalueringene viser likevel til noen utfordringer. Brandon m.fl. (2006) viser bl.a. til at CAF-modellen introduserte nye og utfordrende forståelsesmodeller inn i skolen. Et eksempel er modellens helhetlige tenkning omkring faktorer som påvirker barnets utvikling. Et annet eksempel er CAF-modellens intensjon om å starte hjelpeprosessen allerede i skolen, mens mange oppfattet at det var et

<sup>12</sup> Det fremgår også av veiledningsmateriellet at det er tatt stilling til grenseoppgangen mellom CAF-skjemaet og andre skjema. I følge veilederen skal det erstatter enkelte andre skjema, men fungere som supplement til mer spesialiserte skjema.

<sup>13</sup> Dette er den samme modellen som blir benyttet som rammeverk (kapittel 3) for kunnskapsoppsummeringen om risiko og beskyttelsesfaktorer (kapittel 4-5) og kunnskapsoppsummeringen om tegn og signaler (kapittel 6-8).

Tabell 10.1 Eksempler på tegn og signaler sortert etter nivå og domene

	Barnets utvikling	Foreldres kapasitet	Familie og omgivelser
<b>Nivå 1</b> <b>ingen behov</b> <b>ordinære tjenester</b>	Ved fysisk god helse Tilstrekkelig diett, hygiene og klær Gjennomført helsekontroll og vaksiner	Forsørger fysiske behov som f.eks. mat, drikke, klær, medisinsk behandling og tannbehandling. Beskytter barnet mot farer i hjemmet eller andre steder Viser varme, ros og oppmuntring	Gode relasjoner innenfor familien Få betydningsfulle endringer i familiesammensetning Stort familienettverk og gode venner utenfor familien
<b>Nivå 2</b> <b>tilleggsbehov</b> <b>Målretta hjelp fra én tjeneste</b>	Følelsesmessig og atferdsmessige vansker, men uten vesentlig svekking av helse eller utvikling Sen utvikling (i forhold til milepæler) Fravær fra helseundersøkelser mv	Foreldre med mentale eller fysiske helseproblemer, men uten at de har betydelig negativ virkning på barnet Rusmisbruk som ikke ser ut til å påvirke barnet betydelig Manglende evne til å oppdage behov for helsetjenester for barnet eller seg selv	Foreldre med noen vanskeligheter som kan påvirke barna Barna har erfart tap av betydningsfulle voksne gjennom skilsmisse Barnet har omsorgsoppgaver
<b>Nivå 3</b> <b>komplekse behov</b> <b>hjelp fra flere enn én tjeneste</b>	Moderate mentale/ emosjonelle helseproblemer eller atferdsmessige vansker Bekymring vedrørende diett, hygiene og klær Mangelfulle rutiner	Mentale, fysiske helseproblemer og rusproblemer som hindrer foreldre å ta vare på barna Ikke i stand til å sette barnas behov fremfor ens egne Ikke i stand til å oppdage helsebehov hos seg selv eller barna	Hendelser med vold i familien Alvorlig fysisk/psykisk helse i familien Familien har dårlige relasjoner til utvidet familie
<b>Nivå 4</b> <b>komplekse og varige behov</b> <b>hjelp fra flere tjenester innenfor flere domener</b>	Har flere former for alvorlige mentale eller emosjonelle helseproblemer eller atferdsproblemer. Alvorlige og/eller flere funksjonshemminger eller alvorlige helseproblemer som påvirker utviklingen Rusmisbruk eller selvskading som påvirker helse og utvikling	Alvorlige mentale eller fysiske helseproblemer, rusmisbruk eller andre problemer som gjør at omsorgsrollen ikke ivaretas Manglende evne til å ta i bruk helsetjenester med alvorlige helsekonsekvenser for barnet Bekymring rundt barn i familier hvor det er tatt over omsorgen for andre barn.	Hendelser med vold i familien, mellom foreldre Nært forestående sammenbrudd i familien med risiko for at barnet ikke ivaretas Ingen støtte fra utvidet familie

verktøy for å henvise saker videre. Et tredje eksempel var forståelsen av rollen som koordinator. I tillegg til utfordringene med å forstå modellen, peker evalueringen også på at CAF medførte en del merarbeid for lærere. Resultatene fra den andre evalueringen sammenfaller langt på vei med den førstnevnte (Dagley m.fl. 2007). I tråd med utfordringene nevnt i den førstnevnte evalueringen, peker denne på to kritiske forhold for å lykkes med CAF-modellen.

Det ene er behov for opplæring av personalet, og det andre er behovet for å avsette ressurser til å gjennomføre kartlegginger.

Senere evalueringer samsvarer langt på vei med evalueringene fra pilotperioden. Norgate m.fl. (2009) viser bl.a. at kartleggingen opplevdes som tidkrevende, og i frykt for å pådra seg merarbeid, var det derfor mange som lot være å gjennomføre den. En annen undersøkelse gjennomført i rurale

områder, viser også at kartleggingsmetodene skapte utfordringer med hensyn til gjennomsluttheten i små samfunn (Adamson og Deverell 2009). Dette handlet bl.a. om familienes skepsis mot autoriteter, motvilje mot å diskutere familieproblemer med skolen, og at kartleggingen oppleves som nedverdiggende og truende. Et annet problem som nevnes, er at det hersket en viss mistillit i hjelpetjenestene til kartlegginger gjennomført i basistjenestene. En tredje undersøkelse peker på de klassiske utfordringene i samhandlingen mellom tjenestene (Collins og Mccray 2012). Her vises det til at konkurrerende prioriteringer innenfor og mellom tjenestene hemmer samarbeidet, og at etatsinterne mål ikke nødvendigvis er sammenfallende med målet om å samordne tjenester rundt et barn eller familie.

The Munro Review er en omfattende evaluering av satsingen på tidlig innsats og samordning av tjenester mot barn og unge i Storbritannia (Munro 2011). Evalueringen strekker seg med andre ord ut over CAF-modellen, men også denne modellen omfattes av evalueringen. En hovedkonklusjon er at mye av reformene, herunder også systemet for kartlegging, har bidratt til for omstendelige prosesser. Bl.a. vises det til at for mye oppmerksomheten blir rettet mot å fylle ut kartleggings-skjema (fremfor å være opptatt av å yte hjelp). Et annet forhold er at ulike tjenester likevel gjør sine egne kartlegginger til tross for at en felles kartlegging allerede er gjennomført av andre. Evalueringen stiller også spørsmål ved om det er hensiktsmessig med et generelt kartleggings-skjema for hele landet, og om dette i tilstrekkelig grad ivaretar lokale variasjoner. Generelt anbefaler evalueringen å bevege seg bort fra tendensen til standardisering av oppgaver og prosedyrer, og i større grad legge vekt på profesjonenes skjønns og lokale læringsprosesser.

## 10.3 Oppsporingsmodellen

Arbeidet med å utvikle oppsporingsmodellen startet i 2009 av Socialstyrelsen. Formålet var å lage en modell som skulle styrke arbeidet med tidlig identifisering og tidlig innsats overfor sosialt

utsatte barn (Mehlbye 2013). Modellen ble i første omgang testet ut i fem kommuner i løpet av en periode på 2,5 år (avsluttet januar 2013).

Modellen bygger på tre grunnleggende verdier:

- Barns atferd ses i en sosial kontekst
- Foreldre er aktive samarbeidspartnere
- Verdsetting av det tverrfaglige profesjonelle samarbeidet og tverrfaglige ressurser vektlegges

Det første punktet innebærer at barnet betraktes ut fra en systemisk samspillsmodell og en økologisk utviklingsmodell. Barnets situasjon og utvikling oppfattes å være et produkt av de systemene som omgir barnet, herunder familien, nettverk, institusjonell kontekst (barnehage, skole) og andre omgivelser. Det fremgår også at modellen legger opp til å se barnets ressurser fremfor barnets mangler. Dette bygger igjen på forskning om resiliens og på samspillet mellom risiko- og beskyttelsesfaktorer.

Det andre punktet innebærer at foreldrene ses som en aktiv part i samarbeidet omkring barnet. Dette gjelder både i forståelsen av barnets atferd eller situasjon og i forbindelse med eventuelle tiltak som iverksettes. Det fremgår at foreldreperspektivet både innebærer at foreldre skal få lettere tilgang til hjelpeapparatet (for råd og veiledning), og at de skal være en aktiv samarbeidspartner omkring barnet. Samtidig vises det til at samarbeidet med foreldre kan arte seg på ulike måter avhengig av foreldrenes situasjon og ressurser.

Modellen skal også fremme det tverrfaglige samarbeidet. Med bakgrunn i ulike forhold som hemmer det tverrfaglige samarbeidet, står det at det skal bygge på en felles begrepsforståelse, og at de konkrete samarbeidsarenaene skal være meningsfylte for deltakerne.

I modellen inngår 7 metoder med tilhørende mål og definerte resultater:

- Ekstern veiledning

- Oppkvalifisering av faglig kunnskap
- Regelmessig bruk av trivselsskjema
- Systematisk bruk av overgangsskjema
- Effektivisere møtevirksomhet med en eksplisitt dialogmodell
- Etablering av en koordinator
- Melding til sentrale myndigheter

De to første punktene handler om å tilføre kompetanse i tjenestene. Ekstern sparring innebærer at skole, barnehage eller andre tjenester får tilbud om faglig bistand av eksterne med kompetanse på utsatte barn. Dette kan være fra et tverrfaglig team, fra dedikerte personer eller fra en bestemt hjelpetjeneste (f.eks. PPT).

Hjelpen kan ytes i anvendelsen av trivselsskjemaet (se nedenfor) og innbefatte både generell veiledning og veiledning i individuelle saker. Det andre punktet innebærer etablering av et småbarnsteam som skal ha særskilt kompetanse på utvikling av, og tegn og signaler hos barn fra 0-6 år. Begge de to første punktene innebærer med andre ord etablering av særskilte kompetansemiljøer som skal yte bistand til andre tjenester, i første rekke barnehager og skoler.

Det tredje metodepunktet omhandler trivselsskjemaet. Trivselsskjemaet er et verktøy som benyttes for å vurdere barnas trivsel. Trivselen klassifiseres i grønt, gult og rødt. Grønt symboliserer her en positiv utvikling, gult en utvikling der det er grunn til undring, og rødt

**Tabell 10.2** Liste over tegn og signaler på trivsel hos ungdom 14-16 år. Oppsporingsmodellen, Viborg kommune.

Grøn sone	Gul sone	Rød sone
- Barnet har en god og stabil kontakt med minst ett annet barn på tilsvarende utviklingsnivå	- Barnet deltar kun sporadisk i læringsfellesskapet og har lite utbytte av det	- Barnet oppleves å ha foreldre som er opptatt av egne behov
- Barnet er aktivt deltagende i læringsfellesskapet og får utbytte av dette	- Barnet har sjeldent kontakt med og omsorg fra voksne	- Barnet har sjeldent eller ustabil kontakt og omsorg fra voksne
- Barnet utviser tilfredshet med seg selv	- Barnet har begrenset eller ingen øyekontakt	- Barnet deltager ikke i læringsfellesskapet og har ingen utbytte av det
- Barnet tror på egne evner	- Barnet oppleves som utilfreds med seg selv	- Barnet oppleves som nederlagspreget
- Barnet har en god og stabil omsorg fra voksne	- Barnet mangler tro på egne evner	- Barnet bærer bekymringer med fra hjemmet
- Barnet vurderes å være i en positiv utvikling	- Barnet oppleves urolig og ukonsentrert	- Barnet tror ikke på egne evner
- Barnet kan vise glede og begeistring	- Barnet oppleves å ha en utagerende atferd	- Barnet viser ikke glede og begeistring
- Barnet oppleves å ha et positivt selvilde	- Barnet oppleves å vise en bekymret innadvendt atferd	- Barnet oppleves trist, sint eller innelukket
- Barnet gjenkjenner egne og andres følelser	- Barnet viser sjeldent glede og begeistring	- Barnet har vanskeligheter med å gjenkjenne egne og andres følelser
- Barnet har gode samtaleferdigheter	- Barnet har vanskeligheter med å gjenkjenne egne og andres følelser	- Barnet har mye fravær
- Barnet har et stabilt frammøte	- Barnet har ingen eller sjeldent avtaler om å leke med andre	- Andre tegn på mistrivsel som krever utdypende kvalitativ vurdering
- Andre tegn på trivsel	- Barnet har jevnlig fravær	
	- Andre tegn på mistrivsel	

representerer tegn og signaler som indikerer grunn til bekymring. Verktøyet er universelt, og alle barn skal vurderes to til tre ganger i året. Skjemaet benyttes imidlertid i en tre-trinns prosess, og i den tredje fase er det kun utsatte barn som inngår. De tre prosessene er:

- Hver enkelt medarbeider fyller ut et forberedelsesskjema. Dette er et enkelt skjema hvor alle barn er listet opp, og hvor medarbeiderne skal krysse av for grønn, gul og rød trivsel (med kommentarer).
- Med bakgrunn i forberedelsesskjemaene reflekterer en gruppe fagpersoner (dvs. fagpersoner i barnehagen eller i skolen) over hvert enkelt barn og fyller ut et gruppeskjema (dvs. at det er gruppen av fagpersoner som står bak en felles utfylling).
- For barn som klassifiseres i gult eller rødt, utarbeides et fokusskjema der barnets trivsel eller tegn på mistriivsel noteres ned. Dette er utgangspunkt for drøftinger med foreldre og eventuell oppfølging noteres ned i trivselskjemaet.

Som et hjelpemiddel for å vurdere hvorvidt barna befinner seg i grønn, gul eller rød sone, er det utarbeidet en liste med tegn og signaler på barnas trivsel/mistriivsel. Disse varierer noe mellom ulike aldersgrupper, men tar i hovedsak for seg psykososiale kjennetegn. Tabell 10.2 viser oversikten over tegn og signaler tilpasset ungdom 14-16 år.

I veiledningsmateriellet står det at listen skal brukes som et hjelpemiddel for hver enkelt når forberedelsesskjemaet fylles ut. Poenget er ikke å gå gjennom alle svarene på alle punktene i oversikten, men kun bruke den som en indikasjon over barnets trivsel.

Bruken av trivselsskjemaet og tilhørende sjekkliste inngår med andre ord i en prosess der først den enkelte medarbeider gjør opp sine vurderinger. Dernest reflekteres det over de enkelte medarbeideres registreringer i en gruppe. Til slutt - for det barn som befinner seg i gul eller rød sone - involveres også foreldre. Prosessen

starter videre universelt, men prosessen er selektiv i den forstand at målet er å identifisere barn man undrer seg over (gul), eller bekymrer seg over (rød).

De tre påfølgende metodepunktene (4, 5 og 6) i oppsporingsmodellen handler om tre typer samarbeid. Den første om barns overganger mellom tjenester, det andre om tverretatlige møter og det tredje samordning i form av en koordinatorfunksjon. Overgangsskjemaene benyttes for å sikre overføring av kunnskap om barnet mellom ulike institusjoner, f.eks. mellom barnehage og skole. Det andre punktet om tverrfaglige møter kalles dialogmodellen og inkluderer ulike formaliserte verktøy for å effektivisere tverrfaglige møter. Koordinatorfunksjonen skal ivareta ulike funksjoner rundt et barn, herunder ha ansvar for møtevirksomhet, iverksette beslutninger og sikre at foreldre har full informasjon om alle beslutninger vedrørende barnet. Det syvende punktet handler om prosedyrene med å sende meldinger til barnevernet, samt prosedyrer for tilbakemelding til melder.

Generelt opererer oppsporingsmodellen på individnivå, et kollektivt nivå og et organisatorisk nivå. Individnivået innbefatter hver enkelt medarbeiders ansvar for å identifisere barn og unge (jf. forberedelsesskjema). Det kollektive nivået er det faglige fellesskapet som benyttes til å diskutere de individuelle vurderingene, dvs. med hjelp av gruppeskjema og trivselskjema. Det organisatoriske nivået innbefatter de sistnevnte virkemidlene for samarbeidet mellom tjenester og overfor foreldre.

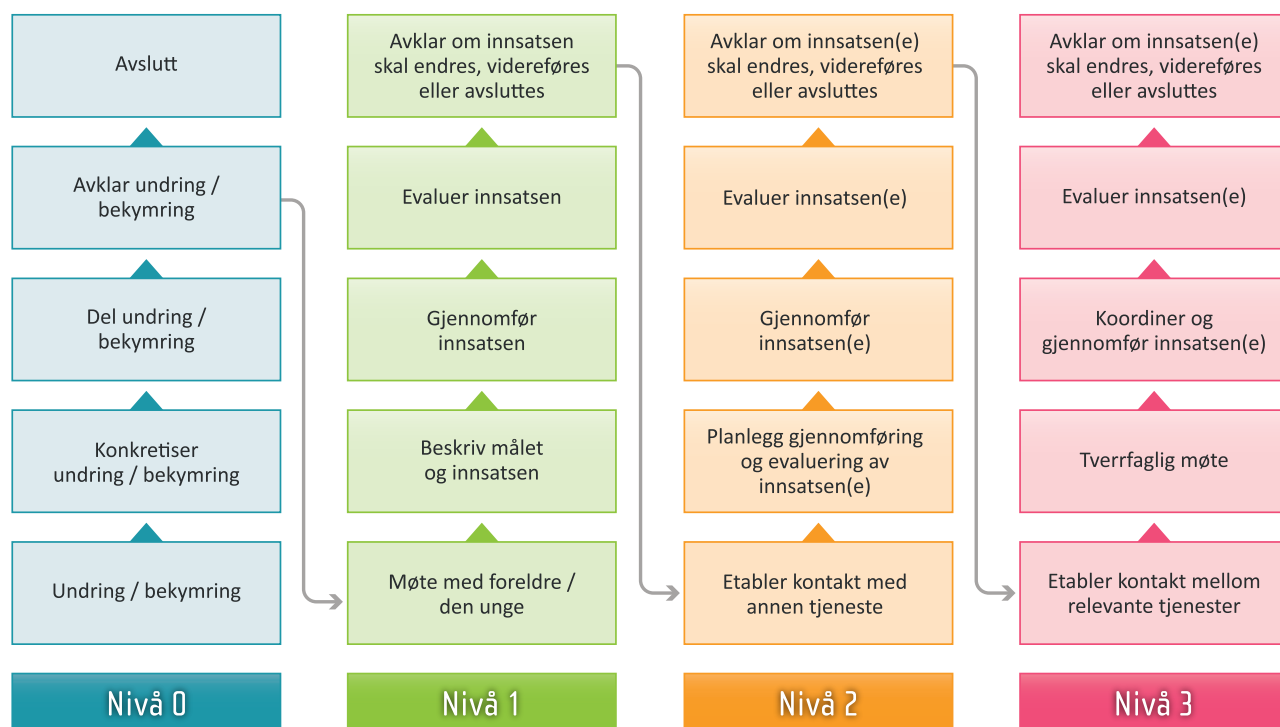
Rambøll har evaluert satsingen med Oppsporingsmodellen i Danmark. Evalueringen tar utgangspunkt i en målsetting om at tidligere innsats kan bidra til en bedre trivsel hos barna. Konkret innebærer dette en målsetting om at man tidligere blir oppmerksom på barn som man undrer eller bekymrer seg over tidligere. Ifølge evalueringen har modellen hatt en positiv effekt på målet om tidlig identifisering av barn. En sammenligning av kommuner med oppsporingsmodellen (forsøkskommuner) og andre sammen-

ligningskommuner, viser at barna i forsøkskommunene kom i kontakt med hjelpeapparatet 1,5 år tidligere enn i sammenligningskommunene. Ifølge evalueringen har oppsporingsmodellen også styrket innsatsen både i basistjenestene og i hjelpetjenestene. Det innebærer bl.a. at personalet i basistjenestene har blitt bedre til å involvere foreldre, de opplever å ha fått bedre kunnskap om hvor de skal henvende seg i bekymringsaker, og de har bedre kompetanse i å støtte barn med ekstra behov. Evalueringen viser at implementeringen av spesielt trivsels-skjemaet har vært vellykket i den forstand at det er tatt i bruk i praksis ute i tjenestene. Noen av forklaringene som nevnes, er at bruken av skjemaet har fått prioritet, at det er enkelt, og at bruken både er en individuell og kollektiv oppgave på de enkelte tjenestestedene. I tillegg vises det til at trivsels-skjemaet samspiller godt med andre metoder som benyttes i barnehage og skole (systemtenkning, narrativ tenkning og LP-modellen). Det fremgår likevel i evalueringen at enkelte faggrupper opplever at trivsels-skjemaet blir for enkelt, bl.a. at det mangler tegn på undring/bekymring i familien.

## 10.4 Bedre tverrfaglig innsats (BTI)modellen

BTI-modellen er en modell som har sin opprinnelse fra Danmark, men er tilpasset norske forhold. Hensikten med BTI-modellen er å bidra til tidlig innsats og samordnede tjenester med medvirkning fra barnet/ den unge og foreldre uten at det blir oppfølgingsbrudd. Modellen er først utprøvd og utviklet i åtte norske pilotkommuner (Helgesen 2013, Møller 2016). Det er utarbeidet et veiledningsmaterieill i regi av Helsedirektoratet som ligger på nettsiden forebygging.no (<http://tidliginnsats.forebygging.no/Aktuelle-innsater/BTI/>).

BTI-modellen bygger på et system med fire prosesser (se figur 10.3). Den første prosessen (nivå 0) beskriver prosedyrer og aktiviteter som skal bidra til å identifisere barn og unge som bekymrer. Målet er å komme frem til en beslutning om å gå videre med en bekymring eller ikke. Den andre prosessen (nivå 1) beskriver arbeidet med å gjennomføre interne tiltak innenfor en bestemt tjeneste, herunder barnehage og skole. Den



Figur 10.3 BTI-modellens fire nivåer.

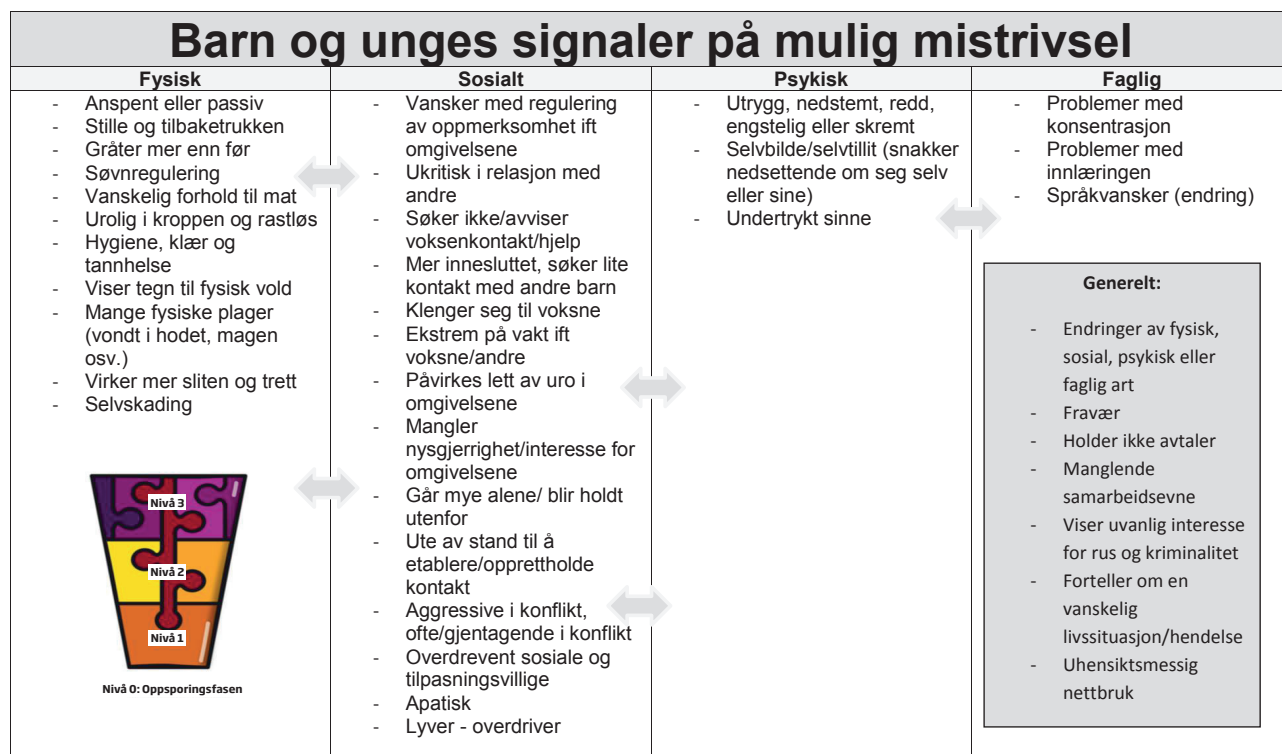
tredje prosessen (Nivå 2) beskriver en prosess med enkelt og rutinemessig samarbeid mellom to tjenester. Dette vil omfatte henvisninger mellom tjenestene, råd og veiledning fra en tjeneste til en annen og felles utrednings- og tiltaksarbeid mellom to tjenester. Den fjerde prosessen (nivå 3) beskriver en prosess med mer komplekst samarbeid mellom flere tjenester. Dette vil omfatte både tverretattlig samarbeid der tjenestene jobber parallelt, eller der det er behov for mer integrert tverrfaglig samarbeid mellom flere tjenester.

I denne sammenhengen er det den første prosessen som er mest interessant (nivå 0). I mer detalj beskriver denne ulike trinn fra undring og frem mot beslutningen om hvorvidt det er grunn til bekymring eller ikke. Prosessen består først av et trinn der den enkelte medarbeider undrer seg med bakgrunn i observasjoner av barn eller foreldre. Det andre trinnet innebærer konkretisering av undringen, dvs. en nedtegning av hva man har observert. Det tredje trinnet innebærer at undringen (og konkreti-

seringene) deles med andre, herunder kolleger og foreldre. Til slutt innebærer prosessen et trinn hvor det treffes en beslutning om det er grunn til bekymring, og om det er aktuelt å gå videre med interne tiltak eller tiltak i samarbeid med andre.

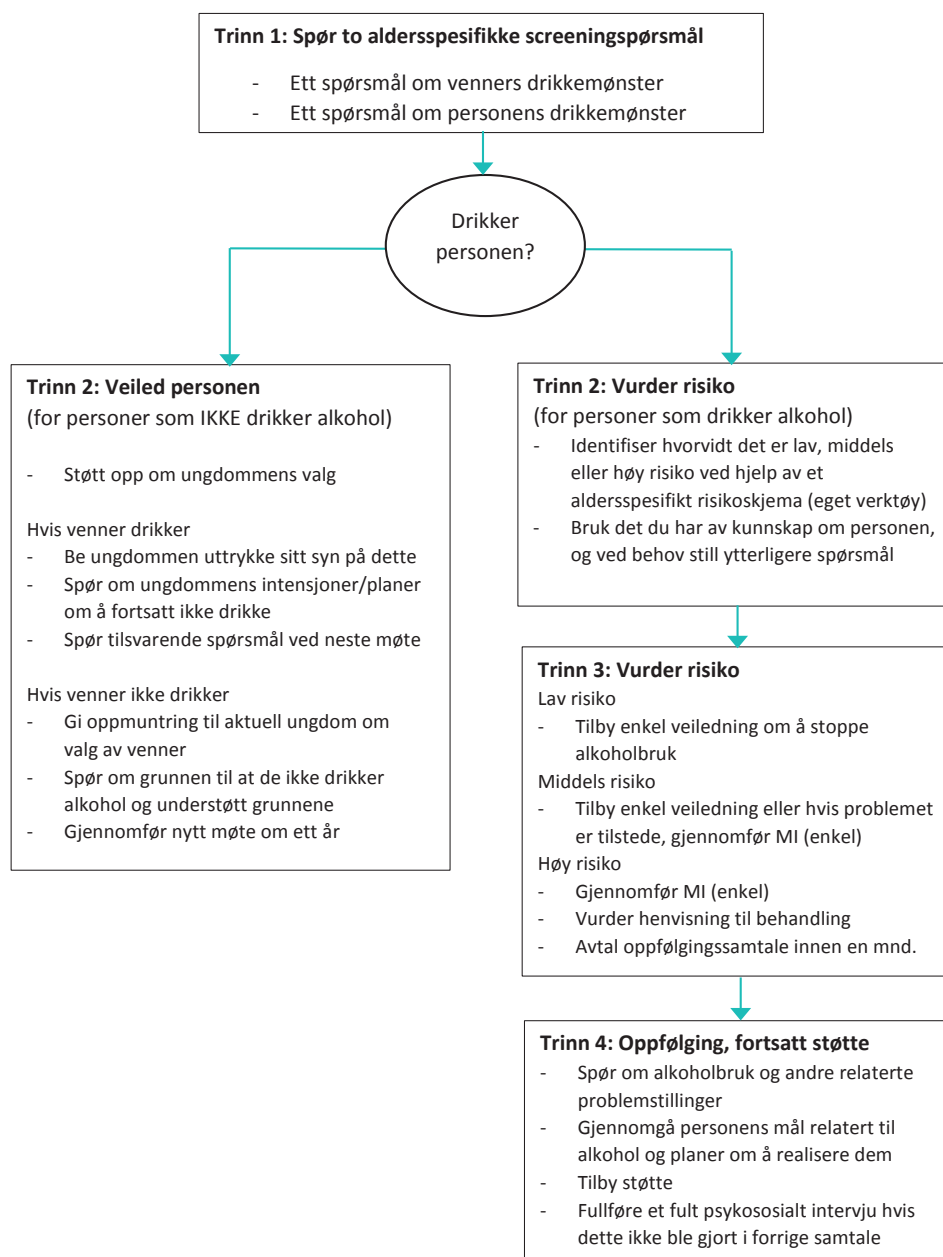
De åtte pilotkommunene benyttet ulike verktøy som hjelpemiddel på nivå 0. I løpet av utviklingsperioden har det imidlertid ikke vært tilbudt standardiserte verktøy, og den enkelte kommune har tatt i bruk ulike verktøy. Det finnes likevel enkelte verktøy som er delt mellom de ulike pilotkommunene. Dette inkluderer bl.a. et skjema med tegn og signaler (se figur 10.4). Skjemats opprinnelse er ukjent.

Ut over den generelle beskrivelsen av ulike trinn foreligger det ingen konkrete prosedyrer for hvordan identifiseringsprosessen og beslutningene skal gjøres. Modellen åpner derfor opp for at dette tilpasses lokale forhold og til hver enkelt tjeneste.



Figur 10.4 Skjema over tegn og signaler som er benyttet i BTI-kommuner (ukjent opprinnelse).





**Figur 10.5 Screening and brief intervention for youth ages 9-18**  
(National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism).

## 10.5 System for å redusere rusmisbruk blant ungdom

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2015) har utarbeidet et praktisk verktøy for å avdekke og intervensere overfor ungdom i risiko for å misbruke alkohol. Verktøyet er beregnet for barn og unge i alderen 9-18 år. Formålet er å avdekke risiko for alkoholrelaterte problemer før de oppstår, eller så tidlig som mulig. Til forskjell fra andre metoder som benytter omfattende screeninginstrumenter, starter prosedyrene her med to enkle spørsmål. Hensikten er at disse vil kunne innpasses i en større samtale. Verktøyet er beregnet for primærhelsetjenesten. I norsk sammenheng vil det være primærlegen eller skolehelsetjeneste/helsestasjon for ungdom. Men metoden kan også egne seg for personell i skolen med ansvar for sosiale forhold (miljøterapeuter, sosiallærere etc.).

Prosedyrerene er beskrevet i form av et overordnet flytskjema bestående av fire trinn (se figur 10.5). Hvert trinn er videre utdypet med mer detaljerte prosedyrer og spørsmål. Prosessen med å identifisere bygger på to enkle spørsmål, spørsmål som utformes på noe ulik måte avhengig av aldersgruppen. Det ene spørsmålet er om ungdommens venner drikker. Det andre er om ungdommen selv drikker, og hvor mye. Videre tolkning eller vurdering av risiko baseres på et eget verktøy som vurderer risiko etter en kombinasjon av forholdet til rus og alder. Prosessen videre glir over i en forebyggende prosess (personer utenfor risiko) og en intervensjonsprosess (for personer i risiko). Type intervensjon avhenger av om forholdet til alkohol blir vurdert som moderat eller høy.

## 10.6 System for identifisering av psykiske plager hos ungdom (NICE - retningslinjer)

Vi har også tatt med en retningslinje fra NICE (2015c) som omhandler psykiske plager hos ungdom. Retningslinjen inneholder anbefalinger for å identifisere og yte bistand til barn (5-11 år) og unge (12-18 år) med depresjoner (eller depressive symptomer).

Retningslinjene inneholder ulike aktiviteter som er organisert på fire nivåer. Dette innbefatter: 1) å avdekke depresjon, 2) diagnostisere depresjon, 3) håndtere både mild, 4) moderat eller 5) alvorlig depresjon. De ulike aktivitetene anbefales gjennomført på ulike nivåer i tjenesteapparatet. Det er kun avdekking av depresjon (1) og delvis håndtering av mild depresjon (3) som er tiltenkt helsepersonell i førstelinjen.

I førstelinjen gir retningslinjene 12 anbefalinger som kan sorteres i to grupper:

- Kunnskaps- og kompetanseanbefalinger, herunder kunnskapsoverføring fra spesialist til primærtjenester
- Egne handlinger versus henvisning

Den første typen anbefalinger viser til at helsepersonell i primærhelsen, i skolene eller i andre kommunale settinger bør trenes til å vurdere barn og unge som har risiko for å få depresjoner. En slik opplæring bør innbefatte kunnskap i å evaluere nåværende og tidligere psykososiale risikofaktorer som alder, kjønn, familieforhold, mobbing, fysisk, seksuelle eller følelsesmessig overgrep, komorbiditet (inkludert bruk av rusmidler), foreldres historie med depresjon, historie med tap/dødsfall i familie, betydningen av risikoopphepning samt etniske og kulturelle faktorer. Det anbefales også at helsepersonell i primærhelsen, skole og andre relevante lokale institusjoner skal få opplæring i kommunikasjonsferdigheter («activ listening» og conversational technique»). I tillegg anbefales at spesialisthelsetjenesten tilbyr opplæring og bistår

**Tabell 10.3 Kriterier for henvisning til spesialisthelsetjeneste. Barn og unge med psykiske plager.**

Følgende situasjoner krever ikke videre henvisning	Ved følgende situasjoner anbefales henvisning til spesialisthelsetjeneste
<ul style="list-style-type: none"> <li>- En bestemt livshendelse som kan indikere depresjon, men fravær av andre risikofaktorer</li> <li>- En bestemt livshendelse og andre risikofaktorer, men uten tegn på depresjon</li> <li>- En bestemt livshendelse og risiko hos familie-medlemmer, men uten tegn på depresjon hos barnet/ungdommen</li> <li>- Mild depresjon uten komorbiditet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifisert depresjon kombinert med to eller flere andre risikofaktorer</li> <li>- Identifisert depresjon der en av familiemedlemmene har historier med depresjon</li> <li>- Mild depresjon, men der personen ikke har respondert på intervensjon i førstelinjen (tier 1) etter 2-3 måneder</li> <li>- Ved moderat eller alvorlig depresjon</li> <li>- Tegn på tilbakefall hos de som har blitt friske fra tidligere moderat eller alvorlig depresjon</li> <li>- Manglende evne til å ta vare på seg selv (self-neglect), selvmordsforsøk</li> <li>- Når foreldre ønsker henvisning</li> </ul>

med å avdekke, vurdere og henvise barn og unge som er depressive, eller som står i fare for å bli det. Ifølge veilederen bør slik opplæring forbeholdes fastleger og miljøarbeidere ved skolene.

Den andre typen anbefalinger handler om arbeidsdelingen mellom førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Her inngår det kriterier for når førstelinjetjenesten bør tilby vurdering eller samtale (ved uønskede livshendelser som skilsmisse o.l. eller hvis barn er utsatt for andre risikofaktorer). Det understrekes også at barn ikke skal henvises videre hvis det kun dreier seg om enkelthendelser eller enkelthendelser i kombinasjon med en enkelt risikofaktor. I det siste tilfellet skal førstelinjen tilby samtaler. Derimot anbefales henvisning dersom barnet/ungdommen har gjentatte signaler på depresjon. Kriteriene for å gjennomføre egne tiltak versus det å henvise videre er videre utdypet mer i detalj i tabell 10.3.

Disse retningslinjene beskriver ikke en helhetlig prosess fra barnehage/skole og frem til spesialisthelsetjenesten. Retningslinjene utdyper imidlertid to viktige faser i en slik prosess. Den ene er kunnskapsgrunnlaget som anbefales i førstelinjen, og spesialisthelsetjenestens rolle i å støtte opp under denne. Dette gjelder både med hensyn til kunnskap generelt og med hensyn til veiledning i enkeltsaker. Det andre er at retningslinjen

spesifiserer forholdsvis klare kriterier for når førstelinjen har et ansvar, og når saker skal henvises videre. Dette berører dermed et sentralt og vanskelig element i slike prosesser, dvs. arbeidsdelingen mellom basistjenester, hjelpetjenester og spesialisttjenester.

## 10.7 Oppsummering

I dette kapitlet har vi gått gjennom ulike retningslinjer og modeller som alle i mer eller mindre grad beskriver prosessen med å identifisere barn som det er grunn til å bekymre seg over. Hovedformålet har vært å plassere kunnskapen om risiko og beskyttelse, om tegn og signaler og om samtalemetoder inn i en større sammenheng. Med andre ord er formålet å beskrive ulike måter denne kunnskapen og disse verktøyene benyttes på. Videre er tanken at det vil være mulig å trekke veksler på ulike kvaliteter ved disse modellene.

Likhetstrekkene er at alle modellene består av prosesser som inneholder flere elementer som skal bidra til en tolkning av barnet eller ungdommen. De fleste prosessene starter også mer eller mindre eksplisitt med tegn og signaler. Vi kan skissere en forenklet prosess i tre faser som langt på vei fanger opp essensen i de ulike modellene:

- 1) Oversikt over tegn og signaler som observeres, og som utgjør starten på en identifiseringsprosess
- 2) Prosedyrer og handlinger som skal bidra til tolkning og forståelse av tegn og signaler
  - a. Registeringer
  - b. Samtale med barn/foreldre
  - c. Ytterligere kartlegging i form av samtale med kolleger/andre tjenester
- 3) Prosedyrer for hvordan man handler på bakgrunn av tegn og signaler og tolkningen av disse.

De tre fasene forutsetter tre typer kunnskap og kompetanse. For det første vil det forutsette kunnskap om hvilke tegn og signaler som er aktuelle, og kompetanse i å identifisere tegn og signaler hos barn. Dette inkluderer også kompetanse i å tolke dem i lys av hva som er normal atferd og normal utvikling hos et barn på ulike alderstrinn.

For det andre omfatter det kunnskap og kompetanse i å samtale med barn, unge og foresatte. Dette er en vesentlig del av prosessen fordi samtaler skal bidra til å understøtte eller avkrefte de antakelser som tegn og signaler gir. Dette ser vi spesielt i NICE sine retningslinjer om omsorgssvikt der samtalen handler om å innhente rimelige forklaringer på tegn og signaler. På samme måte vil samtaler med kolleger bidra i tolkningen av observerte tegn og signaler.

For det tredje omfatter det kunnskap om prosedyrer for videre handling. Dette handler for det første om kriteriene for å koble på andre tjenester. Dette understrekes bl.a. i NICE sine retningslinjer om barn og unges psykiske helse. Her finner vi at beskrivelsen av tegn og signaler legger premissene for når andre tjenester skal involveres. I tillegg omfatter det kunnskap om videre handling, kjennskap til aktører, prosedyrer og ikke minst egen rolle.

Til tross for at de ulike modellene har visse grunnleggende likhetstrekk, finner vi også at

de varierer en god del på enkelte områder. Dette gjelder:

- hvorvidt kunnskapsgrunnlaget er generelt eller bygger på en oversikt over tegn og signaler
- om modellene er universelle eller selektive
- prosedyrene for tolkning varierer mellom modellene
- vektlegging av å styrke positive egenskaper versus det å legge vekt på identifisering gjennom negative egenskaper

Modellene varierer med hensyn til hvor eksplisitt prosessen starter med tegn og signaler, eller om de bygger på et generelt kunnskapsgrunnlag hos medarbeiderne. NICEs retningslinjer om omsorgssvikt starter med eksplisitte tegn og signaler, men peker på at det også bør inngå andre kilder. Tilsvarende bygger Oppsporingsmodellen på en oversikt over tegn og signaler som leder til den første kartleggingen. Det understrekes imidlertid at listene med tegn og signaler bare er et hjelpemiddel. BTI-modellen opererer også med en liste med tegn og signaler, men her er det uklart hvorvidt disse skal eller kan brukes som grunnlag alene, eller om de forutsetter at brukerne av dem har et kunnskapsgrunnlag fra før. FAC-modellen starter med en undring som leder til en mer eksplisitt kartlegging. Her legges det imidlertid vekt på at medarbeiderne i basistjenestene har opparbeidet seg et generelt kunnskapsgrunnlag om tre domener som har betydning for barns utvikling. Med andre ord legger denne modellen mer vekt på et generelt kunnskapsgrunnlag og i mindre grad på tegn og signaler. Generelt kan vi derfor si at modellene varierer fra det ene ytterpunktet med bruk av tegn og signaler som et selvstendig kunnskapsgrunnlag, til det andre ytterpunktet hvor det legges vekt på et generelt kunnskapsgrunnlag. I praksis er det imidlertid rimelig å anta at identifisering bygger både på tegn og signaler og et generelt kunnskapsgrunnlag. Spørsmålet blir derfor heller hva som vektlegges.

I utgangspunktet er alle modellene universelle i den forstand at alle barn skal vurderes. Hvis vi

ser på de eksplisitte verktøyene som benyttes, finner vi imidlertid både universelle og selektive modeller. Med universell mener vi da at alle barn i utgangspunktet er gjenstand for en eksplisitt bruk av verktøy i metoden. Dette gjelder spesielt Oppsporingsmodellen og Rusmodellen. De tre øvrige er selektive i den forstand at barna fanges opp selektivt gjennom tegn og signaler. Samtidig ser vi at også Oppsporingsmodellen får et mer selektivt preg i løpet av prosessen. Den er universell i starten av prosessen, men selektiv i sitt mål. Det betyr at målet er – som i de øvrige modellene – å identifisere barn som bekymrer.

Tolkningsprosessen varierer også mellom modellene. I NICE-modellen skal tolkningen bygge på en vurdering av både registrerte tegn og signaler og foreldres forklaring. Her er prosedyrene at risikoen for omsorgssvikt øker hvis det ikke foreligger rimelige forklaringer på observerte tegn og signaler. Dessuten skal noen signaler tolkes som mer alvorlig enn andre. FAC-modellen bygger som nevnt på et generelt kunnskapsgrunnlag om barns behov langs tre domener. Tolkningen handler da om å vurdere det enkelte barn i henhold til en helhetsvurdering av behov, risiko og beskyttelsesfaktorer. I tillegg er dette en totrinnsmodell der den enkle førkartleggingen tolkes før en mer omfattende kartlegging gjennomføres. Oppsporingsmodellen innebærer også en totrinns tolkningsprosess. Det spesielle her er at det første trinnet er individuelt og det andre kollektivt (fagfellesskapet). Her legger de ikke vekt på at de som tolker skal ha et generelt kunnskapsgrunnlag, men har heller valgt å etablere ekspertmiljøer som stilles til rådighet ved tolkningen av kartleggings skjemaene. Tolkningen i BTI starter med undringen som søkes understøttet eller avkrefte gjennom tre typer aktiviteter. Dette er konkretisering (dvs. registrering over tid), deling med kolleger og deling med foreldre. Hvordan man deler med andre, er ikke like tydelig beskrevet slik som i Oppsporingsmodellen.

Vi kan også trekke et skille mellom de ulike modellene med hensyn til om de legger vekt på observasjon av en negativ utvikling eller positive

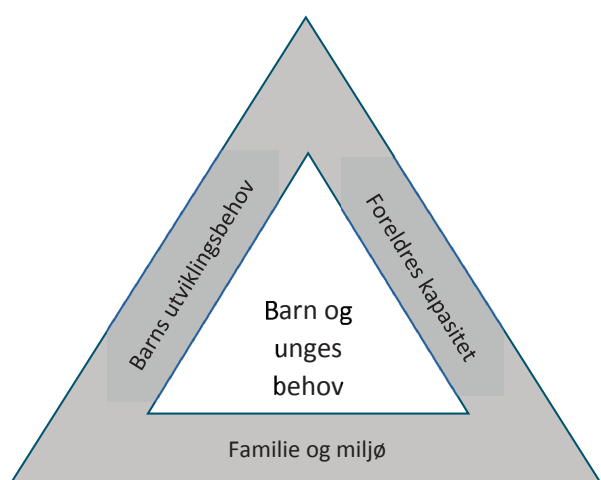
utviklingstrekk ved barnet. NICEs retningslinjer for omsorgssvikt legger utelukkende vekt på tegn og signaler på en negativ situasjon/utvikling. Tilsvarende ligger det også i BTI-modellen en ensidig vektlegging av å observere undring eller bekymring på negative situasjoner/ utviklingstrekk. Både FAC-modellen og Oppsporingsmodellen bærer derimot preg av å også se på positive utviklingstrekk. Konkret fremgår dette av den generelle beskrivelser av ideelle utviklingsløp langs de tre domene i FAC-modellen eller den grønne sonen i trivsels-skjemaet. Tilsvarende tyder begrepet «behov» og «trivselskjema» på ønske om en positiv ladet tolkningsprosess. Men til tross for dette vil også disse modellene i praksis definere hjelpebehovet ut fra negative trekk/utvikling hos barnet eller barnets omgivelser. Samtidig åpner begge de sistnevnte modellene for å nyansere tolkningen ved at de vurderer tegn og signaler på risiko opp mot beskyttelsesfaktorer. Videre vil begge disse modellene også inkludere universelle tiltak i tillegg til de mer individuelle og selektive tiltakene.

# 11. Sammenfatning

Formålet med denne rapporten har vært å oppsummere kunnskap om tidlig innsats mot utsatte eller sårbare barn og unge. Tematisk er rapporten avgrenset til å gjelde kunnskap og kompetanse som er relevant i arbeidet med å oppdage barn som bekymrer. Mer konkret innbefatter dette en oversikt over risiko- og beskyttelsesfaktorer, tegn og signaler på utsatte barn, samtalemetoder og hvordan disse elementene inngår i mer helhetlige systemer.

## Kunnskapsgrunnlaget

Rapporten bygger kunnskapsgrunnlaget på ICS-modell som er utviklet i England, og som er spredt og tilpasset en rekke andre land. Modellen opererer med tre domener som definerer barns behov. Det første domenet beskriver ulike behov i barns oppvekst. Dette handler om helsebehov, behov for læring, behov for å utvikle emosjonell og atferdsmessige egenskaper samt behov for å utvikle sosiale relasjoner til andre. Det andre domenet omhandler foreldrenes kapasitet til å støtte opp under barnas behov. Dette innbefatter det å gi grunnleggende omsorg (mat, klær, hygiene etc.), stimulans og veiledning, det å være følelsesmessig tilgjengelig og ivareta barnets sikkerhet. Det tredje domenet omhandler barnets omgivelser, herunder egenskaper ved familien og miljøbetingelser for øvrig.



ICS-modellen bygger både på et utviklingsperspektiv og et økologisk perspektiv. Utviklingsperspektivet retter oppmerksomheten mot tidsdimensjonen og at barns behov varierer og endrer seg i løpet av oppveksten. Utviklingsperspektivet legger stor vekt på at barn får dekket sine behov i de første leveårene. Det økologiske perspektivet retter oppmerksomheten mot den romlige dimensjonen og peker på betydningen av omgivelsene og hvordan disse direkte eller indirekte påvirker barnets utvikling. Disse to perspektivene sammenfaller langt på vei med Bronfenbrenners senere publikasjoner der utviklingsperspektivet får en tydeligere rolle sammen med det økologiske perspektivet. I tillegg finner vi implisitt i modellen også et systemperspektiv. Innenfor dette perspektivet er man opptatt av hvordan ulike faktorer inngår i et system av ulike årsaker og virkninger som gjensidig påvirker hverandre. I ICS-modellen dreier dette seg om hvordan ulike faktorer innenfor de tre domene påvirker hverandre gjensidig.

Både den engelske og svenske varianten av ICS-modellen inneholder en beskrivelse av ulike risiko- og beskyttelsesfaktorer innenfor de tre domene. I rapporten har vi tatt utgangspunkt i den svenske varianten siden litteraturen her er mest oppdatert. Samtidig har vi også supplert det svenske kunnskapsgrunnlaget med oppdatert litteratur om ulike risiko- og beskyttelsesfaktorer.

Den generelle kunnskapen vi kan trekke ut av ICS-modellens beskrivelser av risiko- og beskyttelsesfaktorer, kan oppsummeres i følgende punkter:

- En sunn utvikling forutsetter at barn får dekket ulike behov opp gjennom oppveksten. Det er spesielt viktig at barn får dekket sine behov i tidlig alder fordi mangelfull behovsdekning vil gi konsekvenser senere.
- Barnets utvikling påvirkes av omgivelsene, først og fremst av foreldrenes omsorgsevne, men

også av øvrige faktorer i barnets miljø. Disse kan enten påvirke barnet direkte eller indirekte via foreldrenes omsorgsevne.

- De ulike risiko- og beskyttelsesfaktorene som barna utsettes for i oppveksten vil påvirke hverandre gjensidig. Egenskaper ved barnet (f.eks. funksjonshemming) vil kunne påvirke foreldres omsorgsevne, noe som igjen har innvirkning på om barnet får dekket sine behov. Samtidig vil ulike risikofaktorer kunne virke gjensidig forsterkende på hverandre, og beskyttelsesfaktorer vil kunne motvirke sårbarhet eller risiko barn har vært utsatt for.

De viktigste risiko- og beskyttelsesfaktorer som barn utsettes for, er oppsummert i tabellen under:

I rapporten har vi også tatt for oss undersøkelser som har sett på risikooppbygning. Hovedfunnene i disse undersøkelsene er at én risikofaktor alene ikke nødvendigvis gir varige konsekvenser. Det er først når flere risikofaktorer opptrer samtidig, at det kan få varige konsekvenser for barn og unge. Mer konkret fremgår det at det først får konsekvenser når barn utsettes for 3 eller flere risikofaktorer.

Rapporten har også gjennomgått studier av resiliens hos barn og unge. Med resiliens menes da beskyttende faktorer som motvirker negative konsekvenser hos barn som vokser opp under risikofylte forhold. De faktorene som ser ut til å bidra til slik motstandskraft, er tilstedeværelse

**Tabell 11.1 Oversikt over risiko- og beskyttelsesfaktorer**

	Beskyttelse	Risiko
<b>Individuelle</b>	<p>God fysisk og psykisk helse</p> <p>Tilgang til helsetjenester</p> <p>God tilknytning til minst én omsorgsperson</p> <p>Identitet (tilhørighet)</p> <p>Generell tilfredshet</p> <p>Grensesetting</p> <p>Sosiale relasjoner</p>	<p>Funksjonshemming/helseproblemer</p> <p>Ikke tilgang på helsetjenester</p> <p>Tilknytningsproblemer til omsorgspersoner</p> <p>Identitet knyttet til avvikende atferd Negative holdninger</p> <p>Manglende grensesetting</p> <p>Manglende sosiale relasjoner</p>
<b>Foreldre-barn relasjon</b>	<p>Grunnleggende omsorg (mat, søvn, fysisk aktivitet, hygiene)</p> <p>Forutsigbare/regelmessige hverdagsrutiner</p> <p>Stimulans og veiledning fra omsorgspersoner</p> <p>Omsorgspersoner som er følelsesmessig tilgjengelige</p> <p>Empatisk/autoritativ oppdragerstil</p>	<p>Mangelfull grunnleggende omsorg fra omsorgspersoner</p> <p>Mangelfulle eller ustabile hverdagsrutiner</p> <p>Mangel på stimulans fra omsorgspersoner</p> <p>Lite tilgjengelige omsorgspersoner (pga rus, vold, psykisk helse)</p> <p>Autoritær/inkonsekvent oppdragerstil</p>
<b>Familie/ omgivelser</b>	<p>Familiestruktur med to foreldre</p> <p>Familie med høy utdanning og tilknytning til arbeidsmarkedet</p> <p>Høy/middels sosioøkonomiske status</p> <p>Stabilt bomiljø (lite belastende miljø)</p> <p>Godt miljø i barnehage og skole</p> <p>Sosialt nettverk</p>	<p>Familiestruktur med én forelder</p> <p>Barn i familier med psykisk sykdom, rus, kriminalitet, vold ol.</p> <p>Ustabilt og belastet bomiljø</p> <p>Isolasjon/mangel på sosialt nettverk</p>

av minst én omsorgsperson og foreldrekapasitet (omsorg, forventninger og oppmuntring).

## Fra kunnskap til handling

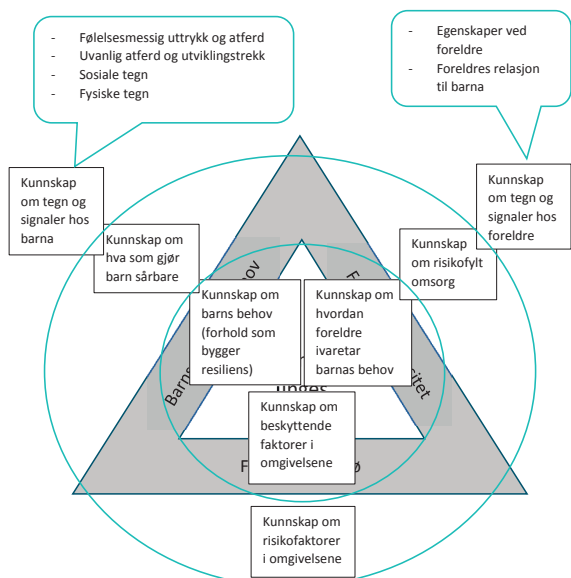
Kunnskapen om risiko- og beskyttelsesfaktorer er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å kunne handle overfor utsatte barn. Generell kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer sier noe om hvordan ting henger sammen innenfor større befolkningsgrupper. Dette kan igjen være utgangspunkt for mer universelle tiltak og satsinger i nærmiljøet eller i institusjoner som barn og unge er en del av. F.eks. vil kunnskap om betydningen av godt skolemiljø på barns utvikling, gi grunnlag for iverksetting av miljøbaserte tiltak i skolen.

For å handle eller iverksette tidligere innsats overfor enkeltindivider, er det ikke tilstrekkelig med generell kunnskap. Vi er i tillegg avhengig av å ha kunnskap om hvorvidt det enkelte barn er utsatt for risiko. Dette begrunner behovet for kunnskap om tegn og signaler hos barn som er utsatt for risiko. Som grunnlag for handling vil vi i mange tilfeller måtte gå gjennom tegn og signaler for å oppdage risiko barn er utsatt for. I modellen nedenfor har vi illustrert hvordan vi kan oppdage risikofaktorer gjennom observasjon av tegn og signaler. På samme måte som vi skiller mellom tre typer risikofaktorer, skiller vi mellom tre typer tegn og signaler. Dette er tegn og signaler ved

barnet, tegn og signaler hos foreldre (eller deres relasjon til barna) og tegn på risikofaktorer i omgivelsene. I det siste tilfellet vil risikofaktorene ofte være direkte observerbare.

Tabellen neste side (tabell 11.2) viser en oversikt over tegn og signaler på risiko hos barn og unge. Oversikten baserer seg på en sammensetning av ulike kilder. De fire første kolonnene vil være tegn og signaler på at barns behov ikke er tilstrekkelig ivaretatt, mens den siste kolonnen inneholder tegn på risikofylte egenskaper ved foreldre eller foreldres relasjon til barna.

Modellen over viser også hvordan vi kan koble sammen ulike kunnskapsnivåer. Det innerste nivået er kunnskap om barns behov både i et utviklingsperspektiv og i et økologisk perspektiv. Dette handler om barns behov eller det som ivaretar barns behov, f.eks. hvordan foreldre ivaretar barna og hvordan ulike beskyttende omgivelser virker inn på barnets utvikling. Kunnskapen om resiliens og beskyttelsesfaktorer er relevant for å forstå barns behov. Det betyr at vi oppfatter resiliens og beskyttelsesfaktorer som forutsetninger for en god eller normal utvikling, ikke som noe spesielt. Alle barn som har fått dekket sine omsorgsbehov i barneårene, vil dermed utvikle resiliens. Tilsvarende vil en skole som ivaretar barnas behov for læring, være en beskyttende faktor.



I modellen viser den ytterste ringen til kunnskap om risikofaktorene, herunder kunnskap om hva som gjør barn sårbare, kunnskap om risikofylt omsorg og kunnskap om risikofaktorer i omgivelsene. Denne ringen må ses i lys av den indre, dvs. hvordan slike faktorer virker forstyrrende inn på barns utvikling. Kunnskap om risikofaktorer er i utgangspunktet generell kunnskap som ikke sier noe om enkeltindivider. Men på enkelte områder er det enkelt å observere hvorvidt enkeltindivider er utsatt for risiko. For eksempel er det kjent at bomiljø kan representere en risiko for barn, og det er enkelt å observere om et konkret barn bor i et bestemt belastende område. På andre områder er det vanskeligere å observere at enkeltindivider er utsatt for risiko. F.eks. representerer mobbing en



Tabell 11.2 Fem typer tegn og signaler

Følelsesmessige uttrykk og atferd	Uvanlig atferd og utviklingstrekk	Sosiale forhold	Fysiske tegn	Foreldre og relasjon til barna
Innadventt, trist, tilbaketrukket	Urolig, konsentrasjonsvansker	Ettergivende atferd	Påkledning	Foreldres relasjon til barn
Dårlig selvbilde/selvfølelse	Forsinket/tap av ferdigheter eller regresjon	Uvanlig tilknytningsatferd	Hygiene	Foreldre med psykiske lidelser
Gråt, trøstesløshet, vanskelig å berolige	Læringsvansker og skolerelasjon	Oppmerksomhets-søkende	Mat-/ spisevaner	Foreldre med rusmisbruk
Angst, anspent o.l.	Enurese, enkoprese	Klynger seg til voksne	Fysiologisk utvikling, over-/under-vektig	Uforutsigbare foreldre
Irritabel, sinne, raseri, opposisjonell	Selvskading, selvdestruktiv	Sosial involvering med andre barn	Trøtthet/søvn-mangel	Tilbaketrekning
Sensitiv for lyd, lys og omgivelser	Bruk av rusmidler	Kommer ofte i konflikt med andre barn	Fysiske plager	
Slapp, nummen, interesseløs, følelsesløs	Tyveri, kriminalitet, løgner	Avvikende eller konfliktfylt relasjon til foreldre	Medisinsk oppfølging	
		Avviser/ungår voksenkontakt	Mangelfullt tilsyn	
			Barn med omsorgsoppgaver	
			Barn forteller/ ber om hjelp	

risikofaktor, men det er vanskelig å se hvorvidt konkrete elever er utsatt for mobbing.

Problemet med å se risikofaktorene begrunner behovet for kunnskap om tegn og signaler (yttest i modellen). Siden risikofaktorene kan være vanskelig å se, er vi med andre ord avhengig av å oppdage dem gjennom tegn og signaler hos barna. Men det å fange opp barn gjennom observasjon av tegn og signaler, er forbundet med usikkerhet. I bestrebelsen på å fange opp barn som bekymrer, risikerer vi det vi kaller falske positive. Dette henger sammen med at enkelte tegn og signaler noen ganger indikerer risiko og andre ganger ikke. Tegn og signaler må derfor tolkes for å avgjøre om det kan ligge noe bak eller ikke. Denne tolkningen foregår ofte i form av en lengre prosess der målet er å få mer kunnskap ut over de mer usikre tegnene og signalene. En del av denne prosessen handler om å samtale med barn eller foreldre. Samtalen har som formål å avkrefte eller få underbygget antakelsene som ligger bak observasjon av tegn og signaler.

Både kunnskapen om tegn og signaler og samtalemetodene inngår som nevnt i en

større prosess. Avslutningsvis har vi gjennomgått noen slike systemer. Felles for dem er at de gjerne starter med en antakelse eller en hypotese. Videre handler det om å bruke ulike virkemidler for å underbygge eller forkaste antakelsene. Dette kan handle om å notere ned om det er systematikk i observerte tegn og signaler, om å drøfte observasjonene med kolleger, få veiledning fra hjelpetjenester eller samtale med barna eller foreldrene.

Formålet med den omtalte prosessen er ikke nødvendigvis å slå fast at barnet er utsatt for risiko eller ikke. Som et minimum handler prosessen om å avgjøre hvorvidt det er grunn til bekymring eller ikke. Hvis svaret er ja, kan det innebære en henvisning til andre som skal trekke endelige konklusjoner. Alternativt, dersom saken ikke er alvorlig, kan resultatet av en bekymring også innebære iverksetting av «lokale» tiltak. Det betyr at det også skal gjøres en vurdering av hvorvidt den aktuelle tjenesten kan avhjelpe situasjonen selv, eller om det er behov for hjelp fra andre. I arbeidet med å fange opp barn som bekymrer, er det med andre ord to viktige spørsmål som skal besvares:

- Om det er grunn til bekymring
- Om bekymringen kan løses lokalt, eller om andre hjelpetjenester må involveres

I gjennomgangen av ulike systemer for identifisering av barn som bekymrer, finner vi at disse to spørsmålene besvares ved hjelp av noe ulike metoder.

# Litteratur

- Adamson, S., & Deverell, C. (2009). CAF in the country: Implementing the Common Assessment Framework in a rural area. *Child and Family Social Work, 14*(4), 400-409.
- Agathonos-Georgopoulou, H., & Browne, K. D. (1997). The Prediction of Child Maltreatment in Greek Families. *Child Abuse & Neglect, 21*(8), 721-735.
- Ahnert, L., Gunnar, M., Lamb, M., & Barthel, M. (2004). Transition to Child Care: Associations with Infant-Mother Attachment, Infant Negative Emotion, and Cortisol Elevations. *Child Development, 75*(3), 639-650.
- Alaggia, R. (2004). Many ways of telling: expanding conceptualizations of child sexual abuse disclosure. *Child Abuse and Neglect, 28*, 1213-1227.
- Almedom, A. M. (2005). Social capital and mental health: An interdisciplinary review of primary evidence. *Social Science and Medicine, 61*(5), 943-964.
- Ask, H. og Kjeldsen, A. (2015): Samtaler med barn. Folkehelseinstituttet. Rapport 2015:4.
- Bailhache, M., Leroy, V., Pillet, P., & Salmi, L.-R. (2013). Is early detection of abused children possible?: A systematic review of the diagnostic accuracy of the identification of abused children. *BMC Pediatrics, 13*(1), 202.
- Baklien, B. og Wejden, T. (2009): Evaluering av prosjektet Barn i rusfamilier - tidlig intervensjon. SIRUS-rapport 1/2009.
- Barlow J, Smailagic N, Huband N, Roloff V, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 5. Art.*
- Barne- og likestillingsdepartementet (2009): Snakk med meg! En veileder om å snakke med barn i barnevernet.
- Bartel, K. A., Gradisar, M., & Williamson, P. (2015). Protective and risk factors for adolescent sleep: A meta-analytic review. *Sleep Medicine Reviews, 21*, 72-85.
- Bartn, T., Børtveit, T. og Prescott, P. (2015): Motiverende Intervju. Samtaler om endring. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Belsky, J. (2001). Emanuel Miller Lecture Developmental Risks (Still) Associated with Early Child Care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*(7), 845-859.
- Benzies, K., & Mychasiuk, R. (2009). Fostering family resiliency: A review of the key protective factors. *Child and Family Social Work, 14*(1), 103-114.
- Berg, R., & Underland, V. (2012). *Effekten av helsefremmende og forebyggende tiltak på kosthold, fysisk aktivitet, overvekt og seksuell helse hos barn og unge* (Vol. nr 06-2012).
- Berlin, L., Appleyard, K., & Dodge, K. (2011). Intergenerational continuity in child maltreatment: Mediating mechanisms and implications for prevention. *Child Development, 82*(1), 162-176.
- Benard, B. (1991). Fostering Resiliency in Kids: Protective Factors in the Family, School, and Community. *School and Community, (August)*, 1-27.
- Billows, M., Gradisar, M., Dohnt, H., Johnston, A., McCappin, S., & Hudson, J. (2009). Family disorga-

nization, sleep hygiene, and adolescent sleep disturbance. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(5), 745–752.

Brandon, M., Howe, A., Dagley, V., Salter, C., Warren, C. and Black, J. (2006): Evaluating the Common Assessment Framework and Lead Professional. Guidance and Implementation in 2005–6. Department for education and skills, Research Report no 740.

Breivik, Kyrre m.fl. (2016): Å bli utsatt for mobbing. En kunnskapsoppsummering om konsekvenser og tiltak. Læringsmiljøsentret UiS og Uni Research.

Brilleslijper-Kater, S. N., Friedrich, W. N., & Corwin, D. L. (2004). Sexual knowledge and emotional reaction as indicators of sexual abuse in young children: Theory and research challenges. *Child Abuse and Neglect*, 28(10), 1007–1017.

Bru, E., Idsøe, E.C. og Øverland, K. (2016): Psykisk helse i skolen. Oslo: Universitetsforlaget.

Bru, E., Garvik, M., Øverland, K. og Idsøe, T. (2016): Depresjon. I Bru, E., Idsøe, E.C. og Øverland, K. (red): *Psykisk helse i skolen*. Oslo: Universitetsforlaget.

Brubacher, S. P., Powell, M. B., Snow, P. C., Skouteris, H., & Manger, B. (2016). Guidelines for teachers to elicit detailed and accurate narrative accounts from children. *Children and Youth Services Review*, 63, 83–92.

Brunstein Klomek, A., Snir, A., Apter, A., Carli, V., Wasserman, C., Hadlaczky, G., ... Wasserman, D. (2016). Association between victimization by bullying and direct self-injurious behavior among adolescence in Europe: a ten-country study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 25(11), 1183–1193.

Bråten, Stein (2016): Så sosiale er spedbarn. I Holme m.fl. (red): *Helsestasjonstjenesten: barns psykiske helse og utvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bufdir (2015): Omsorgssvikt eller funksjonsnedsettelse? Faglige retningslinjer, veiledning, rutiner og skjema. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (nettversjon). Hentet fra: [https://www.bufdir.no/Nedsatt\\_funksjonsevne/Hva\\_er\\_nedsatt\\_funksjonsevne/Omsorgssvikt\\_eller\\_funksjonsnedsettelse/](https://www.bufdir.no/Nedsatt_funksjonsevne/Hva_er_nedsatt_funksjonsevne/Omsorgssvikt_eller_funksjonsnedsettelse/)

Buxton, O. M., Chang, A. M., Spilsbury, J. C., Bos, T., Emsellem, H., & Knutson, K. L. (2015). Sleep in the modern family: Protective family routines for child and adolescent sleep. *Sleep Health*, 1(1), 15–27.

Cairns, K. E., Yap, M. B. H., Pilkington, P. D., & Jorm, A. F. (2014). Risk and protective factors for depression that adolescents can modify: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, 169, 61–75.

Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 217–225.

Chapman, R. L., Buckley, L., Sheehan, M., & Shochet, I. M. (2014). Teachers' perceptions of school connectedness and risk-taking in adolescence. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 27(4), 413–431.

Children's Workforce Development Council (2009): Early identification, assessment of needs and intervention. The Common Assessment Framework for children and young people. A guide for managers.

Child Welfare Information Gateway (2013). What is child abuse and neglect? Recognizing the signs and symptoms. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau.

Christensen, Else (2006): Oppvækst med særlig risiko. Indkredsning av børn med behov for en tidlig forebyggende indsats. Socialforskningsinstituttet (DK): Rapport 06:04.

- Claes, L., Luyckx, K., Baetens, I., Van de Ven, M., & Witteman, C. (2015). Bullying and Victimization, Depressive Mood, and Non-Suicidal Self-Injury in Adolescents: The Moderating Role of Parental Support. *Journal of Child and Family Studies*, 24(11), 3363–3371.
- Collins, F., & McCray, J. (2012). Partnership working in services for children: Use of the common assessment framework. *Journal of Inter-professional Care*, 26(2), 134–140.
- Conger, R. D., & Donnellan, M. B. (2007). An interactionist perspective on the socioeconomic context of human development. *Annual Review of Psychology*, 58(August), 175–199.
- Dagley, V., Howe, A., Salter, C., Brandon, M., Warren, C., & Black, J. (2007). Implications of the new common assessment framework and lead professional working for pastoral care staff in schools. *Pastoral Care in Education*, 25(1), 4–10.
- Department of Health (2000a): Framework for the Assessment of Children in Need and their Families. London, The Statutory Office.
- Department for Education and Skills (2005a) Common Assessment Framework for Children and Young People. Guide for Service Managers and Practitioners.
- Department for Education and Skills (2005b) Lead Professional Guidance for Managers. Department for Education and Skills (2005c) Common Core of Skills and Knowledge for the Children's Workforce.
- Davies, S. L., Glaser, D., & Kossoff, R. (2000). Children's sexual play and behavior in pre-school settings: Staff's perceptions, reports, and responses. *Child Abuse and Neglect*, 24(10), 1329–1343.
- Department of Health (2000b): Assessing Children in Need and their Families: Practice Guidance.
- Dirks, M. A., Persram, R., Recchia, H. E., & Howe, N. (2015). Sibling relationships as sources of risk and resilience in the development and maintenance of internalizing and externalizing problems during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review*, 42, 145–155.
- Drach, K. M., Wientzen, J., & Ricci, L. R. (2001). The diagnostic utility of sexual behavior problems in diagnosing sexual abuse in a forensic child abuse evaluation clinic. *Child Abuse and Neglect*, 25(4), 489–503.
- East, P. L. (2010). Children's Provision of Family Caregiving: Benefit or Burden? *Child Development Perspectives*, 4(1), 55–61.
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1453–1460.
- Enebrink, P., Långström, N., & Gumpert, C. H. (2006). Predicting Aggressive and Disruptive Behavior in Referred 6- to 12-Year-Old Boys. *Assessment*, 13(3), 356–367.
- Engvik, M. m.fl. (2014): Sammenhenger mellom barnehagekvalitet og barns fungering ved 5 år. Resultater fra Den norske mor og barn-undersøkelsen. Folkehelseinstituttet. Rapport 2014:1.
- Enlow, B. M., Englund, M. M., & Egeland, B. (2016). Maternal Childhood Maltreatment History and Child Mental Health: Mechanisms in Intergenerational Effects. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 0(0), 1–16.
- Eriksson, E. og Arnkil, T.E. (2009): Taking up One's Worries. A Handbook on Early Dialogues. National Institute for Health and Welfare. Hentet fra: <https://www.julkari.fi/handle/10024/80315>
- Eriksson, I., Cater, Å., Andershed, A. K., & Andershed, H. (2010). What we know and need to know about factors that protect youth from problems:

A review of previous reviews. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5(2), 477-482.

Falch, Tove (2010): Innblikk. Et sosial - analytisk verktøy for å forebygge og avdekke skjult mobbing. Statlig spesialpedagogisk kompetansesenter, Universitetet i Stavanger.

Faris, R. & Felmlee D. (2014). Casualties of Social Combat: School Networks of Peer Victimization and Their Consequences. *American Sociological Review*, 79(2) 228-257

Farrington, D. P., Gaffney, H., & Ttofi, M. M. (2016). Systematic reviews of explanatory risk factors for violence, offending, and delinquency. *Aggression and Violent Behavior*, 33, 24-36.

Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: Risk and protective factors. *The Lancet*, 379(9812), 266-282.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, a M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.

Fitton, V. A. (2012). Attachment Theory: History, Research, and Practice. *Psychoanalytic Social Work*, 19(1-2), 121-143.

Flåm, A. M., & Haugstvedt, E. (2013). Test balloons? Small signs of big events: A qualitative study on circumstances facilitating adults' awareness of children's first signs of sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 37(9), 633-642.

Friedrich, W. N., Fisher, J. L., & Dittner, C. A. (2001). Child Sexual Behavior Inventory: Normative, Psychiatric, and Sexual Abuse Comparisons. *Child Maltreatment*, 6(1), 37-49.

Garbarino, J., & Ganzel, B. (2000). The human ecology of early risk. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed.; pp. 76-91). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Garmezy, N., Masten, A. S., & Tellegen, A. (1984). The Study of Stress and Competence in Children: A Building Block for Developmental Psychopathology. *Child Development*, 55(1), 97-111.

Gerard, J. M., & Buehler, C. (2004). Cumulative Environmental Risk and Youth Maladjustment: The Role of Youth Attributes. *Child Development*, 75(6), 1832-1849.

Grigsby, T. J., Forster, M., Unger, J. B., & Sussman, S. (2016). Predictors of alcohol-related negative consequences in adolescents: A systematic review of the literature and implications for future research. *Journal of Adolescence*, 48, 18-35.

Grønlie, A.A., Apeland, A, Askeland, E. og Christiansen, T. (2016): Hvor godt predikerer to spørsmål barns risiko for problematferd? Tidsskrift for Norsk Psykologiforening, 268-275.

Guerra, P. H., Da Silveira, J. A. C., & Salvador, E. P. (2016). Physical activity and nutrition education at the school environment aimed at preventing childhood obesity: Evidence from systematic reviews. *Jornal de Pediatria*, 92(1), 15-23.

Haldoresen, Øyfrid (2014): Jeg er bekymret: En aksjonsforskningsstudie av læreres arbeid med barn som vekker bekymring. Master i spesialpedagogikk og tilpassa opplæring. Universitetet i Tromsø: Institutt for lærerutdanning og pedagogikk.

Haugeland, B. S. M. (2006). Barn som omsorgsgivere: Adaptiv versus destruktiv parentifisering. *Tidsskrift for norsk psykologiforening* vol 43:3 s.211-220

Havik, Trude (2016): Skolevegning. I Bru, E., Idsøe, E.C., Øverland, K. (red): *Psykisk helse i skolen*. Oslo: Universitetsforlaget.

Helgesen, Marit K. (2013): Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI). Følgeevaluering. NIBR-rapport 2013:23.

Helsetilsynet (2009): *Utsatte barn og unge - behov for bedre samarbeid. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2008 med kommunale helse-, sosial- og barneverntjenester til utsatte barn.* Rapport 5/2009.

Hines, A. (1997). Divorce-Related Transitions, Adolescent Development, and the Role of the Parent-Child Relationship: A Review of the Literature. *Journal of Marriage and Family*, 59(2), 375-388.

Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse and Neglect*, 32(8), 797-810.

Honor, G. (2004). Sexual behavior in children: Normal or not? *Journal of Pediatric Health Care*, 18(2), 57-64.

Hooper, L., Doehler, K., Wallace, S., & Hannah, N. (2011). The Parentification Inventory: Development, Validation, and Cross-Validation. *The American Journal of Family Therapy*, 39(3), 226-241.

Hummel, A., Shelton, K. H., Heron, J., Moore, L., & van den Bree, M. B. M. (2012). A systematic review of the relationships between family functioning, pubertal timing and adolescent substance use. *Addiction*, 108(3), 487-496.

Huston, A. C., Bobbitt, K. C., & Bentley, A. (2015). Time Spent in Child Care: How and Why Does it Affect Social Development. *Developmental Psychology*, 51(5), 621-634.

Inglés, C. J., González-Maciá, C., García-Fernández, J. M., Vicent, M., & Martínez-Monteagudo, M. C. (2015). Current status of research on school refusal. *European Journal of Education and Psychology*, 8(1), 37-52.

Jacobsen, Heidi (2016): Barn og foreldre på helsestasjonen - hvordan kan helsesøster bruke tilknytningsteori i sitt arbeid? I Holme m.fl. (red): *Helsestasjonstjenesten: barns psykiske helse og utvikling.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jaffee, S. R., Van Hulle, C., & Rodgers, J. L. (2011). Effects of nonmaternal care in the first 3 years on children's academic skills and behavioral functioning in childhood and early adolescence: A sibling comparison study. *Child Development*, 82(4), 1076-1091.

Jensen, T. K., Gulbrandsen, W., Mossige, S., Reichelt, S., & Tjersland, O. A. (2005). Reporting possible sexual abuse: A qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure. *Child Abuse and Neglect*, 29(12), 1395-1413.

Karlsson, B, og Krane V. (): Å ta opp uro - en tilnærming for å hindre frafall blant elever i den videregående skole. Forskningsrapport Nr. 2. Høgskolen i Sørøst-Norge: Fakultet for helsevitenskap.

Katz, I., Corlyon, J., La Placa, V., & Hunter, S. (2007). *The relationship between parenting and poverty.* Joseph Rowntree Foundation. Hentet fra: <https://www.jrf.org.uk/sites/default/files/jrf/migrated/files/parenting-poverty.pdf>

Kearney, C. A. (2008). School absenteeism and school refusal behavior in youth: A contemporary review. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 451-471.

Kearney, C.A. & Spear, M. (2012). School refusal behavior. School-based cognitive-behavioral interventions. I Mennutti, Freeman & Christner (red.): *Translating psychological research into practice.* Washington, DC: American Psychological Association.

Killén, K. (2009): Sveket I. Barn i risiko- og omsorgssviktsituasjoner. Kommuneforlaget.

- Killèn, K. (2013). Barndommen varer i generasjoner: Forebygging er alles ansvar (3. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Klasen, F., Otto, C., Kriston, L., Patalay, P., Schlack, R., & Ravens-Sieberer, U. (2015). Risk and protective factors for the development of depressive symptoms in children and adolescents: results of the longitudinal BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 24(6), 695-703.
- Knappe, S., Beesdo-Baum, K., & Wittchen, H. U. (2010). Familial risk factors in social anxiety disorder: calling for a family-oriented approach for targeted prevention and early intervention. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1-15.
- KoRus - Sør (2010): Den nødvendige samtalen - når samtalen handler om bekymringer for et barn og foreldres bruk av alkohol. Kompetansesenter for Rus - Region Sør.
- KoRus - Øst (2016): Veileder for ansatte i skolen Regulerings- og strategispilling på nettet. Kompetansesenter for Rus - Region Øst.
- Kuhl, P. K. (2011). Early Language Learning and Literacy: Neuroscience Implications for Education. *Mind, Brain and Education: The Official Journal of the International Mind, Brain, and Education Society*, 5(3), 128-142.
- Kvello, Ø. (2007): Barn I risiko. Skadelige omsorgssituasjoner (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Langballe, Å., Gamst, K., & Jabobsen, M. (2010). Den vanskelige samtalen. Barneperspektiv på barnevernarbeid. Kunnskapsbasert praksis og handlingskompetanse. Oslo: Nasjonalt kunnskaps-senter om vold og traumatisk stress.
- Langballe, Å. (2011). Den dialogiske barne-samtalen: Hvordan snakke med barn om sensitive temaer. NKVTS.
- Lamb, J., Pepler, D. J., & Craig, W. (2009). Approach to bullying and victimization. *Canadian Family Physician*, 55(4), 356-360.
- Lavoie, J., Pereira, L. C., & Talwar, V. (2016). Children's Physical Resilience Outcomes: Meta-Analysis of Vulnerability and Protective Factors. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(6), 701-711.
- LeFrançois, B. a. (2010). Distressed fathers and their children: a review of the literature. *The International Journal of Social Psychiatry*, 58(2), 123-30.
- Lekhal, R. (2012). Do type of childcare and age of entry predict behavior problems during early childhood? Results from a large Norwegian longitudinal study. *International Journal of Behavioral Development*, 36(3), 197-204.
- Leon, K. (2003). Risk and Protective Factors in Young Children's Adjustment to Parental Divorce: A Review of the Research. *Family Relations*, 52(3), 258-270.
- Léveillé, S., & Chamberland, C. (2010). Toward a general model for child welfare and protection services: A meta-evaluation of international experiences regarding the adoption of the Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families (FACNF). *Children and Youth Services Review*, 32(7), 929-944.
- Lima-Ojeda, J. M., Rupprecht, R., & Baghai, T. C. (2017). Neurobiology of depression: a neurodevelopmental approach. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 0(0), 1-33.
- Løvereid, Stine (2011): Forskning om skolevegring. Spesialpedagogikk, nr 4/2011. Hentet fra: <https://utdanningsforskning.no/artikler/forskning-om-skolevegring/>
- Malvaso, C. G., Delfabbro, P. H., & Day, A. (2016). Risk factors that influence the maltreatment-offending association: A systematic review of prospective and longitudinal studies. *Aggression and Violent Behavior*, 31, 1-15.



- Masarik, A. S., & Conger, R. D. (2017). Stress and child development: A review of the Family Stress Model. *Current Opinion in Psychology*, 13, 85–90.
- Mason, W. A., January, S. A. A., Chmelka, M. B., Parra, G. R., Savolainen, J., Miettunen, J., Moilanen, I. (2016). Cumulative contextual risk at birth in relation to adolescent substance use, conduct problems, and risky sex: General and specific predictive associations in a Finnish birth cohort. *Addictive Behaviors*, 58, 161–166.
- Mathiesen, K.S. (2009): Psykiske lidelser I Norge: Et folkehelseperspektiv. Del 2: Barn og Unge. Folkehelseinstituttet. Rapport 8/2009.
- McDermott B, Baigent M, Chanen A, Fraser L, Graetz B, Hayman N, Newman L, Parikh N, Peirce B, Proimos J, Smalley T, Spence S; beyondblue Expert Working Committee (2010) Clinical practice guidelines: Depression in adolescents and young adults. Melbourne: beyondblue: the national depression initiative.
- McElvaney, R., Greene, S., & Hogan, D. (2014). To Tell or Not to Tell? Factors Influencing Young People's Informal Disclosures of Child Sexual Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(5), 928–947.
- McElvaney, Rosaleen (2015). Disclosure of Child Sexual Abuse: Delays, Non-disclosure and Partial Disclosure. What the Research Tells Us and Implications for Practice. *Child Abuse Review* Vol. 24: 159–169 (2015)
- McPherson, K., Kerr, S., McGee, E., Cheater, F., & Morgan, A. (2013). The role and impact of social capital on the health and wellbeing of children and adolescents: a systematic review, (January 2013).
- McShane, G., Walter, G., & Rey, J. M. (2001). Characteristics of adolescents with school refusal. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(6), 822–6.
- Meen, H. D. (2000). Fysisk aktivitet hos barn og unge i relasjon til vekst og utvikling. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 120(24), 2908–2914.
- Mehlbye, Jill (2013): Opkvalificering af den tidlige indsats - ved tidlig opsoring af børn i en socialtg udsat position. KORA (Det Nationale Intitut for Kommuners og Regioners Analse og Forskning).
- Migliaccio, T. og Raskauskas, J. (2015): Bullying as a Social Experience. Social Factors, Prevention and Intervention. Ashgate Publishing Limited.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2013): Motivating Interviewing. Helping people change. Third Edition. New York: The Guilford Press.
- Minh, A., Muhajarine, N., Janus, M., Brownell, M., & Guhn, M. (2017). A review of neighborhood effects and early child development: How, where, and for whom, do neighborhoods matter? *Health Place*, 46(May), 155–174.
- Morton, N., & Browne, K. D. (1998). Theory and observation of attachment and its relation to child maltreatment: A review. *Child Abuse and Neglect*, 22(11), 1093–1104.
- Mossige, S. & Stefansen K. (2016): Vold og overgrep mot barn og unge. Omfang og utviklingstrekk 2007–2015. NOVA-rapport 5/16.
- Moyer, Virginia A. (2013): Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Alcohol Misuse. Clinical Summary Of U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Annals of Internal Medicine*, Vol. 159, no 3.
- Munro, Eileen (2011): The Munro Review of Child Protection: Final Report. A child-centred system. Department of Education, Cm 8062.
- Munro, E., & Musholt, K. (2014). Neuroscience and the risks of maltreatment. *Children and Youth Services Review*, 47(P1), 18–26.
- Møller, Geir (2006): Evaluering av samordningsforsøkene mellom aetat, trykdeetaten og

sosialtjenesten. Sluttrapport. Telemarksforsking, rapport 231.

Møller, Geir (2016): Erfaringer med BTI i åtte nøkkelkommuner. Rapport, KoRus - Sør. Hentet fra: [http://www.korus-sor.no/wp-content/uploads/2016/11/Rapport\\_BTI\\_N%C3%B8kkelkommuner.pdf](http://www.korus-sor.no/wp-content/uploads/2016/11/Rapport_BTI_N%C3%B8kkelkommuner.pdf)

Nadan, Y., Spilsbury, J. C., & Korbin, J. E. (2015). Culture and context in understanding child maltreatment: Contributions of intersectionality and neighborhood-based research. *Child Abuse and Neglect*, 41, 40–48.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2015): Alcohol Screening and brief intervention for Youth. A practitioner's guide.

Newton, S. m.fl. (2010): Depression in adolescents and young adults: Evidence review. Adelaide Health Technology Assessment. University of Adelaide

NICE (2009): Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s (CG89), National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2009 (updated 2014)

NICE (2013): Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management. Clinical guideline 158. Published: 27 March 2013

NICE (2014): Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care. National Collaborating Centre for Mental Health (National Clinical Practice Guideline no. 28).

NICE (2015a): Challenging behaviour and learning disabilities: prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges. NICE guideline 11, Published: 29 May 2015

NICE (2015b): Children's attachment: attachment in children and young people who are adopted

from care, in care or at high risk of going into care. NICE guideline 26, Published: 25 November 2015

NICE (2015c): Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care. NICE guideline 28.

NKVTS (2013): Barnemishandling - Håndbok for helsepersonell ved mistanke om barnemishandling. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS).

Nordanger, D.Ø. og Braarud, H.C. (2017): Utviklingstraumer. Regulering som nøkkelbegrep i en ny traume psykologi. Fagbokforlaget.

Norgate, R., Traill, M., & Osborne, C. (2009). Common Assessment Framework (CAF) - early views and issues. *Educational Psychology in Practice*, 25(2), 139–150.

O'Brennan, L. M., & Furlong, M. J. (2010). Relations Between Students' Perceptions of School

Obrist, B., Pfeiffer, C., & Henley, R. (2010). Multi-layered social resilience: a new approach in mitigation research. *Progress in Development Studies*, 10(4), 283–293.

Oldfield, J., Humphrey, N., & Hebron, J. (2015). Cumulative risk effects for the development of behaviour difficulties in children and adolescents with special educational needs and disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 41–42, 66–75.

Olweus, D. (1992). Mobbing i skolen. Hva vet vi og hva kan vi gjøre? Oslo: Gyldendal

Olweus, D. (1997): Bully/victim problems in school: facts and intervention. *European Journal of Psychology of Education*. Vol. XII, no 4, 495–510.

Oslo universitetssykehus (2015): Omsorgssvikt/ vanskjøtsel av barn, fagprosedyrer, Oslo universitetssykehus, 2015

- Oslo universitetssykehus (2015): Mishandling av barn – psykisk, fagprosedyrer, Oslo universitetssykehus, 2015
- Oslo universitetssykehus (2015): Mishandling av barn – fysisk, fagprosedyrer, Oslo universitetssykehus, 2015
- Oslo universitetssykehus (2015): Seksuelle overgrep mot barn, fagprosedyrer, Oslo universitetssykehus, 2015
- Park, S., & Schepp, K. G. (2014). A Systematic Review of Research on Children of Alcoholics: Their Inherent Resilience and Vulnerability. *Journal of Child and Family Studies*, 1-10.
- Pau-Charles, I., Darwich-Soliva, E., & Grimalt, R. (2012). Skin Signs in Child Abuse. *Actas Dermosifiliográficas (English Edition)*, 103(2), 94-99.
- Perry, B. D. (2006). Applying Principles of Neurodevelopment to Clinical Work With Maltreated and Traumatized Children. *Working with Traumatized Youth in Child Welfare*. I Webb, N.B. (red.): Working with Traumatized Youth in Child Welfare. The Guilford Press. New York.
- Pinquart, M., Feußner, C., & Ahnert, L. (2013). Meta-analytic evidence for stability in attachments from infancy to early adulthood. *Attachment and Human Development*, 15(2), 189-218.
- Plant, D. T., Barker, E. D., Waters, C. S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2013). Intergenerational transmission of maltreatment and psychopathology: the role of antenatal depression. *Psychological Medicine*, 43(3), 519-528.
- Rappaport, N., & Thomas, C. (2004). Recent research findings on aggressive and violent behavior in youth: Implications for clinical assessment and intervention. *Journal of Adolescent Health*, 35(4), 260-277.
- Reder, P., & Duncan, S. (1995). Closure, covert warnings, and escalating child abuse. *Child Abuse and Neglect*, 19(12), 1517-1521.
- Reitsema, A. M., & Grietens, H. (2015). Is anybody listening? The literature on the dialogical process of child sexual abuse disclosure reviewed. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(May), 1-11.
- Reunamo, J., Sajaniemi, N., Suhonen, E., & Kontu, E. (2012). Cortisol levels and children's orientation in day care. *Early Child Development and Care*, 182(3-4), 363-381.
- Rhee, S. H., Friedman, N. P., Boeldt, D. L., Robin, P., Hewitt, J. K., Knafo, A., ... Zahn-Waxler, C. (2013). Early concern and disregard for others as predictors of antisocial behavior. *J Child Psychol Psychiatry*, 54(2), 157-166.
- Roberts, A. L., Galea, S., Austin, B., Corliss, H., Williams, M. A., & Koenen, K. C. (2014). Women's Experience of Abuse in Childhood and Their Children's Smoking and Overweight Andrea. *Clinical Lymphoma American Journal of Preventive Medicine*, 43(3), 249-258.
- Roisman, G. I., Susman, E., Barnett-Walker, K., Booth-Laforce, C., Owen, M. T., Belsky, J., ... Steinberg, L. (2009). Early family and child-care antecedents of awakening cortisol levels in adolescence. *Child Development*, 80(3), 907-920.
- Rosa, E. M., & Tudge, J. (2013). Urie Bronfenbrenner's Theory of Human Development: Its Evolution From Ecology to Bioecology. *Journal of Family Theory & Review*, 5(4), 243-258.
- RVTS Sør (ukjent utgivelsessår): Barns utvikling og traumer. Hentet fra: <http://sor.rvts.no/filestore/Filarkiv/Dokumenter/Fagstoff/Barnevern/Traumeguiden2.pdf>
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21(2), 119-144.
- Rutter, M. (2013). Annual research review: Resilience - Clinical implications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 54(4), 474-487.

- Rørtveit, K. og Lier H.Ø. (2016): Spiseforstyrrelser hos skoleelever – hva bør lærere vite, og hva kan de gjøre? I Bru, E., Ildsøe, E.C. og Øverland, K. (2016): *Psykisk helse i skolen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sabates, R. og Dex, S. (2012): Multiple risk factors in young children's development. Centre for Longitudinal Studies Institute of Education, University of London. Working paper 2012/1.
- Sallis, J. F., Patrick, K., Frank, E., Pratt, M., Wechsler, H., & Galuska, D. A. (2000). Interventions in Health Care Settings to Promote Healthful Eating and Physical Activity in Children and Adolescents. *Preventive Medicine*, 31(2), S112-S120.
- Schott, R.M. og Søndergaard, D.M. (2014): *School Bullying. New Theories in Context*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Shonfeld-Ringel, S. (2001). When Breaking the Boundary between Reality and Therapy. *Psychoanal. Soc. Work*, 8(1), 1-13.
- Shonkoff, J.P. & Marshall, P.C. (2000): The Biology of Developmental Vulnerability. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed.; pp. 35-53). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Sievertsen, H. H., & Montgomery, C. J. De. (2015). *Børn i lavinkomstfamilier*. København. SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- SISO (2012): Seksuelle overgreb og fysisk/psykisk vold. Inspirationskatalog til udarbejdelse af et skriftligt kommunalt beredskab. Socialstyrelsen og SISO (Videnscenteret for Sociale Indsatser ved Vold og Seksuelle Overgreb mod børn).
- SISO (2014): Den professionelle tvivl. Tegn og reaktioner på seksuelle overgreb mod børn og unge. Socialstyrelsen og SISO (Videnscenteret for Sociale Indsatser ved Vold og Seksuelle Overgreb mod børn).
- Siu, Albert L. (2016): Screening for Depression in Children and Adolescents: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*, Vol. 164 No. 5.
- Slater, R. (2007). Attachment: Theoretical development and critique. *Educational Psychology in Practice*, 23(3), 205-219.
- Smedslund, G., Steiro, A., Winsvold, A., & Hammerstrøm, K. T. (2008). *Effekt av tiltak for å fremme et sunnere kosthold og økt fysisk aktivitet, spesielt i grupper med lav sosioøkonomisk status*.
- Socialstyrelsen (2014): *Barnets velfærd i centrum – ICS-Håndbog* (fjerde utgave). Odense (Danmark).
- Socialstyrelsen (2015): *Grundbok i BBIC. Barns behov i centrum*. Artikkelnr 2015-10-7, Socialstyrelsen (Sverige).
- Spratling, R., S. Coke, and P. Minick (2012). Qualitative data collection with children. *Applied Nursing Research*. 25(1): p. 47-53.
- Staller, K. M., & Nelson-Gardell, D. (2005). "A burden in your heart": Lessons of disclosure from female preadolescent and adolescent survivors of sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 29(12), 1415-1432.
- Stirling, K., Toumbourou, J. W., & Rowland, B. (2015). Community factors influencing child and adolescent depression: A systematic review and meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(10), 869-886.
- Stoddard, S. A., Zimmerman, M. A., & Bauermeister, J. A. (2012). A longitudinal analysis of cumulative risks, cumulative promotive factors, and adolescent violent behavior. *Journal of Research on Adolescence*, 22(3), 542-555.
- Stormshak, E. A., Bullock, B. M., & Falkenstein, C. A. (2009). Harnessing the power of sibling relationships as a tool for optimizing social-emotional development. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2009(126), 61-77.
- Sundhedsstyrelsen (2009): *Den nødvendige samtale – når samtalen handler om alcohol og barnets trivsel*.

- Sweeney, S., & MacBeth, A. (2016). The effects of paternal depression on child and adolescent outcomes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 205*, 44–59.
- Sørensen, Eli (2003): Søvn og utvikling hos barn og unge. Oversiktsartikkel. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 1, 2003; 123: 26–9
- Teeuw, A. H., Derkx, B. H., Koster, W. A., & van Rijn, R. R. (2012). Educational paper. Detection of child abuse and neglect at the emergency room. *European Journal of Pediatrics, 171*, 877–887.
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 57*(3), 241–266.
- Tudge, J. R. H., Mokrova, I., Hatfield, B. E., & Karnik, R. B. (2009). Uses and misuses of Bronfenbrenner's Bioecological Theory of Human Development. *Journal of Family Theory & Review, 1*(December), 198–210.
- Tudge, J. R. H., Payir, A., Merçon-Vargas, E., Cao, H., Liang, Y., Li, J., & O'Brien, L. (2016). Still Misused After All These Years? A Reevaluation of the Uses of Bronfenbrenner's Bioecological Theory of Human Development. *Journal of Family Theory and Review, 8*(4), 427–445.
- Ungar, M. (2011). Community resilience for youth and families: Facilitative physical and social capital in contexts of adversity. *Children and Youth Services Review, 33*(9), 1742–1748.
- Vakalahi, H. F. (2001). Adolescent Substance Use and Family-based Risk and Protective Factors: A Literature Review. *Journal of Drug Education, 31*(1), 29–46.
- van der Merwe, A., & Dawes, A. (2007). Youth violence: A review of risk factors, causal pathways and effective intervention. *Journal of Child & Adolescent Mental Health, 19*(2), 95–113.
- Wendland, J., Lebert, A., de Oliveira, C., & Boujut, E. (2016). Links between maltreatment during childhood or adolescence and risk-related substance use among young adults. *Evolution Psychiatrique, 1–10*.
- Whitaker, K., Shapiro, V. B., & Shields, J. P. (2016). School-Based Protective Factors Related to Suicide for Lesbian, Gay, and Bisexual Adolescents. *Journal of Adolescent Health, 58*(1), 63–68.
- Winders, S. (2014). From extraordinary invulnerability to ordinary magic: A literature review of resilience. *Journal of European Psychology Students, 5*(1).
- Woolfenden, S., Williams, K., Eapen, V., Mensah, F., Hayen, A., Siddiqi, A., & Kemp, L. (2015). Developmental vulnerability - don't investigate without a model in mind. *Child: Care, Health and Development, 41*(3), 337–345.
- Wong, T. M. L., Slotboom, a.-M., & Bijleveld, C. C. J. H. (2010). Risk factors for delinquency in adolescent and young adult females: A European review. *European Journal of Criminology, 7*(4), 266–284.
- Zachrisson, H. D., Dearing, E., Lekhal, R., & Toppelberg, C. O. (2013). Little evidence that time in child care causes externalizing problems during early childhood in Norway. *Child Development, 84*(4), 1152–1170.
- Zachrisson, H.D. og Dearing, E. (2016): Barnehage og atferdsvansker: myter om risiko og muligheter for forebygging. Hentet fra: <http://www.forebygging.no/Artikler/-2015/Barnehage-og-atferdsvansker-myter-om-risiko-og-muligheter-for-forebygging/>
- Zolkoski, S. M., & Bullock, L. M. (2012). Resilience in children and youth: A review. *Children and Youth Services Review, 34*(12), 2295–2303.
- Øverland, K. og Bru, E. (2016): Angst. I Bru, E., Ildsoe, Ella C. og Øverland, Klara (red): *Psykisk helse i skolen*. Oslo: Universitetsforlaget.

# Vedlegg - tegn og signaler

## Følelsesmessig uttrykk og atferd

	Fremstilling fra dokumenterte kilder	Fremstilling fra udokumenterte kilder
<b>Innadvendt, trist tilbaketrukket</b>	Tilbaketrekning og isolering, tristhet, depresjon, uvanlig tilbaketrukket.	Stille, tilbaketrukket, apatisk, innadvendt, passiv, mangler vitalitet, trist, innelukket, mangler glede og initiativ, hemmet, defensiv, depresjon, egenfokus og tilbaketrekning.
<b>Dårlig selvbilde/ selvfølelse</b>	Viser skyld, skamfølelse og lav selvfølelse.	Dårlig selvbilde (snakker nedsettende om seg selv eller sine), mer selvkritisk og mindreverd, tap av selvaktelse og selvtillit.
<b>Gråt, trøstesløs, vanskelig å berolige</b>	Mye gråt, vanskelig å trøste eller roe. Utrøstelig gråt. Bruker uvanlig lang tid på å finne trøst hos foresatte.	Gråter mer enn før. Sutrete, utrygg, redd engstelig eller skremt. Er trist og gråter mye. Vanskelig å trøste og berolige. Utrøstelig med aggressiv gråt. Lener seg vekk og vil ikke trøstes.
<b>Angst, anspent o.l.</b>	Mye engstelse, spesielt i adskillelssituasjoner. Ekstrem engstelse, angst, fryktsomhet. Barnet virker unormalt engstelig. Angst eller tvangssymptomer.	Anspent eller passiv. Har angst og er nervøs. Virker ensom eller har angst og uttrykker bekymring. Skvettenhet. Åpenbar angst, frykt og tap av selvtillit. Akutt psykisk lidelse.
<b>Irritabel, sinne, raseri, opposisjonell</b>	Vanskelig med å regulere sinne og frykt. Utagerende og aggressiv atferd. Sinne eller frustrasjon uttrykt som raserianfall. Uvanlig aggressivt og urolig barn. Opposisjonell og aggressiv atferd. Opposisjonell.	Slår, biter og overreagerer ofte. Bryter ut i raseri uten en tydelig grunn. Har hyppige raserianfall og mangler kontroll over sinnet. Virker aggressiv, destruktiv og utagerende. Aggressiv og voldelig atferd.
<b>Sensitiv for lyd og omgivelser</b>	Sensitiv/skvetten med hensyn til høye lyder og sterkt lys.	Påvirkes lett av uro i omgivelsene. Er hypersensitiv for lyd, synsinntrykk, smak ol. Virker ukonsentrert og påvirkes av uro fra omgivelsene.
<b>Slapp, nummen, interesseløs, følelsesløs</b>	Slapp og interesseløs. Redusert oppmerksomhet. Lite interessert i utforskning og lek. Vansker med å kjenne på følelser (nummen). Tap av interesse for aktiviteter og personer. Viser dissosiasjon. Mangel på mimikk.	Mangler nysgjerrighet eller interesse for omgivelsene. Redusert evne til å føle og uttrykke følelser. Kan virke nummen (apatisk og slapp). Tap av energi og konsentrasjon.
<b>Følelsesmessig - annet</b>	Er utforskende uten å søke støtte og anerkjennelse hos voksne; har nedsatt oppmerksomhet i samvær med barn og voksne; er kroppslig anspent og unngår fysisk kontakt og berøring; er alltid årvåkne, forberedt på at noe negativt vil komme til å skje; unngår/skremmes av stimuli/sanseinntrykk som kan minne om ubehagelige/dramatiske situasjoner/ opplevelser, f.eks. syn, lukt; stivnet vaktsonhet; slåss-, flykte-, stivnereaksjon («fight, flight, freeze»); sårbar overfor årlige reaksjoner utløst av sesongbetonte påminnelser, høytider osv.; traumatiske tilbakeblikk/flashbacks; prøver å distansere seg fra følelsen av skam, skyld og ydmykelse (unngåelsesatferd).	Svak blikkontakt hos spedbarn eller barnet er mer opptatt av lyskilde eller gjenstander enn kontakt med foresatte eller undersøkeren; emosjonelle reguleringsvansker som kan føre til sosiale vansker; viser lite empati overfor andre; manglende blikkontakt og pludring (stille/passivt barn); emosjonelle vansker (NKVTS, kap 6).  Uvirkelighetsfølelse; vansker med å ta andres perspektiv; gjenopplevelse/flashbacks; negative forventninger til andre; negative tanker om fremtiden; urealistisk oppfatning av fare; tar egenansvar for det som har skjedd (NKVTS, kap 8).  Følelsesmessig ustabilitet; symptomer på stress og/eller posttraumatisk stress (Universitetssykehuset i Oslo).  Mareritt (endring i retning av en unormal atferd) (NICE).

## Tegn og signaler på uvanlig atferd og utviklingstrekk

	Fremstilling fra dokumenterte kilder	Fremstilling fra udokumenterte kilder
<b>Urolig, konsentrasjonsvansker</b>	Mye uro og hyperaktivitet. Vansker med konsentrasjon og oppmerksomhet. Konsentrasjonsproblemer. Motorisk uro. Oppmerksomhets- og konsentrasjonsvansker.	Urolig i kroppen og rastløs. Problemer med konsentrasjon. Har vanskelig for å konsentrere seg, f.eks. om lek eller skolearbeid. Er lett å avlede og motorisk urolig. Økt anspenthet, irritabilitet og manglende evne til å finne ro.
<b>Oppmerksomhetssøkende</b>	Oppmerksomhetssøkende.	Krever unormalt mye oppmerksomhet, utløser negative reaksjoner for å oppnå oppmerksomhet.
<b>Forsinket/tap av ferdigheter eller regresjon</b>	Forsinket motorisk utvikling. Forsinket psykomotorisk utvikling. Forsinket utvikling, særlig språklig og sosialt. Forsinket språklig, emosjonell og sosial utvikling. Tap av tidligere ferdigheter. Reduserte psykomotoriske prestasjoner. Regresjon, tap av ferdigheter og skoleprestasjoner.	Har en forsinket språkutvikling. Tap av nylig tillærte ferdigheter (renslighet, spising, egenpleie). Tap av spiseferdigheter. Tap av/tilbakegang av motoriske ferdigheter. Tap / tilbakegang av tillært ordforråd eller språkferdigheter. Regresjon til atferden til et yngre barn.
<b>Læringsvansker og skolerelasjon</b>	Lærevansker. Vansker med innlæring og hukommelse. Lese/skrivevansker. Forsinket språkutvikling. Uforklarlig skolefravær. Skoleskulk.	Problemer med innlæringen. Har vanskelig for å lære nye ting, f.eks. i skolen eller i lek og andre fysiske aktiviteter. Har konsentrasjonsvansker og har vanskeligheter med å lære. Har lærevansker (eller konsentrasjonsvansker) som ikke kan tilskrives bestemte fysiske eller psykiske årsaker. Språkvansker (endring). Er dårlig til å uttrykke seg språklig i forhold til sin alder. Følger ikke opp skolen og skolearbeid. Har redusert innsats på skolen - periodevis eller permanent. Legg merke til om den unge presterer faglig dårligere i skolen. Viser plutselige endringer i atferd eller skoleprestasjoner. Fravær. Mye skulk fra skolen. Kommer ofte for sent på skolen. Stikker av fra/skulker skolen.
<b>Enurese, enkoprese</b>	Ufrivillig vannlating og avføring. Frivillig tisser på seg.	Ufrivillig tisser i sengen eller i buksene. Har ufrivillig vannlating og/eller avføring. Enurese, enkoprese (griser med avføring).
<b>Selvskading, selvdestruktiv</b>	Selvskading.	Selvdestruktive følelser eller atferd. Er selvdestruktiv, f.eks. ved å skjære seg selv. Selvskading og selvmordstanker.
<b>Bruk av rusmidler</b>	Alkohol/stoffmisbruk. Rusproblemer.	Viser interesse for rus og kriminalitet. Har misbruk av alkohol eller andre rusmidler. Økt forbruk av alkohol og narkotiske stoffer.
<b>Tyveri, kriminalitet, løgner</b>	Kriminalitet.	Lyver - overdriver. Begår kriminalitet. Tigger om/stjeler mat eller penger. Lovovtredelse (f.eks. tyverier).

<p><b>Annet</b></p>	<p>Atferdsendringer. Atferdsvansker.</p> <p>Risikoatferd. Impulsiv atferd.</p> <p>Intense repeterende lekemønstre.</p> <p>Repeterende kroppsrudding. Utpreget "body rocking".</p> <p>Rømmer hjemmefra.</p> <p>Årvåkenhet (på vakt). Unngåelse av det som kan minne om vold eller overgrepserfaringer.</p> <p>Lite spontan motorikk.</p>	<p>Vansker med regulering av oppmerksomhet og ifht omgivelsene. Plutselig endring av atferden. Viser endring i atferd som ikke umiddelbart kan knyttes til den normale utviklingen. Atferdsendringer.</p> <p>Gjentakelseslek som kan ligne på aspekter ved skremmende hendelser barnet har opplevd.</p> <p>Gjentatt gjenfortelling av den traumatiske hendelsen; involverer lekekamerater i traumetilknyttet lek i barnehage.</p> <p>Kommer til skole eller andre aktiviteter tidlig, drar sent og ønsker ikke å gå hjem. Lange opphold på skolen (tidlig ankomst og sen avreise).</p> <p>Holder ikke avtaler. Manglende samarbeids- evne. U hensiktsmessig nettbruk. Biter negler. Opptrer ofte i "klovnerolle". Brannstiftelse, slem mot dyr. Ønske om hevn og handlingsorienterte reaksjoner på traumet. Humør og personlighetsendringer. Manglende/redusert øyekontakt. Lett for å bli utsatt for uhell.</p>
---------------------	---	--



## Tegn og signaler på sosiale forhold

	Fremstilling fra dokumenterte kilder	Fremstilling fra udokumenterte kilder
<b>Ettergivende atferd</b>	Viser overdrevent "god" oppførsel for å unngå misnøye hos foreldre eller andre omsorgspersoner.	Overdrevent sosiale og tilpasningsvillige. Forsøker vedvarende å oppfylle andres behov og forventninger. Er altfor ettergivende, passiv, eller tilbaketrukket.
<b>Uvanlig tilknytningsatferd</b>	Ukritisk tilnærming til voksne. Ukritisk kontaktsøkende. Overdreven vennlighet overfor fremmede. Barnet er ukritisk til fremmede (etter 9md alder). Barnet viser utrygt tilknytningsmønster: uvanlig oppmerksomhetssøkende overfor andre voksne.  Virker uaffisert om foresatte forlater rommet. Barnet viser utrygt tilknytningsmønster: uvanlig lite reaksjon ved adskillelse fra foresatte og ukritisk adferd overfor andre voksne.	Ukritisk i relasjon med andre. Virker ukritisk i sin kontakt med fremmede. Er ukritisk kontaktsøkende. Økt tilfeldig tilknytningsatferd.
<b>Klynger seg til voksne</b>	Klenging, eller søker lite eller ingen trøst hos voksne. Overdreven klenging. Uvanlig fokusert på foreldrene i forhold til alder og utvikling. Barnet viser utrygt tilknytningsmønster: uvanlig engstelig og klengete adferd ved separasjon.	Klenger seg til voksne. Sutrer, har angst for atskillelse og er klengete. Uvanlig stor engstelse ved atskillelse fra omsorgspersoner.
<b>Sosial involvering med andre barn</b>	Sosial tilbaketrekning. Ensomt barn. Samspillsvansker.	Trekker seg fra barnefellesskapet, leker kun med mye yngre barn eller blir holdt utenfor av andre. Mer innesluttet, søker lite kontakt med andre barn. Går mye alene/ blir holdt utenfor. Ute av stand til å etablere/opprettholde kontakt. Holder seg for seg selv og tar ikke initiativ til lek og samvær med andre. Har ikke noen nære venner eller lekekamerater. Viser mangel på tillit til andre mennesker. Tar få eller ingen initiativer til kontakt. Er alene i pauser på skolen. Ber om å være inne i pausene for at unngå fellesskapet. Har kallenavn (økenavn) eller prøve å kjøpe seg til oppmerksomhet.
<b>Kommer ofte i konflikt med andre barn</b>		Aggressive i konflikt, ofte/gjentagende i konflikt. Kommer ofte i konflikter med andre. Har mange konflikter med andre barn, kan virke grensesøkende og har ofte stemningsskifter.
<b>Avvikende eller konfliktfylt relasjon til foreldre</b>	Barnet unngår å søke trøst eller kjærlighet fra omsorgspersoner når barnet er bekymret.	Avviser og unngår kontakt med omsorgspersonen. Viser avvikende atferd overfor egne foreldre. Har et vedvarende konfliktfylt forhold til foreldrene.
<b>Avviser/unngår voksenkontakt</b>		Er motvillige til å være rundt bestemte personer. Søker ikke/avviser voksenkontakt/hjelp. Ekstremt på vakt overfor voksne/ andre. Unngår kontakt med voksne eller andre barn.
<b>Sosialt - annet</b>	Tilknytningsforstyrrelser. Har kontrollerende atferd overfor foreldre eller omsorgspersoner. Små barn som viser trøstende atferd når de er vitne til bekymring hos omsorgspersoner.	Har lite kunnskap om sosiale spilleregler. Blir mobbet eller mobber selv.

## Tegn og signaler hos foreldre og relasjonen foreldre-barn

	Fremstilling fra dokumenterte kilder	Fremstilling fra udokumenterte kilder
<b>Foreldre - relasjon til barn</b>	<p>Hvis det er bekymring for at relasjonen mellom foreldre/omsorgsperson og barn kan være skadelig. F.eks. negativ/fiendtlig overfor barn; avvising eller gjør barnet til syndebukk; overdrevne forventninger/samhandling (trusler og disiplinering); eksponering for skremmende/traumatiske opplevelser (vold); bruk av barnet for voksnes behov (i ekteskapskonflikter); ikke fremme barnets sosialisering (isolering, ikke stimulering mv).</p> <p>Avvikende foreldre - barn samspill (lite sensitive, lite stimulerende foreldre, unormalt kontrollerende og rigide, uforutsigbar foreldreadferd).</p> <p>Hvis foreldre/omsorgspersoner er følelsesmessig utilgjengelig og ikke gir barnet respons, spesielt overfor nyfødte.</p> <p>Foreldrene sørger ikke for adekvat sosialisering til samfunnet (eks drar barnet inn i ulovlige forhold, isolerer barnet, unngår å sørge for adekvat utdanning).</p>	<p>Viser sterkt fokus på seg selv i stedet for barnet.</p> <p>Viser manglende evne til å oppfatte barnet på en realistisk måte.</p> <p>Har systematisk atferd der barnet blir avvist/ignorerert, truet, krenket og ikke kan trøstes.</p> <p>Synes å være likegyldig til barnet.</p> <p>Stiller urealistiske krav til fysiske eller akademiske prestasjoner.</p> <p>Søker omsorg hos barnet, oppfatter at barnet skal tilfredsstille foreldrenes følelsesmessige behov.</p>
<b>Foreldre - psykiske trekk</b>		<p>Har psykiske lidelser og kan være innlagt på sykehus. Mentalt overbelastet, for eksempel ved sykdom eller arbeidsledighet. Har depresjon og angst. Har skiftende stemningsleie, for eksempel atferdsendring fra frisk til usikker/nervøs. Framstår uselvstendig, irritabel, nedtrykt og uopplagt. Synes apatiske eller deprimert. Oppfører seg irrasjonelt eller på en bisarr måte.</p>
<b>Foreldre - rusmiddelbruk</b>	Omsorgspersoner med rusmisbruk.	Møter gjentatte ganger påvirket. Misbruker alkohol eller andre rusmidler.
<b>Uforutsigbare foreldre</b>		Glemmer å hente barnet i barnehage eller at barnet hentes av mange forskjellige voksne. Har en hverdag preget av uforutsigbarhet.
<b>Foreldre - tilbake-trekning</b>	Stort og uforklarlig barnehagefravær.	Holder barnet hjemme fra barnehage/skole i lengre perioder, eller hindrer barnet i å være sammen med andre barn på fritid.

## Fysiske tegn og signaler

	Fremstilling fra dokumenterte kilder	Fremstilling fra udokumenterte kilder
<b>Påkledning</b>	Barnet har upassende klær til vær og årstid (unntaket er hvis upassende påkledning har en naturlig forklaring). Uegnet påkledning. Barnet virker ustelt. Barnet er upassende kledd for vær og aktiviteter. Mangler matpakke.	Er uflidd (ustelt). Har upassende påkledning, f.eks. for lite tøy i forhold til været. Virker uflidd og har endret påkledning. Er ofte iført bekledning som ikke passer til årstiden. Utilstrekkelig med klær i forhold til vær/årstid. Går med stort og mørkt tøy og er meget tildekket.
<b>Hygiene</b>	Hjemmeforhold med dårlig hygiene, utilstrekkelig med mat eller at boforholdene er utrygge for barna. Barnet er preget av dårlig stell og pleie. Barnet er permanent skitten og lukter (må vurderes i forhold til situasjon). Barnet er skittent og ustelt og er preget av at dette har vart en stund. Ser skittent ut (inngrodd skitt) og har vond lukt. Utilstrekkelig munn- og tannhelse. Utilstrekkelig tannpuss og kosthold som gir økt tendens til karies. Barnet har alvorlige eller vedvarende lus eller skabb. Ubehandlete infeksjoner (også parasitter, skabb, lus). Store bleieutslett.	Forsømt i forhold til hygiene, klær, mat, tannhelse. Virker forsømt med hensyn til hygiene, påkledning og mat. Virker skitten og uvasket. Skitten eller uvasket, dårlig hygiene og lukt av urin/avføring. Har dårlig munnhygiene og mange hull i tennene.
<b>Mat-/ spisevaner</b>	Forstyrrelser når det gjelder mat (spiser rester, stjeler, hamstrer eller gjemmer mat). Spisevansker. Spiseproblemer. Næringsvegring. Dysfunksjonell spisesituasjon.	Vanskelig forhold til mat. Vil ikke spise. Har spisevansker. Har ekstrem sult. Mangel på riktig ernæring. Spiseforstyrrelser.
<b>Fysiologisk utvikling, over-/ undervektig</b>	Barnet har unormal vekst som følge av mangelfullt kosthold. Non-organic-failure to thrive. Vektstagnasjon (med eller uten vekstavvik). Mangeltilstander (anemi). Dårlig, manglende eller feil ernæring (over/ undervekt). Barnet er dårlig ernært og/eller dehydrert uten bakenforliggende sykdom. Overernæring som kan resultere i fedme til tross for at omsorgspersonene er informert og har fått kunnskap om barnets behov og farene med ekstrem overvekt.	Er overvektig. Har en unormal vekt og høyde for alderen uten kjent organisk årsak. Er over- eller undervektig. Fremstår tynn eller har oppblåst mage.
<b>Trøtthet/ søvnmangel</b>	Endring i søvn og spisemønster. Søvn- og spisevansker.	Virker mer sliten og trett. Er meget trøtt. Virker ikke uthvilt. Sover i klassen. Fremstår som sliten og trøtt (manglende søvnrutiner).  Har problemer med å sove. Søvnregulering. Har søvnproblemer. Har mangelfull døgnrytme.
<b>Fysiske plager</b>	Brekninger. Diare. Refluks (syreplager).	Mange fysiske plager (vondt i hodet, magen osv.). Har ofte vondt i magen og kvalme. Er ofte svimmel eller har hodepine. Har ofte infeksjonssykdommer. Er ofte syk og klager over mavesmerter eller hodepine. Klager jevnlig over smerter, f.eks. magesmerte eller hodepine. Klager over smerter i kroppen - uten åpenbar årsak.

<b>Medisinsk oppfølging</b>	<p>Når omsorgspersonene ikke tar kontakt med helsepersonell til tross for åpenbar sykdom hos barnet. Manglende oppfølging av tannhelseproblemer. Barnets tannstatus er dårlig og ikke behandlet av tannhelsepersonell. Gjentatte «akutt-situasjoner» pga grov karies. Dårlig tannstatus.</p> <p>Barnet møter ikke opp hos lege, helsesøster, tannlege eller til andre avtaler.</p> <p>Hvis et barn reagerer på en helseundersøkelse på en uvanlig, uventet eller upassende måte (for eksempel ekstrem passivitet, motstand eller avslag).</p> <p>Hvis foreldre/omsorgspersoner ikke tillater et barn eller ungdom å snakke med helsepersonell på egenhånd ved behov for undersøkelser</p>	<p>Mangel på medisinsk oppfølging eller oppfølging av tannhelse.</p>
<b>Tilsynssvikt</b>	<p>Manglende tilsyn med barnet som resulterer i skader (dyrebitt, fall, skålding osv.). Skader som skjer pga av manglende tilsyn. Mangel-full forklaring på skader som kan skyldes manglende tilsyn. Forgiftninger som skjer på grunn av manglende tilsyn.</p> <p>Barn passes på av uegnede personer. Fraværende omsorgspersoner/ barnet er alene på sykehuset</p>	<p>Mangler tilsyn av voksne. Mangel på tilsyn, for eksempel små barn uten tilsyn eller tilsyn av andre barn (som er for unge til å gi tilstrekkelig beskyttelse).</p>
<b>Barn med omsorgs-opp-gaver</b>	<p>Hvis et barn eller en ungdom ofte har ansvar som går ut over viktige normale daglige aktiviteter (for eksempel skolegang). Barnet gir inntrykk av å være den som har ansvar og gir omsorg, til tross for at barnet er for ung til dette.</p>	<p>Overtar foreldrenes forpliktelser. Omsorg for yngre søsken.</p>
<b>Barn forteller/ber om hjelp</b>		<p>Forteller om en vanskelig livssituasjon/hendelse (eks rus og psykisk syke voksne). Ber selv om hjelp; avslører på eget initiativ mishandling. Innrømmer selv fravær av omsorgsperson.</p>







