

Forslag til modell for psykososial oppfølging av barn og familier

Hvordan vi ivaretar utsatte barns deres behov for hjelp og støtte under den pågående koronavirus-pandemien vil være avgjørende for disse barnas helse og trygghet. Dette dokumentet beskriver en proaktiv oppfølging i tjenestene av sårbare barn, unge og familier.

Innhold

Bakgrunn.....	2
Hvilke grupper barn, unge og familier er spesielt sårbare nå?	3
Barn og unge med psykiske vansker	3
Barn og unge i risiko for barnemishandling, inkludert omsorgssvikt	4
Samlet sett	4
Prinsipp for identifisering og oppfølging av sårbare barn, unge og familier gjennom krisen.....	5
Nedenfor følger en utdyping av modellen.....	5
Kilder.....	10
Vedlegg 1	12
Definisjoner av vold, overgrep og omsorgssvikt	12

Sårbare grupper er her definert som

- barn og ungdom med psykiske vansker
- barn og ungdom i risiko for barnemishandling, inkludert omsorgssvikt
- familier med psykososiale belastninger knyttet til:
 - foreldres psykiske sykdom og ruslidelser
 - andre vedvarende eller midlertidige belastninger (økonomiske vansker, trangboddhet, familiekonflikt o.l.)

5 tiltak for oppfølging av barn, ungdom og familier

- proaktiv kontakt
- årvåken oppfølging
- trinnvise tiltak som følger LEON-prinsippet
- kontinuitet i tjenestetilbudet
- koordinering av tjenestene

Bakgrunn

Dette dokumentet inneholder en presisering av sårbare grupper barn, unge og familier, en beskrivelse av en proaktiv oppfølgingsmodell basert på eksisterende roller og strukturer for organisering av tjenestene, inkludert 5 overordnede prinsipp for tiltakene. Det vil i beskrivelsen av tiltakene bli tatt høyde for redusert tilgjengelighet i tjenestene og andre former for kontakt ansikt-til-ansikt.

Mange sårbare barn, unge og familier vil ha behov for ekstra oppfølging gjennom den pågående pandemien. Noen av disse sårbare barna, ungdommene og familiene vil være kjent for tjenestene fra tidligere, andre ikke. Uansett utgangspunkt er det avgjørende for barn og unges sikkerhet, helse og utvikling at de får den hjelpen de trenger, så tidlig som mulig og på laveste effektive nivå.

Behov vil variere over tid, og noen vil oppleve økende behov for hjelp og støtte gjennom krisen. Litteraturen på psykososiale behov hos barn under pandemier er imidlertid mangelfull, og eventuelle psykososiale tiltak har i mange tilfeller kommet i etterkant av en slik krise (Dziuban, Peacock, & Frogel, 2017; Murray, 2006). Noe forskning er imidlertid gjort. Blant annet viste en kunnskapsoversikt fra 2013 at barn som hadde vært i karantene som følge av ulike helserelaterte katastrofer, hadde fire ganger så høyt nivå av posttraumatiske stressreaksjoner som barn som ikke hadde vært i karantene (Sprang & Silman, 2013). O'Sullivan og Bourgoin (2010) har også vist at sårbare barn, ungdommer og familier er ekstra utsatte under kriser, fordi de i utgangspunktet er dårlig rustet til å håndtere tilleggsstressorer. Ettersom barn er prisgitt sine omsorgspersoner i slike kriser, er de ytterligere sårbare. I tillegg kan barn lide under foreldres belastninger og evne til å håndtere disse (Pine & Cohen, 2002). Blant annet har noen studier rapportert økt vold i hjemmet de første månedene etter naturkatastrofer (Curtis, Miller, Berry, 2000). Viktigheten av god psykososial tilrettelegging for barn som må holde seg hjemme på grunn av koronapandemien har blitt understreket av kinesiske forskere, og både godt foreldreskap og tilretteleggelse fra skole har blitt trukket frem som viktige trivselsfaktorer (Wang, Zhang, Zhao, Zhang, & Jiang, 2020).

En samtidig utfordring er at helse- og omsorgstjenestene, skole og barnehage også er påvirket av smitteverntiltak og sykdom. Dette vanskeliggjør opprettholdelsen av normalt tjenestetilbud, som også rammer de samme sårbare gruppene, og potensielt forsterker de vansker som barn, ungdom og familier opplever i dagens situasjon. Det er med andre ord ikke mulig å ivareta sårbare barn og ungdom i like stor grad som når samfunnet fungerer som normalt. Dette stiller nye og vanskelige krav til tjenestene. Forskning på kriser og katastrofer viser til en uovertruffen positiv effekt av en så snarlig gjenåpning av skole, barnehage og andre trygge steder for barn til å leke og lære som overhodet mulig (APA 2010, Betancourt & Khan, 2008; Masten & Obradovic, 2008; Masten & Osofsky, 2010; Osofsky et al., 2007). Omfanget og alvorligheten av de psykososiale konsekvensene antas derfor å være avhengig av i hvilken grad tjenestene er i stand til å tilby oppfølging og behandling av sårbare barn og unge i krisen.

Vi mangler forskningsbasert kunnskap om hvordan tjenestene best kan opprettholde og ivareta sine oppgaver gjennom krisen. Samtidig som mange barn, unge og familier vil trenge økt støtte er også tjenestene rammet. Eksempelvis viser beregninger at vi kan forvente at omkring 20 % av ansatte innenfor helse- og omsorgstjenestene vil kunne være ute av aktivt arbeid i tjenestene grunnet smitte, sykdom eller pålagt karantene eller isolasjon (Willan, 2020, BMJ). Fravær grunnet omsorg for egne barn kommer i tillegg. Når tjenestene nå er under økt press kan det være spesielt viktig å fremheve noen overordnede prinsipp for kontakt og oppfølging av sårbare barn, unge og familier som må prioriteres

gjennom krisen. Innholdet bygger derfor på faglige prinsipper som er kunnskaps- og evidensbaserte ((McDermott & Cobham, 2014); NICE guidelines, 2018; (Pfefferbaum & Shaw, 2013). Modellen er overordnet og generell og må tilpasses lokale forhold og utfordringer.

Hvilke grupper barn, unge og familier er spesielt sårbare nå?

Sårbare barn, unge og familier som omtales her omfatter

- *barn og unge med psykiske vansker*
- *barn og unge i risiko for barnemishandling, inkludert omsorgssvikt*
 - *risikofaktorer hos foreldre:*
 - *psykiatrisk sykdom, alkohol/rus, vold og kriminalitet*
 - *andre vedvarende eller midlertidige belastninger som øker foreldres stress og/eller reduserer omsorgsevne betydelig (eks. foreldrekonflikt, økonomisk krise eller sykdom)*

Koronavirus-pandemien og relaterte smitteverntiltak medfører økt belastning for de aller fleste barn, unge og familier. Smitteverntiltak som stengning av barnehage og skoletilbud, hjemmeskole og isolasjon medfører store forandringer i barnas liv. Usikkerhet og redsel knyttet til spredning av koronaviruset i samfunnet, sykdom og medfølgende smitteverntiltak kan utløse akutte stressreaksjoner, som søvnvansker, sinne, redsel, angst eller depressive tanker, tilpasningsforstyrrelser, atferdsvansker, andre psykiske plager eller smerteproblematikk hos både barn, unge og foreldre. Barn, unge og foreldre som allerede før pandemien hadde psykiske vansker vil være ekstra utsatt for slike reaksjoner, og kan oppleve en forverring av helseplagene sine nå. Foreldre til barn og unge som nå strever med forverring av psykiske vansker vil kunne oppleve at de ikke klarer å imøtekomme barnas økte behov for omsorg. I tilfeller der foreldre i økende grad har psykiske plager vil omsorgskapasiteten i familien svekkes. Barn og unge i familien vil da ikke nødvendigvis få den omsorgen de trenger. Endringene kan komme akutt eller gradvis. Under følger en beskrivelse av de sårbare barna, ungdommene og familiene som dette dokumentet omhandler.

Barn og unge med psykiske vansker

Barn og unge med psykiske vansker er en sammensatt gruppe. Noen av disse barna vil kunne få god hjelp og omsorg i familien også under den pågående pandemien, mens andre barn vil oppleve mangelfull eller forverret omsorgssituasjon som følge av smitteverntiltakene. Uavhengig av omsorgssituasjon, vil barn som hadde psykiske vansker før smitteverntiltak ble iverksatt, kunne oppleve forverring av symptomer enten umiddelbart etter at tiltakene er satt i verk, eller over tid. Dette sammenfaller med en situasjon der daglige rutiner (som søvn, spisevaner og faste aktiviteter) har blitt betydelig endret, og nødvendig og regelmessig helsehjelp muligens faller helt eller delvis bort. Siden barn og unge med psykisk sykdom ofte strever med venns-kapsrelasjoner, og blir oftere mobbet, kan følelsen av ensomhet og isolasjon forsterkes, og bidra til forverring av psykiske plager. Dersom fysisk sykdom knyttet til koronaviruset, Covid-19, i tillegg rammer disse barna eller deres omsorgspersoner vil situasjonen for barn med psykiske lidelser kunne forverres. Dette fordi de vil oppleve følelser som for eksempel økt uro, bekymring, redsel for seg selv eller den som blir syk, og samtidig kunne miste den støtten og omsorgen de har i hjemmet på grunn av sykdom som rammer foreldrene selv eller andre nære familiemedlemmer.

Barn og unge i risiko for barnemishandling, inkludert omsorgssvikt

Barn og unge som opplever eller er i risiko for å oppleve barnemishandling, inkludert omsorgssvikt, vold og/eller overgrep, er en spesielt sårbar gruppe. Disse vil nå måtte oppleve å oppholde seg i et utrygt hjem, uten frisone eller oppfølging av trygge voksne. I tillegg vil tiltak iverksatt av for eksempel barnevernstjenesten eller familievernnet bortfalle helt eller delvis. Dette kombinert med en situasjon der smitteverntiltakene som er iverksatt vil kunne sette familiene under økt press på grunn av mer tid sammen, økonomiske bekymringer i familien, og bortfall av viktig sosialt nettverk og støtte for familien. Dette er faktorer som øker potensialet for konflikt i disse familiene og risiko for voldsbruk fra foreldre eller andre som bor sammen med barna. Barna kan også være mer utsatt for smitte og sykdom fordi familier med betydelige belastninger kan ha større vansker enn andre med å gjennomføre nødvendige smitteverntiltak. Sykdomsforløp i disse familiene kan bli spesielt alvorlige dersom de ikke oppsøker nødvendig helsehjelp i tide. Uavhengig av sykdom, vil mange av disse familiene ofte ikke oppsøke hjelp.

Risikofaktorer hos foreldre

Voksne med ulike psykososiale og/eller helsemessige utfordringer som også har omsorgsoppgaver for barn kan som følge av smitteverntiltak i forbindelse med koronaviruset oppleve forhøyet grad av stress og mindre ressurser til å ivareta sine omsorgsoppgaver enn vanlig. Til dels overlapper også familier med denne typen utfordringer med familier med økt risiko for barnemishandling. Dersom sykdom i tillegg rammer disse familiene, vil det på samme måte som beskrevet i avsnittene over føre til ytterligere belastning. Dette gjelder særlig familier der foreldrene sliter med psykisk sykdom eller ruslidelse (alkohol, vanedannende medikamenter, eller illegale rusmidler). Foreldrekonflikt, økonomiske vansker, sosial marginalisering eller andre betydelig belastende forhold vil bidra til å øke stress og redusere foreldres omsorgskapasitet forbigående eller mer permanent. I alle familier der en eller flere av disse risikofaktorene er til stede, vil barn risikere å ikke få god nok omsorg og i verste fall bli utsatt for potensielt traumatiske opplevelser som følge av dette. Eksempelvis vil flyktninger og asylsøkere utgjøre en spesielt utsatt gruppe ettersom foreldre i disse familiene ofte strever med en kombinasjon av risikofaktorer, som posttraumatiske stressreaksjoner etter grufulle opplevelser fra krig og flukt, sorg, økonomiske vansker og sosial marginalisering. Enkelte familier vil i forbindelse med økte vansker oppleve utpreget negativ sosial kontroll og økt bruk av vold i oppdragelsen (<https://voldsveileder.nkvts.no/>). Andre vil oppleve at andre involverer seg mindre, og at de dermed får mindre hjelp og støtte.

Samlet sett

Sett under ett vil krisen vi nå står overfor ramme barn og unge som strever med psykisk sykdom, eller bor i hjem med betydelige psykososiale belastninger spesielt hardt. Noen av disse barna og familiene vil være kjent for barnehagepersonell, lærere, innenfor helse- og sosialtjenestene i førstelinjen, i andrelinjen eller for andre aktører fra tidligere. Andre er ikke identifisert i hjelpeapparatet, og mottar da heller ikke strukturerte tiltak. Hvordan vi ivaretar deres behov for hjelp og støtte vil være avgjørende for disse barnas helse og trygghet. En krisesituasjon kan også sette tidligere relativt velfungerende familier i en vanskelig situasjon, på grunn av permitteringer, økt arbeidspress, bortfall av viktig sosial støtte eller usikkerhet for fremtiden. Derfor kan også nye barn og familier, som tidligere ikke var i en utsatt situasjon, komme i vanskelige situasjoner. Å oppdage disse familiene kan være spesielt vanskelig når nesten all kontakt med omverdenen skjer digitalt, og man ikke har noe mistanke knyttet til disse familiene fra før av.

Prinsipp for identifisering og oppfølging av sårbare barn, unge og familier gjennom krisen

Anbefalingene er basert på overordnede prinsipper for oppfølging etter ulike kriser og katastrofer. Tilpasninger vil måtte gjøres for hver tjeneste.

Vi anbefaler at tiltak for å ivareta de særlig utsatte bygger på eksisterende tjenester. Mange av disse tjenestene vil imidlertid måtte styrkes og tilpasses dagens utfordringer.

1. **Proaktiv kontakt:** Fordi mange ikke selv ber om hjelp, og siden særlig barn ikke har muligheter til å be om hjelp, anbefales det å etablere rutiner for å aktivt kontakte alle barn som tjenesten har ansvar for slik at barn med særskilte behov kan identifiseres.
2. **Årvåken oppfølging (watchful waiting)** anbefales, der ansatte i tjenestene kontakter og snakker med de berørte, kartlegger behov og tilbyr relevant oppfølging. Der det ikke avdekkes udekkede hjelpebehov avtales ny kontakt og nye vurderinger gjøres.
3. **Trinnvise tiltak som følger LEON-prinsippet** (Lavest effektive omsorgsnivå) anbefales. Det vil si at man starter med lavintensive tiltak og fortløpende vurderer hjelpebehov. Fravær av bedring følges opp av mer intens oppfølging.
4. **Kontinuitet i tjenestetilbudet** bør sikres. En til to kontaktpersoner bør identifiseres som følger opp over tid og som sikrer at tiltak iverksettes.
5. **Koordinering av tjenestene** må ivaretas. Det er ofte flere tjenesteinstanser som er i kontakt med sårbare barn og familier. Disse må koordineres på en hensiktsmessig måte, også i denne situasjonen.

Nedenfor følger en utdyping av modellen

Hvorfor en proaktiv modell?

Fra andre katastrofer har vi lært at noen er tilbakeholdne med å be om hjelp. Det kan være flere grunner til det. Noen tenker at det er andre som trenger hjelpen mer enn dem selv eller at de ikke vil være en belastning for samfunnet. Andre vet ikke hvor de skal henvende seg og har problemer med å orientere seg i hjelpeapparatet. Mange har det så strevsomt at de ikke har overskudd til å be om hjelp eller de skammer seg over sine egne reaksjoner og kvier seg for å ta kontakt. Siden så mange er rammet vil mange heller ikke få tilstrekkelig emosjonell og praktisk hjelp fra sitt sosiale nettverk. Barn er i en særlig utsatt situasjon og er avhengig av voksne som ser deres behov. Vi anbefaler at de som er i risikosituasjoner eller som er særlig belastet blir kontaktet og at det lages klare rutiner for hvordan det skal skje og hvilke tjenester som har ansvar for hvilke grupper av berørte. Den som er delegert ansvar for oppfølgingen tar aktivt kontakt med de berørte, vurderer hjelpebehov og tilbyr tilpasset hjelp.

1. Ta proaktiv kontakt med barn og unge i risiko

Barn og unge vil i den pågående pandemien miste mange av sine vanlige arenaer å komme i kontakt med hjelpeapparatet på, for eksempel ved bortfall av skole og besøk i primærhelsetjenesten. Alle tjenester som arbeider med barn og unge bør gjennomgå hvilke barn og unge de har ansvar for. Fordi unge og familier med tidligere uidentifiserte behov kan komme til i løpet av krisen anbefales det at alle barn tjenesten har ansvar for kontaktes. De enkelte behovene må vurderes og tilpasset tiltak iverksettes. Vi anbefaler at en person som kjenner

barnet har ansvar for oppfølging. For det enkelte barn kan det ligge mye omsorg i at de ikke er glemt og at andre følger med på hvordan de har det. Kontaktpersonen bør søke å kartlegge familiens situasjon og tilby hjelp. Det er viktig at kontaktpersonen får snakke direkte med barna i familien. Det er imidlertid en stor utfordring for tjenestene i dagens situasjon er å opprette kontakt ansikt-til-ansikt med barn og ungdom. Der tjenesteapparatet på ulike måter opplever å ikke komme i ønsket direkte kontakt med barnet (og familien), må man vurdere å oppsøke familiene direkte. En annen utfordring er å sikre at kontakten ikke utsetter barnet for risiko. Dersom en kontaktperson mistenker at barnet er i akutt risiko for vold eller overgrep må vanlig melderutiner følges. Barn kan komme i lojalitetskonflikt mellom foreldre og kontaktperson. Dette er utfordrende situasjoner som mange lærere og annet hjelpepersonell er vant til å håndtere.

2. Årvåken oppfølging

Situasjonen for sårbare barn og unge kan endre seg raskt under pandemien, grunnet sykdom eller av andre årsaker. Dette kan eksempelvis omfatte at et barn som tidligere er fulgt opp i skolen grunnet lærevansker kan trenge tettere oppfølging fra skolen, mens barn og unge med økende psykiske plager kan trenge henvisning fra fastlege for behandling i andrelinjen, eventuelt samtidig som barnevern involveres for å sikre omsorgskapasitet i familien. De individuelle behovene for hjelp kan også endre seg. Kanskje har man nok den første tiden med å bare forholde seg til daglige gjøremål og ordne praktiske ting. De psykiske vanskene kan melde seg senere. Eller omvendt kan man ha stort behov for hjelp med en gang, men ikke ha behov for langsiktig hjelp. Fordi man ikke vet hvem som kan utvikle behov etterhvert som krisetiltakene vedvarer anbefales det å ha en årvåken oppfølging. Det betyr at man avtaler videre oppfølging med barn eller familier som er i risiko selv om det ikke kan identifiseres umiddelbare hjelpebehov ved første kontakt. Etter første vurdering av behov avtales det en videre oppfølging med familien eller det enkelte barnet.

3. LEON og vurdering av tiltak

Lavest effektive omsorgsnivå (LEON)-prinsippet anbefales. Det vil si at man starter med lavintensive tiltak og fortløpende vurderer hjelpebehov. Fravær av bedring følges opp med mer intensiv oppfølging. Tjenestene må fortløpende vurdere behov for økte tiltak. Økte tiltak kan omfatte at flere eller andre tjenesteaktører må involveres i oppfølgingen, hyppigere kontakt eller økt lengde/intensitet på kontakten som allerede eksisterer. Ved mistanke om vold og omsorgssvikt skal barnevern alltid varsles. Om barnets sikkerhet er truet skal politi involveres.

4. Kontinuitet i tjenestetilbudet (etabler alternative tiltak der eksisterende er stengt) og koordinering av disse

Mange kan synes det er vanskelig å orientere seg i kompliserte systemer og forstå hvem som kan tilby ulik type hjelp. Dette blir spesielt vanskelig nå som kjente arenaer for oppfølging (barnehage, skole, helsestasjon, fastlege, BUP o.l.) ikke fungerer på samme måte som til vanlig. Tjenestene må opprettholde sine eksisterende tiltak for sårbare barn og unge så langt det lar seg gjøre. Oppfølging på telefon, video eller gjennom andre elektroniske løsninger er nødvendig, og vil være langt bedre enn ingen oppfølging. Dette gjelder også tjenester som kan ha mindre formaliserte avtaler med denne gruppen barn og unge, som for eksempel barnehage og skole. Det kan være spesielt vanskelig å nå sårbare barn og unge ettersom nettopp denne gruppen kanskje ikke har tilgang til elektroniske løsninger eller mottar den hjelpen de trenger

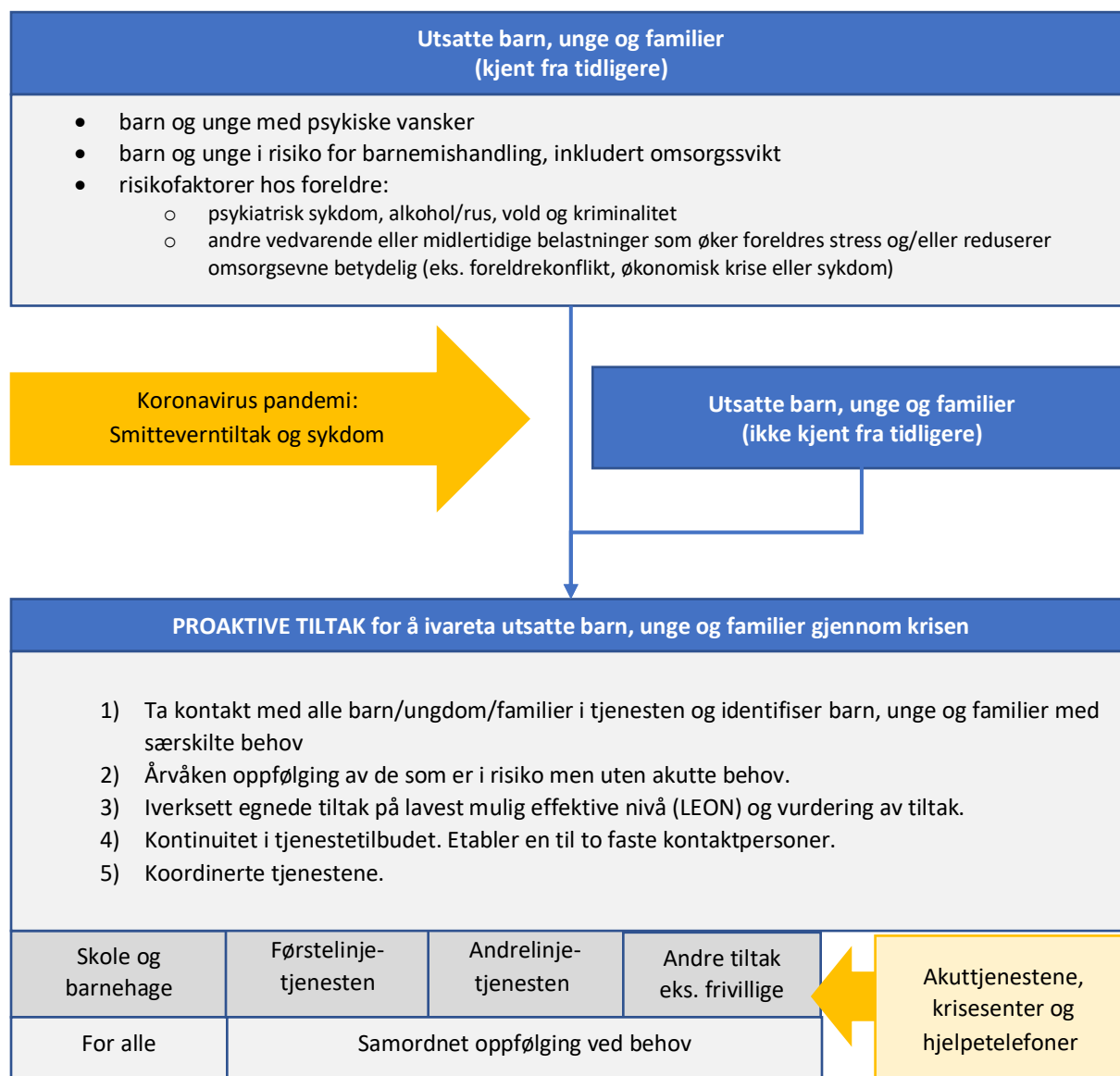
for å kunne bruke slike løsninger. I slike tilfeller må man finne andre løsninger for kontakt. Kontakt med de yngste barna kan være spesielt vanskelig, blant annet på grunn av disse barnas begrensede digitale kompetanse. I den situasjonen tjenestene nå står overfor kan proaktive, kreative og fleksible løsninger bidra til at også barn, ungdom og familier det er vanskelig å nå digitalt kan følges opp. Det bør tilstrebes å få til å møte barn ansikt til ansikt, så lenge smittevern hensyn ivaretas. Det kan for eksempel være mulig å etablere alternative møteplasser utendørs, eller tilrettelegge samtalsituasjoner innendørs slik at man opprettholder tilstrekkelig fysisk avstand. Det kan være slitsomt å måtte forholde seg til mange personer. Det er også en risiko at tiltak ikke blir fulgt opp i en annen del av tjenesteapparatet. Derfor anbefales det at hver familie har en eller to faste kontaktpersoner.

5. Koordiner tjenestene

Den pågående krisen gjør at alle tjenester må prioritere hvilke aktiviteter som er essensielle. Det er viktig at tjenestene for sårbare barn og unge fortsatt er koordinerte. Eksisterende arenaer for samarbeid bør derfor videreføres og forsterkes så langt det lar seg gjøre. Slik situasjonen er i dag vil det i mange kommuner og bydeler være nødvendig med regelmessige samarbeidsmøter mellom skole/barnehage og førstelinjen (helsestasjon, barnevern, kriseteam og andre helse- og sosialtjenester) for å kunne sikre sårbare barn, unge og familier tilstrekkelig oppfølging. Et proaktivt, godt samarbeid mellom tjenestene er avgjørende for å redusere negative konsekvenser av smitteverntiltak og sykdom for sårbare barn og unge. Samarbeidsmøter, dialogmøter og lignende knyttet til oppfølging av barn og unge i særskilt risiko bør gjennomføres som planlagt, på telefon eller ved videokonferanse. Der mange instanser er inne vil det være avgjørende at man samarbeider godt på tvers av tjenestene, avklarer ansvar og sikrer god kommunikasjon og kontinuitet. Uansett er det viktig at det er klare avtaler om hvilke etater som følger opp over tid, og at dette er tydelig for så vel familiene det gjelder, som de involverte tjenestene.

Figur 1 illustrerer et flytskjema for identifisering og oppfølging av sårbare barn, unge og familier, mens Figur 2 gir en oversikt over berørte tjenester og oppsummerer prinsipp for identifisering og oppfølging av barn, unge og familier gjennom krisen.

Figur 1. Flytskjema for identifisering og oppfølging av sårbare barn, unge og familier gjennom krisen



Figur 2. Oversikt over tjenestene og prinsipp for proaktiv kontakt og oppfølging av sårbare barn, ungdom og foreldre gjennom COVID-19 pandemien.^a

5 PRINSIPP FOR OPPFØLGING	TJENESTENIVÅ	BARN OG UNGE			FORELDRE
		0-6 ÅR	6-16 ÅR	16-18 ÅR	
- Proaktiv kontakt - Årvåken oppfølging - Trinnvise tiltak som følger LEON - Kontinuitet i tjenestetilbudet - Koordinering av tjenestene	ANDRELINJE (poliklin./innlegg.) SOMATISK PSYKISK FØRSTELINJE HELSETJENESTENE OMSORGSTJENESTENE AKUTTJENESTER LAVTERSKELTILBUD (i samarbeid med sykehus svangerskap-, fødsel og barselomsorgen og skole/ barnehage for eldre barn) OPPLÆRING/ ARBEIDSLIV^b OPPLÆRING SPESIAL-OPPLÆRING	BARNE- OG UNGDOMSKLINIKK BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI og RUSOMSORG FASTLEGE vurderer helsetilstand og behov for henvisning innenfor første- og andrelinje tjenestene KOMMUNEPSYKOLOG TANNHELSETJENESTE BARNEVERN (+ politi) har mandat til å utrede omsorgsforhold/risiko for vold og overgrep og iverksette tiltak BARNEVERNINSTITUSJON PSYKOSOSIALE TEAM LEGEVAKT og OVERGREPSMOTTAK (BARNEHUS) BARNEVERNNAVAKTA KRISETEAM KRISESENTERNE HELSESTASJON PEDAGOGISK- PSYKOLOGISK TJENESTE (PPT) BARNEHAGE BARNEHAGELÆRER følger opp individuelt	SKOLEHELSE- TJENESTEN og HELSESTASJON for ungdom PPT SKOLE KONTAKTLÆRER: individuell oppfølging alle elever SOSIALLÆRER RÅDGIVER	SKOLEHELSE- TJENESTEN og HELSESTASJON for ungdom PPT SKOLE/ ARBEIDSLIV KONTAKTLÆRER: individuell oppfølging alle elever SOSIALLÆRER NAV-RÅDGIVER	SOMATISK AVD. VOKSENPSYK./RUS FAMILIEVERN- KONTOR SKOLE/ ARBEIDSLIV/ ARBEIDSGIVER/ VEILEDER Bedriftshelsetjeneste NAV-RÅDGIVER

^aBarn og unge: kontaktårsak innenfor første- og andrelinjen kan være relatert til psykisk sykdom, rus, barnemishandling, omsorgssvikt og/eller andre voldshendelser. Voksne: kontaktårsak kan skyldes psykisk sykdom, rus, og/eller indikere økt risiko for barnemishandling og omsorgssvikt i hjemmet.

^bBarn og unge med psykisk sykdom, rusproblematikk og/eller utsatt for barnemishandling, omsorgssvikt eller annen vold har økt risiko for å falle fra opplæringstjenestene/arbeidsliv, planlagt oppfølging i helse- og omsorgstjenestene. Dette gjelder også for foreldre i hjem med økt risiko for barnemishandling og omsorgssvikt.

Kilder

Am. Psychol. Assoc. (APA). 2010. Resilience and Recovery After War: Refugee Children and Families in the United States. Washington, DC: Am. Psychol. Assoc.

Betancourt TS, Khan KT. 2008. The mental health of children affected by armed conflict: protective processes and pathways to resilience. *Int. Rev. Psychiatry* 20(3):317–28.

Curtis, T., Miller, B. C., & Berry, E. H. (2000). Changes in Reports and Incidence of Child Abuse Following Natural Disasters. *Child abuse & neglect*, 24(9), 1151-1162.

Dziuban, E. J., Peacock, G., & Frogel, M. (2017). A Child's Health Is the Public's Health: Progress and Gaps in Addressing Pediatric Needs in Public Health Emergencies. *American Journal of Public Health*, 107 (Suppl 2), S134–S137. doi: 10.2105/AJPH.2017.303950

Masten AS, Obradovic J. 2008. Disaster preparation and recovery: lessons from research on resilience in human development. *Ecol. Soc.* 13(1):9–24

Masten AS, Osofsky JD. 2010. Disasters and their impact on child development: introduction to the special section. *Child Dev.* 81(4):1029–39

McDermott, B. M., & Cobham, V. E. (2014). A stepped-care model of post-disaster child and adolescent mental health service provision. *European Journal of Psychotraumatology*.

Murray, C. J. S. (2006). Addressing the psychosocial needs of children following disasters. *Journal of Specialists in Pediatric Nursing*, 11, 133-137. Doi: 10.1111/j.1744-6155. 2006. 0005.x

NICE (2018) Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. NICE Clinical Guideline 116 Available at <http://guidance.nice.org.uk/guidance/NG116>

Osofsky JD, Osofsky HJ, Harris WW. 2007. Katrina's children: social policy considerations for children in disasters. *Soc. Policy Rep.* 21:3–18

O'Sullivan, T. & Bourgoin, M. (2010). Vulnerability in an influenza pandemic: Looking beyond medical risk. Technical report, Public Health Agency of Canada.

Pfefferbaum, B., & Shaw, J. A. (2013). Practice Parameter on Disaster Preparedness. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(11), 1224-1238. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2013.08.014>

Pine, D. S., & Cohen, J. A. (2002). Trauma in children and adolescents: risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological Psychiatry*, 51, 519-531. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01352-X](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01352-X)

Sprang, G., & Silman, M. (2013). Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster medicine and public health preparedness*, 7(1), 105-110.

Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, J., & Jiang, F. (2020). Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet*, March 4. doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30547-X



Willan, J., King, A.J., Jeffery, K. & Bienz, N. (2020) Challenges for NHS hospitals during covid-19 epidemic. Healthcare workers need comprehensive support as every aspect of care is reorganized. The BMJ doi: 10.1136/bmj.m1117

Vedlegg 1

Definisjoner av vold, overgrep og omsorgssvikt

Fysisk vold

- Fysisk vold innebærer at et barn blir påført smerte, kroppslig skade eller sykdom. Mishandlingen kan ta form av slag, med eller uten bruk av gjenstand, spark, lugging, klyping, biting, kasting, brenning, skålding, forgiftning med mer.
 - I de groveste tilfellene kan overgrepene resultere i alvorlig skade, inkludert hodeskade, drapsforsøk eller drap. Sammensetningen av alvorlige skader påført sped- og småbarn ved filleristing, ble tidligere kalt *Shaken baby syndrome*.
 - Fysisk avstraffelse brukt for å disiplinere og oppdra barn og *kjønnslemlestelse* er også definert som fysisk barnemishandling
- Prevalens: Omtrent 20 % oppgir å ha blitt utsatt for fysisk vold fra en foresatt i løpet av oppveksten, hos opptil 5 % kan volden betegnes som alvorlig.

Psykisk vold

- Psykisk vold innebærer en gjennomgående holdning eller handlingsmønstre hos omsorgspersoner eller andre som ødelegger for eller forhindrer barnets utvikling av et positivt selvbilde, nødvendig trygghet og tillitt.
 - Psykisk vold kan komme til uttrykk i form av nedsettende utsagn om barnet, sårende kritikk, latterliggjøring, uakseptable forventninger eller krav, forhør, terrorisering, avvising, ignorering, utpreget sosial kontroll eller isolasjon.
 - Intensjonell ødeleggelse av materielle ting som er spesielt betydningsfulle for barnet, inkludert kjæledyr, regnes også som vold.
- Prevalens: omkring 18 % av barn og unge har opplevd psykisk vold fra omsorgsgiver.

Seksuelle overgrep

- Seksuelle overgrep innebærer at barn eller unge blir involvert i seksuell aktivitet som de utviklingsmessig ikke er i stand til å forstå og heller ikke kan gi samtykke til. All seksuell kontakt med barn under 16 år er forbudt etter norsk lov.
 - Med incest menes seksuell omgang mellom nære familiemedlemmer i nedstigende eller horisontal linje, eller mellom en voksen i en foreldrerolle og et barn, en definisjon som også omfatter ste- og adoptivforeldre.
 - Seksuelle overgrep mot prepubertale barn utøves oftest av en voksen i nær relasjon til barnet, som foreldre/steforeldre, en venn av familien, trener eller bekjent. Gjentatte overgrep over tid er da vanlig.
 - **Fra pubertet øker forekomst av seksuelle overgrep fra jevnaldrende og andre voksne betydelig. Jenter er i regelen mer utsatt enn gutter.**
- Prevalens:
 - Omtrent 20 % av alle jenter og 7 % av guttene opplever noen form for seksuelle overgrep i løpet av oppveksten.
 - Omtrent 6-10 % av jentene og 3-4 % av guttene har opplevd seksuelle overgrep fra en voksen. Utøver er oftest voksne utenfor hjemmet. Nylig oppga omtrent en fjerdedel av

unge utsatt for seksuelle overgrep fra voksen foreldre (oftest far/stefar) som utøver, https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/10/Rapport_4_19_UEVO.pdf.

Omsorgssvikt

- Omsorgssvikt eller neglekt omfatter forhold der tilgang til fysisk omsorg, kjærlighet, hjelp, støtte og veiledning fra foresatte er så mangelfull at det er til skade for barnets helse og utvikling. Omsorgssvikt deles ofte inn i fire underkategorier; fysisk og psykisk omsorgssvikt, omsorgssvikt knyttet til opplæring og medisinsk omsorgssvikt:
 1. *Fysisk omsorgssvikt* omfatter forhold der manglende tilrettelegging, struktur og veiledning fra foresatte hindrer at barnet får:
 - Dekket sine biologiske behov. Eksempelvis et tilstrekkelig sunt kosthold, regelmessige måltider, bevegelse, hvile og søvn
 - Vern mot farer i fysisk og sosialt miljø: i) Et trygt hjem (sted å sove og oppholde seg osv). ii) Beskyttelse og veiledning knyttet til øvrige farer i fysisk og sosialt miljø (eksempelvis adekvat bekledning mot kulde/varme/sol, hygiene for beskyttelse mot infeksjoner, beskyttelse/veiledning i trafikken, i kontakt med fremmede, i forhold til bruk av rusmidler osv)
 2. *Psykisk omsorgssvikt* omfatter forhold der manglende tilstedeværelse, forutsigbarhet, psykisk støtte, veiledning, kjærlighet og respekt fra omsorgsgiver hindrer barnets utvikling av grunnleggende trygghet, tilhørighet, selvrespekt og kunnskap om seg selv og omverdenen.
 3. *Omsorgssvikt knyttet til opplæring* innebærer at omsorgsgiver hindrer at barnet får dekket sine mest grunnleggende opplæringsbehov (eks. barnet holdes borte fra skolen).
 4. *Medisinsk omsorgssvikt* innebærer at omsorgsgiver forsinker, avviser eller på annen måte hindrer at barnet mottar nødvendig helsehjelp
 - Eksempelvis forsinkelse i kontakt med helsevesen ved akutte skader, manglende oppmøte til utredning/behandling/kontroll ved kronisk sykdom eller manglende oppfølging av nødvendig medisinsk behandling i hjemmet (f.eks diabetes eller astmamedisinering).
 - Foreldres overfokusering eller overdreven bekymring for sykdom kan hindre barnets utvikling og mulighet for bedring av sykdom. I sjeldne tilfeller fabrikkerer eller påfører foreldre barna sykdom (tidligere kalt munchausen by proxy), <https://www.nkvts.no/sites/Barnemishandling/kliniske-tegn/skadetyper/Pages/Munchausen.aspx>. Dette er en form for omsorgssvikt i kombinasjon med psykisk og fysisk vold der barna kan bli alvorlig skadet eller drept.
- Prevalens: Om lag 2-10 % opplever omsorgssvikt i en periode eller vedvarende gjennom oppveksten.
- **Negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse** omfatter **bruk av fysisk og psykisk vold fra foresatte eller andre, og** er en form for vold og overgrep mot barn og unge.
 - Negativ sosial kontroll <https://voldsveileder.nkvts.no/> forstås som ulike former for oppsyn, press, trusler og tvang som utøves for å sikre at enkeltpersoner lever i tråd med familiens eller gruppens normer og verdier. Det som kjennetegner negativ sosial kontroll er at den fratar eller begrenser personers grunnleggende rett til å bestemme over eget liv og fremtid i henhold til sin alder og modenhet

- Æresrelatert vold utøves ofte av flere enn en person og forekommer i familier med sterke kollektivistiske og patriarkalske verdier. Volden utløses av familiens behov for å ivareta eller gjenopprette ære eller anseelse. Jenter og kvinner er særlig utsatt da familiens ære ofte knyttes til deres seksuelle atferd. Gutter og menn kan også bli utsatt for æresrelatert vold
- Tvangsekteskap kan defineres som et ekteskap som er organisert slik at minst én av ektefellene ikke har:
 - en reell mulighet til å velge å forbli ugift uten å bli utsatt for represalier
 - en reell mulighet til å velge en annen partner på tvers av familiens ønsker uten å bli utsatt for represalier
- samtykket til ekteskap etter utilbørlig press, trusler eller annen psykisk eller fysisk vold

Andre typer vold mot barn og unge

Mobbing

- Mobbing omfatter psykisk og eller fysisk vold over tid, og rammer omtrent 7-9 % av barn og unge i Norge. Ofte er utøvere av mobbingen jevnaldrende på skolen, i fritidsaktiviteter eller på sosiale medier. Barn som mobber andre, er oftere også selv utsatt for mobbing, og er også oftere utsatt for barnemishandling og annen vold fra voksne.

Overgrep over nett og på sosiale medier

- Omtrent en av fire jenter og en av tre gutter opplever å bli utsatt for vold, inkludert fysisk vold, psykisk vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt. Utøvelse på sosiale medier gjør at barn og unge kan være utsatt for mobbing, andre former for vold og seksuelle overgrep fra kjente og ukjente, jevnaldrende og voksne, også i situasjoner da de tidligere har vært trygge. Barn og unge utsatt på nett er oftere også utsatt for vold hjemme, i skolesituasjonen eller på andre arenaer.