



SVEKET I

Risiko og omsorgssvikt – et helseproblem

Sveket I

Kari Killén

Sveket I

Risiko og omsorgssvikt
– et helseproblem

6. reviderte utgave

KF

© 2021 KF (Kommuneforlaget AS), Oslo

1. utgave 1991; 2. utgave 1994; 3. utgave 2004; 4. utgave, 2009; 5. utgave, 2015

6. utgave, 1. opplag 2021

Omslagsillustrasjon: Kari Grasmo

Omslagsfoto av forfatter: Sturlason

Omslag: HAVE A BOOK

Sats: HAVE A BOOK

Trykk og innbinding: Bokstav og Bilde AS

ISBN: 978-82-446-2388-9

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverklovens bestemmelser. Uten særskilt avtale med KF er enhver eksemplarframstilling og tilgjengeliggjøring bare tillatt i den utstrekning det er hjemlet i lov eller tillatt gjennom avtale med Kopinor, Interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Kopiering i strid med lov eller avtale kan medføre erstatningsansvar og inndragning, og kan straffes med bøter eller fengsel.

Det faglitterære fond har bidratt til tidligere utgaver av denne boken. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) har bidratt til den samspills- og tilknytningsforskning som ligger til grunn for deler av bokens teoretiske grunnlag i denne reviderte utgaven.

KF

Postboks 1263 Vika

0111 OSLO

Kundesupport: 24 13 28 50

Bestilling, spørsmål og kommentarer: kundeservice@kf.no

www.kf.no

Innhold

| | |
|--|-----|
| Forord | 9 |
| Innledning | 12 |
| Omfanget av omsorgssvikt og overgrep | 13 |
| Erkjennelsesprosessen – en smertefull faglig utfordring | 23 |
| Bokens siktepunkt og innhold | 27 |
| Del I | |
| OMSORGSSVIKT OG VÅRT FORHOLD TIL DEN | 31 |
| Kapittel 1 | |
| Hva er omsorgssvikt og overgrep? | 32 |
| 1 Barn som blir utsatt for vanskjøtsel | 38 |
| 2 Barn som blir utsatt for fysiske overgrep | 42 |
| 3 Barn som blir utsatt for psykiske overgrep | 47 |
| 4 Barn som blir utsatt for seksuelle overgrep | 63 |
| 5 Omsorgssvikt og overgrep i nettverket | 71 |
| 6 Barn som blir utsatt for offentlig omsorgssvikt | 74 |
| Konsekvenser av omsorgssvikt | 77 |
| Oppsummering | 83 |
| Kapittel 2 | |
| Vårt forhold til omsorgssvikt | 85 |
| Hvor står vi som profesjonelle i møte med barna og foreldrene? | 87 |
| Behandlernes overlevelsesstrategier | 91 |
| Sekundær traumatisering – utbrenthet | 102 |
| Samfunnets omsorgssvikt | 105 |
| Utfordringer vi står overfor | 108 |

| | |
|--------------------------------------|-----|
| Utdanning og faglig veiledning | 109 |
| Oppsummering | 110 |

Del II

| | |
|--|-----|
| HVORDAN KAN VI FORSTÅ OMSORGSSVIKT? | 115 |
|--|-----|

Kapittel 3

| | |
|---|-----|
| Et helhetlig teoretisk grunnlag og arbeidsmodell | 116 |
| Å hjelpe forutsetter forståelse | 116 |
| Et helhetlig teoretisk forståelsesgrunnlag | 118 |
| HDT-modellen | 120 |
| En helhetlig modell for analyse av risiko og omsorgssvikt | 136 |
| Oppsummering | 148 |

Kapittel 4

| | |
|--|-----|
| Barn som er utsatt for risiko og omsorgssvikt | 149 |
| 1 Barnets egenskaper | 150 |
| 2 Barnets mestrings- og overlevelsesstrategier | 155 |
| 3 Barnets tilknytning | 164 |
| 4 Barns tap, traumer og posttraumatisk stresslidelse | 186 |
| Oppsummering | 204 |

Kapittel 5

| | |
|--|-----|
| Foreldrefunksjoner og foreldrenes reflekterende fungering | 206 |
| Foreldrefunksjoner | 207 |
| Viktige personlighetsdimensjoner | 221 |
| Foreldrenes mentaliseringsevne / reflekterende fungering | 222 |
| Oppsummering | 225 |

Kapittel 6

| | |
|--|-----|
| Foreldre som utsetter barna sine for risiko- og omsorgssviktsituasjoner | 228 |
| Belastningsfaktorer i foreldrenes oppvekst – foreldrenes tilknytningserfaring .. | 229 |
| Trekk ved foreldrenes personlighet og adferd | 234 |
| Foreldrenes forhold til omsorgssviktsituasjonen og til hjelpeapparatet | 262 |
| Oppsummering | 263 |

Kapittel 7

| | |
|--|-----|
| Samspill mellom foreldre og barn | 265 |
| Undersøkelse av samspillet – Care Index (CI) | 269 |
| «Godt nok» samspill | 271 |

| | |
|---|-----|
| Risikosamspill | 273 |
| Omsorgssviktsamspill | 274 |
| Problem- og fasekollisjon | 276 |
| Oppsummering | 277 |
| Kapittel 8 | |
| Krisers rolle i risiko- og omsorgssviktsituasjoner | 279 |
| Sorg og kriseforløp | 279 |
| Tap av nettverk | 284 |
| Livsfaser og rollekriser | 286 |
| Kriser i tilknytning til svangerskap og fødsel | 286 |
| Hjelpeapparatet som kriseutløsende faktor | 289 |
| Oppsummering | 290 |
| Kapittel 9 | |
| Samliv og samlivsbrudds rolle i risiko- og omsorgssviktsituasjoner | 291 |
| Faser i samlivet | 292 |
| Samlivsdynamikk og rollemønstre i familier der barnet blir utsatt for omsorgssvikt | 294 |
| Noen samlivsmønstre i omsorgssviktsituasjoner | 297 |
| Samlivsbrudd – tidligere ubearbeidede eller aktuelle | 301 |
| Oppsummering | 303 |
| Kapittel 10 | |
| Nettverkets rolle i risiko- og omsorgssviktsituasjoner | 304 |
| Nettverksmønstre i familier med omsorgssvikt | 307 |
| Oppsummering | 313 |
| Kapittel 11 | |
| Sosiale og økonomiske faktorerens rolle i risiko- og omsorgssviktsituasjoner | 314 |
| Sosioøkonomiske faktorer | 315 |
| Medievold | 316 |
| Fattigdom | 317 |
| Stress | 320 |
| Oppsummering | 324 |
| Avslutning | 325 |
| Vedlegg | 327 |
| Referanser | 333 |
| Stikkordregister | 380 |

Forord

Når det har vært mulig for meg å gjennomføre enda en revisjon, den sjettede, nesten 30 år etter boken første gang kom, så skyldes det ikke minst mitt nære samarbeid med erfarne praktikere ved veiledning, konsultasjon, undervisning, sakkyndig i fylkesnemnd, rettsapparat, og oppfølging av forskning, fagfelleevaluering av forskningsartikler både nasjonalt og internasjonalt, og som opponent for doktorgradskandidater.

Det er spennende å være med så lenge og oppleve både fremskrittene og tilbakeslagene – og stadig oppleve at det er mange barn og foreldre som får god nok hjelp. Dessverre er det også mange som ikke får det til tross for at kunnskapen finnes tilgjengelig. Det er fortsatt stor avstand mellom den kunnskap som er tilgjengelig, og den som benyttes i praksis. Et spørsmål jeg stadig stiller, er hvorfor bruker vi ikke den kunnskapen vi har? Stor aktivitet på forskning på omsorgssvikt, overgrep, hjernen, traumer og stress bidrar stadig til større forståelse.

Utviklingen av kunnskap de senere årene har vært omfattende, både når det gjelder nasjonal forskning så vel som internasjonal forskning. Jeg arbeider fortsatt med metodeutvikling i praksis. Det har dessuten blitt større åpenhet i samfunnet. Barn og foreldre formidler sine erfaringer.

Mitt arbeid med dette spesielle fokus ble innledet ved barneavdelingen ved Ullevål sykehus i 1978, der min oppgave var å utvikle metoder i arbeidet med «vanskjøttede og mishandlede» barn. Dette arbeidet ble viktig for min faglige utvikling. Jeg ble klar over at jeg også i min tidligere praksis hadde arbeidet med omsorgssvikt innenfor barne-, ungdoms- og voksenpsykiatri så vel som i barnevern og familierådgivning – jeg hadde bare ikke forstått at det blant annet var omsorgssvikt det hadde handlet om. I retrospekt er jeg som mange andre rystet over alt jeg ikke har vært i stand til å se.

Hvis vi skal gi barnets beste-begrepet et innhold, krever det kunnskap. Denne kunnskapen er like relevant for alle yrkesgrupper som møter foreldre og barn. Mye av denne kunnskapen finnes i denne boken.

Vi vet i dag at risiko og omsorgssvikt handler om et samspill mellom samfunn og kulturelle forhold, stressfaktorer, nettverksforhold, samlivsforhold samt personlighetsfaktorer hos både foreldre og barn.

Den helhetlige modellen som formidles i denne boken, har i løpet av de årene som er gått, stadig blitt ytterligere bekreftet, nyansert og videreutviklet av forskere og praktikere. Det er for tiden stor aktivitet når det gjelder å integrere omsorgssvikt og overgrep, tilknytningsteori samt hjerne- og traumeforskning. Både forskning og klinisk arbeid gjenspeiler dette. Dette vil også gjenspeiles i denne sjettede utgaven av boken.

Denne kunnskapen må innlemmes i vår forståelse hvis vi skal kunne arbeide for barnets beste. Etter oppdrag som sakkyndig i fylkesnemnd, tingrett og lagmannsrett de senere årene, har jeg gjort noen erfaringer som er viktig å begrepsfeste og ta i betraktning for å være i stand til å bidra til et arbeid som sikrer barnets beste. Feilvurderinger ved barnevernskontorer kan følge via sakkyndig til sakkyndig kommisjon og fortsette oppover i systemet til tingretten, lagmannsretten og frem til menneskerettighetsdomstolen. Innen disse prosessene er over, og feilvurderingene muligens er rettet opp, har jeg erfart hvordan barnet og familien har blitt påført skader som med stor sannsynlighet varer livet ut. Utredninger og rapporter har styrket min oppfatning av nødvendigheten av å styrke forståelsesgrunnlaget for arbeid med foreldre og barn som strever med livene sine. Det gjelder ikke minst NOU 2017:12 *Svikt og svik*. Uten grundig forståelse er det ikke mulig hverken å drive forebyggende arbeid eller å gripe inn i alvorlige situasjoner. Heller ikke tar vi vare på rettssikkerheten.

Som kjent har det de senere årene blitt reist en rekke barnevernsaker for Den europeiske menneskerettighetsdomstolen i Strasbourg (EMD). Sakene har vært for dårlig undersøkt og utredet. Dette har motivert meg ytterligere til å bidra til et mer solid faglig-etisk grunnlag for samtlige profesjoner som møter foreldre og barn i vanskelige livssituasjoner.

Det er min erfaring fra gjennomgang av et stort antall saker at tiltak som betegnes som forebyggende, ofte ikke er gode nok til å få en forebyggende funksjon. Dette fordrer en mer grundig gjennomgang av undersøkelsesprosesser i barnevernet, samt evnen til å samarbeide tverrfaglig.

Tverrfaglig samarbeid og undersøkelse er avhengig av hverandre. Vi får ikke bedre undersøkelser enn vi har tverrfaglig samarbeid. Bedre tverrfaglig samarbeid vil gi

bedre undersøkelser. Vi går glipp av mye info som kunne ha beriket vår forståelse. NOU 2017: 12 *Svikt og svik* peker også på at svikt i samarbeidet mellom tjenestene fører til at viktig informasjon går tapt.

Vi vet dessuten nå mer om konsekvensene av ulike former for omsorgssvikt. Kanskje kan mer kunnskap om konsekvensene, både for barnet selv, for familiene, for samfunnet og for neste generasjon, føre til at vi investerer mer i å se, lytte til og forstå barnet og hjelpe både barnet og foreldrene. Dette har nødvendiggjort en revisjon av boken.

For at boken ikke skal bli for stor, har jeg valgt å skille ut noe av innholdet til en egen bok. Denne boken vil fortsatt handle om forståelsesgrunnlaget. Del III og IV fra 5. utgave av *Sveket I* er trukket ut og utvidet til boken *Undersøkelser til utsatte barns beste – Tverrfaglig kompetanse og samarbeid* (Killén, 2021). Den handler om undersøkelsesmetoder. Det gjelder observasjonsmetoder og intervjuer som kan brukes ved helsestasjonen, i barnehagen, ved PPT, BUP, familievernkontorer, krisesentre, foreldre-barn-institusjoner og i barnevernet. Det omfatter flere forskningsmetoder som er modifisert for klinisk praksis. Det tverrfaglige samarbeidet bidrar til et felles forståelsesgrunnlag.

Når det har vært mulig for meg å gjennomføre denne revisjonen, skyldes det mange samarbeidspartnere. Nært samarbeid med familier i rollen som sakkyndig de siste årene har vist meg nødvendigheten av at vi stadig bestreber oss på å videreutvikle vår forståelse i takt med ny forskning. Mitt nære samarbeid med undervisningsinstitusjoner og konsultasjon til tverrfaglige grupper av praktikere i Norge og Norden bidrar stadig til min videre faglig-etiske utvikling. Det gjelder ikke minst CRUX foreldre og barn (Solstrand) i Haugesund og den tverrfaglige etterutdanningen for «Småbørns-konsulenter» ved Psykologselskabet Tofemosegaard i Danmark og på Grønland.

Uten min redaktør Anneli Niemis kompetanse, utholdenhet og samarbeidsevne ville det ikke vært mulig å gjennomføre denne revisjonen. Det ville det heller ikke blitt uten min mann Tore Nyseters solide sosialfaglige bakgrunn, engasjement og støtte.

En hjertelig takk til dere alle.

Oslo, mars 2021
Kari Killén

Innledning

Staten skal beskytte barnet mot fysisk eller psykisk mishandling, forsømmelse eller utnyttelse fra foreldre og andre omsorgspersoner.

FNs konvensjon om barns rettigheter (artikkel 19)

«Mer kunnskap – bedre barnevern» lover Barne- og familiedepartementet i sin Kompetansestrategi for det kommunale barnevernet 2018–2024. Dette er et løfte som denne boken følger opp. Sosial- og helsearbeidere så vel som pedagogisk personale står daglig overfor familier der det forekommer risiko og omsorgssvikt. Det gjelder barnehagelærere, barnevernsarbeidere, fysioterapeuter, helsesykepleiere, jordmødre, leger, lærere, miljøarbeidere, psykologer, SFO-personell, sosionomer, sykepleiere og tannleger. Det dreier seg om barn som blir utsatt for ulike grader av vanskjøtsel og psykiske, fysiske og/eller seksuelle overgrep og vold. Det gjelder foresatte som har store personlighetsproblemer, samlivsproblemer og sosiale problemer, blant annet fordi de selv som barn var utsatt for lignende svik eller overgrep. Det dreier seg om barn som har opplevd krig og andre former for samfunnsvold. Det dreier seg om barn og foreldre som vet lite om hva varme, trygghet og anerkjennelse er – om foreldre som ikke kan gi videre noe som de selv ikke har fått, og barn som står i fare for å lide nederlag som omsorgspersoner for neste generasjon. Det dreier seg også om barn som har fått god nok omsorg tidlig i sitt liv, men der foreldre opplever kriser som belaster deres forhold til barna. Det kan være kriser utløst av samlivsbrudd eller av samfunns-kapte forhold som arbeidsløshet og fattigdom.

Disse barna bruker mange av sine ressurser for å overleve best mulig med daglig kaos og utrygghet og voksnes likegyldighet, avvisning, invadering, voldelig adferd og eventuelt utnyttning. De voksne er for belastet med sine egne konflikter, kriser og udekkede behov til å lykkes i å være så gode foreldre som de gjerne vil være.

De profesjonelle som møter barn og foreldre, har enten ikke integrert den kunnskapen de trenger for å se barn og foreldre godt nok, og/eller så arbeider de innenfor systemer som gir begrensede muligheter for å se barn, familier og nettverk som lider – og ikke minst de samfunnsforhold som påvirker barns og familiers liv – og samfunnet lukker øynene, godt hjulpet av samfunnets tabuer.

Erkjennelsesprosessen blant fagfolk og i samfunnet for øvrig er bare så vidt begynt når det gjelder å se disse barnas og foreldrenes livssituasjon og lidelse – og omfanget av den.

Betegnelsen omsorgssvikt anvendes her på svært omfattende måter. Med omsorgssvikt forstår vi at foreldre, eller de som har omsorgen for barnet, utsetter det for psykiske og/eller fysiske overgrep eller vanskjøtter det så alvorlig at barnets fysiske og/eller psykiske helse og utvikling er i fare (Kempe, 1979), eller de utsetter barnet for seksuelle overgrep og vold. Betegnelsen brukes også om barn som er i fare på grunn av samlivsvold, ubearbejdede samlivsbrudd eller foreldrenes tilstand, som ved rusmiddelbruk, alvorlige psykiske lidelser eller utviklingshemning.

Det handler egentlig om en dimensjon fra en risikosituasjon til alvorlig omsorgssvikt med overgrep og vold. Det som i utgangspunktet kan se ut til å være en risikosituasjon, kan ved nærmere undersøkelse vise seg å være alvorlig omsorgssvikt. Det kan også være omvendt.

Betegnelsene risikosituasjoner og omsorgssvikt brukes litt om hverandre, avhengig av hvor alvorlig situasjonen er.

Omfanget av omsorgssvikt og overgrep

Vi støter på en rekke problemer når vi skal forsøke å skaffe oss oversikt over omfanget og kvaliteten av omsorgssvikt og overgrep. Dette er vanskelig av flere grunner. Omsorgssvikt kan tildekkes av både foreldre og barn. Foreldrene erkjenner sjelden, hverken overfor seg selv eller andre, at de utsetter barna sine for vanskjøtsel eller overgrep. Barnas taushet sikres ved trusler og bestikkelser. Barna på sin side forsøker ofte å tildekke både overfor omverdenen og seg selv hvor dårlig de har det. De er dessuten svært lojale overfor nettopp de foreldrene som svikter dem. De opplever ansvar for foreldrene og føler ofte skyld for den omsorgssvikten de selv blir utsatt for. Signalene

de sender, er imidlertid ofte motstridende idet de viser behov for hjelp, samtidig som de forsøker å tildekke dette behovet. Den tildekkingen vi har sett hos både foreldre og barn i fysiske og psykiske overgrepssituasjoner gjennom mange år, kommer enda sterkere til syne når det gjelder seksuelle overgrep. Barnet blir også utsatt for ulike former for risiko og omsorgssvikt i nettverket, i slekten, i barnehagen, på skolen og i idrettsmiljøer uten at foreldrene har kjennskap til det. Det ties ofte også i hjel. Det gjør også fattigdom, som er et økende problem for mange barnefamilier (Thorød, 2008; Aamodt, 2008; Sandbæk, 2018; Kristofersen, 2019).

Det er ikke bare foreldre og barn som tildekker omsorgssvikt og overgrep. Det gjør også vi som profesjonelle og de systemene vi arbeider innenfor. Vi lukker øynene og spør ikke – *feige hjelpere og glemte barn*, som Frid Hansen (2008) uttrykker det. Eller vi overreagerer og griper inn uten å ha undersøkt barnets omsorgssituasjon godt nok (se kapittel 2 «Vårt forhold til omsorgssvikt»).

Omsorgssviktens ulike former og dens innvirkning på barnet og dets senere helse, funksjon og omsorgsevne er dessuten relativt nylig blitt kjent. Det tar nødvendigvis tid før erkjennelsen av så belastede forhold blir utviklet, og før pålitelige data om dets omfang og konsekvens blir tilgjengelige. Dette er undervisnings- og forskningsinstitusjonenes ansvar, og jeg vil også mene de relevante profesjonsorganisasjoners ansvar.

I Norge har vi ingen landsomfattende undersøkelse av ulike former for omsorgssvikt. Det foreligger imidlertid en nasjonal forekomststudie av både psykisk¹, fysisk og seksuell vold i et livsløpsperspektiv (Thoresen & Hjemdal, 2014; FHI, 2018), og en forekomststudie av seksuelle overgrep i et representativt befolkningsutvalg (Steine et al., 2012). Steine og kolleger stiller også spørsmål om hvorfor det tar så lang tid å fortelle om seksuelle overgrep (Steine et al., 2016, 2017). Flere har dessuten undersøkt barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk og dokumentert omfang og konsekvenser (Torvik & Rognmo, 2014; Grøholt et al., 2018). Familier som har rusproblemer og psykiske problemer, er særlig utsatt. Svak økonomi kan også være en risiko (Kristofersen & Sverdrup, 2013). Personer fra enkelte minoritetsmiljøer og personer med funksjonsnedsettelse kan også være særlig utsatt (NOU 2016: 17 *På lik linje*).

1 Begrepet «psykologisk» overgrep anvendes av flere fagmiljøer. Psykologisk og psykisk vold defineres på samme måte.

Det finnes også norske undersøkelser om omsorgssvikt av ulike populasjoner i noen geografiske områder. Før vi ser nærmere på de senere undersøkelsene, er det interessant å se på noen tidligere undersøkelser fra 1980–1990. De viser noe om vår manglende kunnskap og evne til å se og mot til å erkjenne hvor omfattende omsorgssvikt er, og at vi som samfunn fortsatt strever med å erkjenne det som et alvorlig helse- og velferdsproblem.

Utvalget som utredet barnemishandling og omsorgssvikt tidlig på 1980-tallet (NOU 1982: 26), foretok en undersøkelse blant sosial- og helsepersonell i fem fylker: Østfold, Oslo, Rogaland, Nord-Trøndelag og Troms. De fant en insidens på 490 tilfeller (0–15 år) pr. million innbyggere (det vil si 0,49 ‰) i de fem fylkene med en variasjon fra 139 tilfeller (Rogaland) til 928 tilfeller (Oslo). Utvalget peker selv på sannsynligheten for en underregistrering av spedbarn og små barn i sin undersøkelse.

Ulstein, Fangel og Marhaug (1982) undersøkte barnemishandling og vanskjøtsel i Nordland fylke i 1979, og fant en insidens på henholdsvis 0,033 og 0,333 ‰.

Borge sosialkontor, som i dag er en del av Fredrikstad kommune, foretok en kartlegging i 1980. Det ble funnet en forekomst på 3,0 ‰ av omsorgssvikt og ytterligere 3,6 ‰ der det var grunn til alvorlig bekymring.

Utvalget pekte på at «dersom vi antar at Borge med sine 10 000 innbyggere er representativ for landet som helhet, får vi en forekomst på 3,0 ‰ med alvorlig omsorgssvikt og ytterligere 3,6 ‰ hvor det er grunnlag for alvorlig bekymring for barnet. Dette skulle tilsi at det i 1980 var 12 000 barn som levde under alvorlig sviktende omsorg (NOU 1982: 26). Dessuten at det var grunn til bekymring for ytterligere 14 000 barn». Utvalget peker på at det ikke er usannsynlig at det for hvert barn som ble registrert på grunn av omsorgssvikt, fantes ni barn i like alvorlig fare som ikke ble registrert. Her kan vi observere en økende erkjennelse.

Borge kommune foretok også en undersøkelse av omfanget av omsorgssvikt i 1986. Hvis vi på det tidspunktet fortsatt skulle anta at Borge kommune var representativ for landet som helhet, peker denne undersøkelsens tall i retning av at vel 45 000 barn levde under omsorgssvikt eller i risikozonen her i landet på midten av 1980-tallet, det vil si 4,6 ‰ av barnebefolkningen. Vi kan selvfølgelig ikke uten videre anta at tallene fra Borge var representative for norske kommuner. Faren for feilkilder er stor, men sannsynligvis er større for underrapportering enn for overrapportering. Problemene

var imidlertid utvilsomt påtrengende. Uansett det faktiske omfanget står vi overfor en stor faglig utfordring med hensyn til problemenes intensitet og kompleksitet. Det er sannsynligvis her vi finner den største belastningen. Uansett viste tallene at det ikke var grunn til å bagatellisere problemene.

Den første norske undersøkelsen på seksuelle overgrep ble gjennomført midt i 1980-årene. Sætre, Holter og Jepsens (1986) spørreskjemaundersøkelse viste at 19 % av kvinnene i deres norske materiale hadde vært utsatt for seksuelle overgrep før 18-årsalderen, mens andelen mannlige utsatte var 14 %. Denne undersøkelsen omfattet også seksuelle overgrep utenfor familien, både engangsovergrep og seksuelle overgrepsforhold av lengre varighet. Den baserte seg på en bred definisjon av seksuelle overgrep, fra forslag og krav om seksuelle handlinger til forskjellige former for samleie. Normann (1993) trakk disse tallene i tvil og mente at 3–5 % var mer sannsynlig.

Finkelhor (1994a), erfarende og ledende forsker, sammenlignet forekomsten i 20 land, hvorav 14 europeiske. Han fant tall som varierte fra minst 7 % til opptil 36 % kvinner og fra minst 3 % til opptil 29 % menn. Gorey og Leslie (1997) fant henholdsvis 16,8 % og 7,9 %. Når de ekskluderte de overgrepene som ikke inkluderte fysisk berøring, fant de 14,5 % og 7,2 %. Med utgangspunkt i disse forskernes arbeid konkluderte Sætre (1997) at 10–20 % kvinner og 5–10 % menn hadde vært utsatt for seksuelle overgrep før de fylte 18 år.

Det kan være interessant å se disse tallene i relasjon til tallene i barnevernsstatistikken. De viste at tallet på klienter som mottok tiltak etter lov om barnevern hadde steget fra vel 9 200 i 1981 til 13 200 i 1985, men barnevernsstatistikken baserer seg på statistikkskjema fra barnevernskontorene. Disse er igjen avhengig av at omsorgssvikt og overgrep blir sett, meldt, undersøkt og vurdert. Tallene sier derfor ikke nødvendigvis så mye om omfanget av omsorgssvikt.

Tallene i barnevernsstatistikken har fortsatt å øke. Kristofersen og Slettebøs undersøkelse (1992) viste en stigning i tallet på barn under tiltak. Ca. 14 000 barn var under barnevernstiltak ved utgangen av 1990. I løpet av det året hadde tallet økt med nær 4000 barn. De peker på at dette sannsynligvis var et minimumstall. De fant at andelen barn under hjelpetiltak fra barnevernet var avhengig av hvor i landet barna bodde. Andelen er høyest i Oslo og Østfold og lavest på Vestlandet. Trondheim og Oslo var de byene som hadde de høyeste andelen barn under hjelpetiltak ved utgangen av 1990.

Oslo hadde nær tre ganger høyere andel barn under omsorgstiltak enn Akershus. Den laveste andelen barnevernstiltak fant de i små, spredtbygde kommuner. De fant mer enn en fordobling av andelen barn og unge under omsorgstiltak når de beveget seg fra de minst tettbygde kommunene til de mest tettbygde. Samtidig som det ble påvist en økning, er det likevel sannsynlig at tallet på barn som er utsatt for omsorgssvikt, var enda høyere. Kristofersen og Slettebø (1992) stilte spørsmål ved om det ikke er unnfalighet som gjør seg gjeldende i «de lave talls kommuner».

Utviklingen på 1990-tallet viser en relativt stor økning i antall forebyggende tiltak. Mens antallet forebyggende tiltak var 11 236 i 1990, hadde dette steget til over 27 000 i 2001 – mer enn en fordobling. Bruken av omsorgstiltak var ganske stabil med rundt 8 000 plasseringer av barn utenfor hjemmet i året (Clausen, 2000).

Det er viktig å merke seg at de fleste av de ovennevnte undersøkelsene ble gjennomført før vi var blitt klar over at seksuelle overgrep overfor barn også er en utbredt form for omsorgssvikt. Med den økte bevisstheten om seksuelle overgrep som har utviklet seg fra 1990-årene og frem til i dag, finner vi langt høyere tall enn tidligere. Når det gjelder seksuelle overgrep, anvendes det imidlertid ulike definisjoner, og de konklusjonene som trekkes når det gjelder omfang, er derfor ulike. Traumatiske opplevelser som barn blir utsatt for, kan dessuten skyves ut av bevisstheten.

Forskningsrapporter fra årtusenskiftet av viser oss at psykiske, fysiske og seksuelle overgrep er langt mer utbredt enn tidligere undersøkelser viser.

Flere menn (33 %) enn kvinner (27,4 %) har opplevd mindre alvorlig fysisk vold, som lugging, klyping eller blitt slått med flat hånd. Like mange menn (5,1 %) som kvinner (4,9 %) hadde opplevd alvorlig fysisk vold fra foresatte i barndommen, som å bli slått med knyttneve, sparket og banket opp (FHI, 2018). Noen flere jenter (15,4 %) enn gutter (11,2 %) hadde opplevd psykisk vold fra foresatte i barndommen. Like mange gutter (10,0 %) som jenter (9,9 %) hadde opplevd fysisk vold mellom foreldre i barndommen. En omfangsstudie dokumenterte at barn med innvandrerbakgrunn blir utsatt for vold og opplever vold i hjemmet oftere enn de med foreldre fra Norden (Mossige & Stefansen, 2007).

I forekomststudien referert til ovenfor rapporterte 24,3 % av kvinnene og 12 % av mennene å ha opplevd seksuelt krenkende adferd før fylte 16 år. For seksuelt krenkende

handlinger var forekomsten 18,3 % for kvinner og 3,2 % for menn. 11 % av kvinnene og 0,9 % av mennene rapporterte å ha opplevd uønsket seksuell omgang før fylte 16 år (Steine et al., 2012). I en norsk intervjuundersøkelse av 16–17-åringer fant man erfaringer med vold fra foresatte hos én av ti av ungdommene. Forekomsten av grov vold var 1,7 %, og flertallet av dem som hadde opplevd dette, hadde opplevd det flere ganger (Myhre et al. 2015b; NKVTS, u.å.). Undersøkelsen inkluderte også omsorgssvikt, vanskjøtsel og psykisk vold fra foresatte. Forekomsten var henholdsvis 8,5 % og 6,6 %.

Senere spørreundersøkelser hvor 18–19-åringer (Mossige & Stefansen, 2017) og 12–16-åringer (Hafstad & Augusti, 2019; FHI, 2020) er blitt spurt, og hvor det skjelnes mellom mindre alvorlig vold og alvorlig vold, viser at henholdsvis 21 % og 19 % har opplevd minst et tilfelle av mindre alvorlig fysisk vold fra en forelder i oppveksten. 7 % har opplevd minst ett tilfelle av alvorlig fysisk vold fra begge foreldre i oppveksten. Henholdsvis 5 % jenter og 10 % gutter har opplevd vold en eller flere ganger fra jevnaldrende eller voksne. Mossige og Stefansen (2017) fant at 6 % har opplevd alvorlig vold fra begge foreldre. Hafstad og Augusti (2019) fant at 5 % jenter og 4 % gutter har opplevd alvorlig fysisk vold.

Flere jenter enn gutter rapporterer å ha vært utsatt for psykisk vold i barndommen (Hafstad & Augusti, 2019). I aldersgruppen 12–16 år rapporterer 1 av 5 at de har vært utsatt for psykisk vold fra omsorgsgiver. 1 av 20 unge (4 %) har opplevd alvorlig vold mot mor, mens 1 av 50 (2 %) har opplevd alvorlig vold mot far (Mossige & Stefansen, 2017; Hafstad & Augusti, 2019).

En interessant studie i denne sammenhengen er Reigstad, Jørgensen og Wichstrøms (2004) undersøkelse av barn og unge som var blitt henvist til ni BUP-klinikker i Nordland i tidsperioden 1992–2001. Av disse svarte 60,2 % at de hadde opplevd fysisk vold, seksuelle overgrep eller vanskjøtsel, men at dette ikke var kommet frem i den diagnosen som var satt. Ormhaug og kolleger dokumenterer åtte år senere at ADHD-diagnosen ble anvendt uten at eventuelle tidligere traumer var blitt utforsket (Ormhaug et al., 2012).

Vi vet også at eldre barn utsetter yngre barn for seksuelle overgrep (Ryan et al., 1996; Strange, 2002; Svedin & Banck, 2002; Kleive, 2016). Internasjonale studier viser at mer enn 30 % av alle seksuelle overgrep blir begått av barn og unge mellom 13 og 18 år. Dette er bekreftet av senere skandinaviske undersøkelser (Mossige & Stefansen, 2007, 2017; Priebe & Svedin, 2008; Kjellgren, 2019). Blant disse er også overgrep

begått av søsken. Ifølge Kripes (2017) har antallet anmeldelser av voldtekt med mindreårige gjerningspersoner økt. I 2016 var det 60 % økning i antall mindreårige som ble anmeldt for voldtekt eller seksuell omgang med barn under 14 år sammenlignet med det årlige gjennomsnittet i perioden 2012–2015. Handlinger som tidligere ble definert som seksuell omgang med barn under 14 år, anses i dag som voldtekt av barn ifølge straffeloven som trådte i kraft 1.10.2015.

Psykiske overgrep og følelsesmessig vanskjøtsel er former for omsorgssvikt som er særdeles vanskelige å kartlegge på pålitelig vis. Den stadig økende kunnskapen om dem bringer tallet på barn som er utsatt for omsorgssvikt, ytterligere opp (se kapittel 1 «Hva er omsorgssvikt og overgrep?»). Det vil sannsynligvis ta tid før de psykiske overgrepene og den følelsesmessige vanskjøtselens forskjellige uttrykksformer blir begrepsfestet, sett og tatt opp.

Barn av foreldre med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser befinner seg også klart i en risiko- og omsorgssviktsituasjon. Det gjelder både fysiske, psykiske og seksuelle overgrep, samt vanskjøtsel (Dube et al., 2001; Killén & Olofsson, 2003). 23 % av barn under 18 år (totalt ca. 250 000) har foreldre med en psykisk lidelse som kan gå ut over hvordan foreldrene fungerer i det daglige. Av disse har om lag 115 000 barn (10 %) foreldre med alvorlige psykiske lidelser og om lag 30 000 (3 %) foreldre med alkoholmisbruk. 160 000–230 000 barn i Norge befinner seg i en livssituasjon der rusmiddelproblemer preger deres liv. Dette omfatter alle grader av rusmiddelbruk. Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI) anslår at 30 000 (3 %) barn lever med foreldre med alkoholmisbruk (Torvik & Rognmo, 2014; FHI, 2018). Med den sterke benektelsen vi møter hos både rusmiddelbrukere og andre må vi regne med at dette er absolutte minimumstall. Clausen og Kristofersen (1994) konkluderte imidlertid med at ca. 40 000 barn og unge er barn av storkonsumenter. Økning i rusmiddelbruk hos kvinner vil dessuten sannsynligvis føre til at et økende antall barn blir utsatt for omsorgssvikt. Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) gjorde en lignende studie i 2008, der de anslår at mellom 50 000 og 150 000 barn har foreldre som misbruker alkohol. Folkehelseinstituttet anslår i ovennevnte rapport fra 2011 at ca. 90 000 barn under 18 år har en forelder som har misbrukt alkohol det siste året (Torvik & Rognmo, 2014).

Norske rapporter anslår at antall barn med foreldre med psykiske lidelser i Norge er 410 000, det vil si 37,3 % av alle barn under 18 år. Av disse antas det at 260 000 barn eller 23,1 % har foreldre med moderate eller alvorlige psykiske lidelser (Torvik &

Rognmo, 2014; FHI, 2018). Dette inkluderte både mild depresjon og angst så vel som alvorlige mentale helseproblemer som psykoser. Når en ekskluderte de mindre mentale helseproblemene, levde 260 000 barn hos foreldre med en psykisk lidelse (23 %) som kan gå utover hvordan foreldrene fungerer i det daglige. Av disse har om lag 115 000 barn (10.6 %) foreldre med alvorlige psykiske lidelser (Torvik & Rognmo, 2014; FHI, 2018). Om disse barna befinner seg i en risiko- eller omsorgssviktsituasjon, kan være avhengig av den andre forelderens og nettverkets ivaretagelse av barnet.

Barn som lever med foreldre i voldelige samlivsforhold (Tajima, 2002; Holt, Buckley & Whelan, 2008; Isdal, 2018), utsettes for psykiske overgrep. De lever med angsten for tap av forelder. De kan også være utsatt for fysiske overgrep. Det er vanskelig å vurdere hvor mange barn det er som lever med foreldres samlivsvold. Den nasjonale forekomststudien av vold i et livsløpsperspektiv som det ble vist til (Thoresen & Hjemdal, 2014), var en retrospektiv studie. 15 000 barn overnatter hvert år i norske krisesentre (Norsk krisesenterforbund, 2009). Det sier neppe så mye om omfanget, men at det dreier seg om et smertefullt og omfattende problem, er det ingen tvil om (Øverlien, 2012; Isdal, 2018).

I løpet av 2001 mottok i alt 33 300 barn tiltak fra barnevernet. Dette var 1400 flere enn i 2000 og en økning på 4,4 %. Ved utgangen av 2000 var det gjennomsnittlig 22 barn pr. 1000 barn under 18 år som mottok barnevernstiltak (SSB, 2001c). Det var store forskjeller mellom fylkene. Telemark og Østfold lå på topp med 27 klienter pr. 1000 barn. Deretter kom Nordland med 26, og Oslo, Rogaland og Finnmark hadde alle 24 klienter pr. 1000 barn. Lavest lå Akershus med 17, og Sogn og Fjordane og Oppland med 18 klienter pr. 1000 barn. I løpet av 2018 mottok 55 623 barn og unge i alderen 0–22 år tiltak fra barnevernet (Bufdir, 2019a). Det var store forskjeller mellom fylkene. For hjelpetiltak i hjemmet finner vi de høyeste andelene av barn i tidligere Østfold med 21,3 barn pr. 1 000 i alderen 0–22 år ved utgangen av 2018. Akershus (nå Viken) hadde den laveste andelen av barn, med 13,7 barn pr. 1 000.

Ved utgangen av 2000 hadde barnevernet omsorg for flere enn 5100 barn. Langt de fleste var plassert i fosterhjem. 10 036 barn og unge var under barnevernets omsorg i 2018.

Lov om barneverntjenester gir muligheter for å plassere barn utenfor hjemmet uten at fylkesnemnda fatter vedtak om å overta omsorgen for barnet. Det er derfor flere barn som er plassert utenfor hjemmet enn tallet på barn under omsorg viser. Plasseringen

utenfor hjemmet kalles da et hjelpetiltak. Trenden har vært at barnevernet bruker hjelpetiltak i stedet for å overta omsorgen for barnet. Fra 1993 økte tallet på barn som var plassert i fosterhjem som hjelpetiltak fra vel 500 til 2200 barn i 2000. Barneverntjenesten kan også hjelpe slik at ungdom får anledning til å bo utenfor hjemmet. Slike frivillige hjelpetiltak benyttes i liten grad ved utgangen av 2018, og gis i hovedsak som økonomisk hjelp til egen bolig eller hybel (867 tiltak) (Bufdir, 2019c).

Det var en tilsvarende økning av barn plassert i barne- og ungdomshjem som hjelpetiltak, fra 260 i 1993 til vel 1050 i 2001 (SSB, 2001a).

Antall spedbarn og småbarn i barnevernet økte med 22 % fra 1995 til 2008. Økningen har vært størst for spedbarn med nær en fordobling (Clausen & Valset, 2012). Mellom 2016 og 2019 ble 143 spedbarn fratatt foreldrene og akutt plassert av barnevernet rett etter fødsel (Skogstrøm, 2019). Manglende omsorgsevne er den mest utbredte grunnen. I tillegg er rusmiddelbruk og psykiske lidelser hyppig anvendt som begrunnelse.

Det er sannsynlig at økt erkjennelse av alvorret av følelsesmessig vanskjøtsel for barns utvikling har bidratt til denne økningen. Vi kan heller ikke se bort fra at det kan være en reell økning.

Den økningen vi har sett i avdekkingen av omsorgssvikt, har sannsynligvis sammenheng med økte ressurser i form av både økte kunnskaper og økt kompetanse. Tallet på barnevernspedagoger og sosionomer har økt hvert år siden 1995. Fra 1995 og frem til 2001 økte antallet med 324 årsverk (SSB, 2001a). I 2019 var antall barnevernspedagoger og sosionomer økt til 85 000, og 4 av 5 i det kommunale barnevernet hadde høyere utdanning. De fleste er utdannet barnevernspedagog eller sosionom (SSB, 2020b). Dette har gjort det mulig både å oppdage flere familier i omsorgssviktsituasjoner og å engasjere seg i dem i større utstrekning. Men det er sannsynlig at det også dreier seg om en reell økning som følger i kjølvannet av de store samfunnsendringene som har funnet sted siden årtusenskiftet. Endringer i næringsgrunnlaget og arbeidsmarkedet og større krav til utdanning har ført til økt mobilitet, større botetthet og høyere arbeidsløshet.

I alt 42 600 barn og unge tok imot tiltak fra barnevernet i 2007. Det er 2200 flere enn året før, det vil si en økning på 5,4 prosent. De aller fleste av disse, 34 900, fikk bare hjelpetiltak, som for eksempel besøkshjem, økonomisk hjelp, barnehage eller SFO. Ved utgangen av 2007 var det registrert 32 700 barn med barnevernstiltak, som er en

økning på 6,2 prosent (SSB, 2009). Men det er fortsatt to skritt frem og ett tilbake. Barn og unge fra minoritetsfamilier er overrepresentert når det gjelder tiltak som er iverksatt fra barneverntjenesten på bakgrunn av vold i hjemmet. Ved utgangen av 2016 hadde 25 % av barna med barnevernstiltak innvandrerbakgrunn (Bufdir, 2019b).

I løpet av 2012 hadde antall barnevernstiltak økt til over 53 000 mellom 0 og 17 år. Antall barn og unge med barnevernstiltak er tilnærmet fordoblet i løpet av de siste to tiårene, med den største økningen i løpet av det siste tiåret. Samtidig har andelen med omsorgstiltak gått ned med rundt en tredel. Ekspansjonen vises også i antall årsverk i barnevernet, som var knapt 2 300 i 1994, knapt 2 900 i 2003, nesten 4 400 i 2012, og 6153 i 2018 (SSB, 2020).

Det har vært en periode med kraftig ekspansjon, og med økende vekt på at hjelpetiltaket skal være hovedtiltaket (Backe-Hansen et al., 2014).

Det har vært stilt spørsmål om denne økningen i forebyggende tiltak og reduksjon i omsorgstiltak kan karakteriseres som et skifte fra fokus på mishandling og omsorgssvikt til det som kalles «risikobarnevernet», der balansen også er blitt forskjøvet fra tvang til frivillighet som den dominerende samhandlingsformen (Marthinsen et al., 2013). Jeg stiller spørsmålet om det er de profesjonelle og systemene som igjen lukker øynene for alvoret i de ulike overgrepformene, og baserer sitt arbeid mer på håp og tro og mindre på solid faglig analyse (se kapittel 2 «Vårt forhold til omsorgssvikt»). I 2008 var det 37 200 bekymringsmeldinger. I 2019 var dette tallet økt til 58 600. Antall ansatte var økt fra 3600 i 2008 til 6900 i 2019. Antall årsverk har økt, men et ubesvart spørsmål er om kompetansen har økt. På tross av betydelig økning av antall ansatte har likevel utfordringene og debatten om barnevernet økt. Det gir grunn til ettertanke og det reiser også spørsmål om det blant ansatte er tilstrekkelig og relevant kompetanse til å behandle de meget kompliserte og sammensatte sakene av mellommenneskelige, sosial og kulturelle karakter.

Det er avgjørende at ansatte i et så komplisert arbeidsområde har relevant og forskningsbasert tverrfaglig kompetanse.

Paradoksalt nok går større botetthet hånd i hånd med mangel på både kontakt, uformell sosial støtte og sosial kontroll når det gjelder barn så vel som voksne. Folk har det travelt, og det er få voksne mennesker hjemme om dagen. Familielivet og familiestrukturen er i endring, og det er svære variasjoner. Foreldreskapet er også i endring

(Dencik, Schultz Jørgensen & Sommer, 2008a). Disse endringene stiller store krav til barna om å tilpasse seg, krav som de får lite hjelp fra voksenverdenen til å mestre. Normer har endret seg på mange områder, ikke minst når det gjelder alkohol og andre rusmidler og seksuell adferd. Garbarino (1995) begrepsfester det han kaller de *sosialt toksiske omgivelser*, det vil si sosial og kulturell forgiftning som barn blir utsatt for. Det gjelder for eksempel medieviolens og forbruksreklame. Paradoksalt nok har vi i all vår velstand utviklet et risikosamfunn (Schultz Jørgensen, 2005, 2008) som stiller store krav til både voksne og barns evne til omstilling og tilpasning.

Samfunnsplanlegging foregår som om barns behov ikke blir registrert eller tatt på alvor. Vi er mer opptatt av antall barnehageplasser enn å sikre kompetanse og tilstrekkelig antall ansatte.

Fattigdommen blant småbarnsfamilier øker og representerer en belastning for både barn og voksne. Andelen personer med lav inntekt i Norge har vokst fra 9,6 prosent i 2011 til 11,2 prosent i 2017. Andelen barn som bor i familier med lav inntekt, er på 8 prosent (SSB, 2019). Det er over 100 000 barn. Tallet er avhengig av hvilke kriterier som brukes for å definere hvor fattigdomsgrensen går. SSB bruker EUs vanligste målemetode for lav inntekt eller «fattigdom»: mindre enn 60 prosent av medianinntekten i landet (Kristofersen, 2019).

Det er neppe noen overdrivelse å anta at 20–25 % av alle barn lever i en eller annen form for risiko eller omsorgssviktsituasjon der de blir utsatt for fysiske overgrep, psykiske overgrep, fysisk og følelsesmessig vanskjøtsel og/eller seksuelle overgrep og vold. Det er dessuten overlapping mellom flere av gruppene. Rusproblemer kan være knyttet til både vold, vanskjøtsel, psykiske lidelser og seksuelle overgrep.

Økonomisk krise og arbeidsledighet vil utvilsomt bidra til å øke dette antallet. Ressursene til den enkelte familien og ressursene i familiens nettverk er avgjørende for hvorvidt de kan hankses med krisen.

Erkjennelsesprosessen – en smertefull faglig utfordring

Erkjennelsen av omsorgssvikt og barnemishandling stiller oss overfor store personlige og faglige utfordringer. Det er fortsatt et spørsmål om øynene som ser, og om hvilket ansvar vi er villige til å ta.

Det er smertefullt å stå overfor situasjoner der barn lider, og foreldrene ikke er i stand til å gi sine barn omsorg og trygghet. Det berører oss følelsesmessig. Vi har alle vært barn, og mange av oss har barn. Det kan skape sterke motsetningsfylte følelser og føre til at vi lukker øynene istedenfor å se graden og omfanget av omsorgssvikten. Positive fordommer hos oss kan bidra til det. Slik får vi det selv litt bedre, men familiene blir dårligere hjulpet. Vi svikter både barna og foreldrene ved ikke å se realitetene i øynene. På den andre siden kan våre negative fordommer føre til at vi dramatiserer det vi ser. Dermed blir vi dårlig i stand til å formidle vår bekymring på en måte som kan gi grunnlag for samarbeid og hjelp. Imidlertid er vi fremdeles inne i en erkjennelsesprosess når det gjelder omsorgssviktens karakter og konsekvenser. Denne prosessen stiller store krav til oss, både som fagfolk og som ansvarlige voksne. Det gjelder krav til holdningsendring og klargjøring og til tilegnelse av nye kunnskaper og arbeidsmetoder. I denne prosessen har vi stadig kunnet observere at det har vært to skritt frem og ett tilbake.

Selv om omsorgssvikten er åpenbar, er det både følelsesmessig og faglig en stor utfordring å formidle sine bekymringer til foreldrene. Det kan utløse sterke reaksjoner ikke bare fra foreldrene selv, men også fra deres sosiale nettverk og vårt eget profesjonelle nettverk – så vel som fra samfunnet for øvrig. Dette formidles ofte gjennom mediene hvis det er en sak med høyt profilerte personer, eller hvis overgrepet er dramatisk og kanskje ender med død. Vi nøler derfor både med å sette ord på våre bekymringer og med å dele dem med hverandre og med foreldrene.

Helsesykepleiere og jordmødre, som ser de fleste nyfødte, har bekymret seg lenge. Mange av de bekymringene de har hatt, er nå begrepsfestet og blitt tema for forskning. Helsesykepleierne spiller stadig en mer aktiv rolle i det forebyggende arbeidet (Erdal, 2000, 2007; Glavin & Erdal, 2018; Killén, 2019). Det gjør også pedagogene (Hansen, 2014b, 2018; Melvold, 2018) og barnetannlegene (Rønneberg, 2009, 2011; Strandlund, 2009; Kvist et al., 2014).

Men også her erfarer vi at det går to skritt frem og ett tilbake. Vi har helsesykepleiermangel, og det skjæres noen steder ned på antall helsesykepleierstillinger på et tidspunkt når vi har kunnskaper til å forebygge adskillig mer enn det vi gjør. Det er også for lite kvalifisert personale i barnehagene.

Barnepsykiatrien har i mange år behandlet konsekvensene av fysiske, seksuelle og psykiske overgrep uten å ha vært klar over hva den behandlet. Og barnepsykiatrien

behandler psykiske overgrep uten nødvendigvis å sette dette navnet på det, og uten å undersøke barnets omsorgs- og nettverkssituasjon grundig (Reigstad, Jørgensen & Wichstrøm 2004; Røberg, 2011; Ormhaug, 2012). Fokus på diagnostisering av adferd fører ofte til at en ser bort fra de erfaringer, eventuelle traumer som adferden kan være forankret i (Wilkinson, 2008, 2017). Dette vil sannsynligvis hjerne- og traume-forskningen bidra til å endre.

Innen rusmiddelomsorgen har det også lenge vært en økende erkjennelse av at barn av foreldre med rusmiddelproblemer er utsatt for omsorgssvikt (Christensen, 1994; Lauritzen, 1998; Killén & Olofsson, 2003; Lauritzen & Waal, 2003). Om lag 30 000 (3 %) lever med foreldre med alkoholmisbruk (FHI, 2018). Dette har vi også kunnet observere når det gjelder barn i voldelige samlivssituasjoner (Christensen & Persson, 1998; Møller, 2000; Slep & Heyman, 2001; Øverlien, 2012; Isdal, 2018). Denne erkjennelsen har ført til mer fokus på barn både ved rusklinikker og krisesentre for kvinner (Klette, 2007; Vatnar & Bjørkli, 2014; Selvik & Øverlien, 2015; Thorkildsen, 2015; Selvik, Raaheim & Øverlien, 2016; Killén, 2010a, 2010b, 2018).

Voksenpsykiatrien har etter hvert begynt å bli klar over at et ukjent antall barn av foreldre med psykiske lidelser blir utsatt for omsorgssvikt (Ahlgren, 2001; Glistrup, 2002; Mevik & Trymbo, 2002; Killén, Klette & Arnevik, 2005; Osen et al., 2019). 23 % av barn under 18 år (totalt ca. 250 000) har foreldre med en psykisk lidelse som kan gå utover foreldrenes fungering i det daglige (FHI, 2018).

Helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven (2012) pålegger sykehus og klinikker som behandler voksne med psykiske lidelser, rusproblemer og alvorlige somatiske lidelser, å sikre at barna får informasjon om foreldrenes lidelse og får best mulig oppfølging. Klinikken skal ha en barneansvarlig som i samarbeid med forelderens behandler koordinerer oppfølgingen. Vi står overfor en rekke utfordringer før innholdet av lovene blir realisert (Aamodt, 2005; Lauritzen & Reedtz, 2013). Det gjelder utfordringer på systemnivå, utfordringer når det gjelder samarbeidet mellom helsepersonell, forelderens behandler, og foreldrene. Det dreier seg om en utvidelse av fokuset fra pasienten til å omfatte ikke bare de voksne i familien, men også barna. Foreldre–barn-institusjonene har også bidratt til denne erkjennelsesprosessen, og de er forløperne til familiesentrene som er etablert flere steder. Forskning om tidlig foreldre–barn-samspill, samt hjerne- og traumeforskning er med på å bidra til denne erkjennelsen (Perry, 1995a, b, 2006, 2009; Schore, 2001; Killén, Klette & Arnevik, 2005; van der Kolk, 2005).

Når de ulike profesjoner tar inn over seg de tidligste relasjonenes betydning for hjernens utvikling, vil forhåpentligvis erkjennelsesprosessen akselerere (Nordanger & Braarud, 2014; Steinkopf, 2014).

Vi er ikke bare inne i en erkjennelsesprosess, men også i en faglig utviklingsprosess når det gjelder omsorgssvikt. Dette gjelder både første- og andrelinjetjenesten. Økning i etter- og videreutdanningstilbud som tar opp omsorgssvikt og voldsproblemer for ulike yrkesgrupper, er gledelige konsekvenser av dette. Avstanden mellom den kunnskapen som finnes, og den som anvendes i praksis, er milelang. Hvis vi skal bli i stand til å se og hjelpe de barna som blir utsatt for ulike former for risiko- og omsorgssvikt-situasjoner og overgrep, må kunnskap inn i grunnutdanningene, integreres i praksis og bli til forståelse. Faglig utvikling forutsetter holdningsendringer og personlig utvikling hos studentene og hos de profesjonelle (Killén, 2017b). Her har utdanningssystemene og profesjonene en av sine største utfordringer.

Det er en stadig økning i tverrfaglig samarbeid, og dette viser at også kolleger utenfor det formelle barnevernet, for eksempel i barnepsykiatrien, ved helsestasjonene og tannhelsetjenesten, deltar i denne erkjennelsesprosessen og engasjerer seg mer aktivt i realitetene som er knyttet til omsorgssvikt (Larsen, 1994, 1995; Boge & Nilsen, 2013; Rønneberg, 2011; Kloppen et al., 2010; Søftestad & Andersen, 2014a; Glavin & Erdal, 2018; Søftestad, 2018). De endringer det er vist til i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven, betyr at voksenpsykiatrien og rusomsorgen må komme sterkere inn i tverrfaglig samarbeid. Det er større aktivitet på dette området enn det som foreløpig gjenspeiles i litteraturen (Osen et al., 2019).

Erkjennelsesprosessen har også ført til et press på barnevernkontorene. Flere kommuner har benyttet seg av den muligheten lov om barneverntjenester gir til å etablere samordnede organisasjonsformer. Mer enn noen andre innenfor sosial- og helsesektoren har barnevernsarbeiderne fått oppleve både økningen av omsorgssvikt og den økende erkjennelsen. De er blitt presset til å se de belastende realitetene i øynene både når det gjelder risiko- og omsorgssviktsaker og begrensningene i ressurser og egen arbeidssituasjon.

Medienes rolle har stor betydning. Noe av mediebehandlingen er informativ og konstruktiv og bidrar til å øke folks bevissthet om at det dreier seg om en omfattende og smertefull problematikk. Det er først og fremst de dramatiske overgrepene som blir presentert. De mindre dramatiske overgrepene, som kan være minst like skadelige,

presenteres sjelden i mediene. I stedet for å bidra til å øke empati med og forståelse av både barna og foreldrene, vektlegges det sensasjonelle. Dette er en belastning som både kan øke familienes forvirring og samtidig være med på å belaste allerede sterkt belastede yrkesutøvere. Det kan også sinke den erkjennelsesprosessen på det politiske planet som er forutsetningen for at det faglige arbeidet på dette området blir prioritert. Når vi skal bestrebe oss på å forebygge, er det spirene til volden vi må kunne se.

At velkjente politikere og fag- og skjønnlitterære forfattere bringer sine egne erfaringer frem i mediene, bidrar sannsynligvis også til denne erkjennelsesprosessen. Det bidrar til å redusere tabuet og den skammen og skyldfølelsen som mange barn, unge og voksne som har vært utsatt for ulike former for omsorgssvikt, lever med (Wassmo, 2013; Hansen, 2014a; Rieber-Mohn, 2014; Bitsch, 2017; Kjos & Austad, 2019; Hansen, 2020). Vår innlevelsesevne blir dessuten stimulert av bøker som *Hvis klær kunne fortelle* (Søftestad & Aschjem, 2016). Et annet eksempel er journalist og forfatter Jon Gangdal som har skrevet en innsiktsfull bok om Kristoffer-saken som viste omfattende svikt i hjelpeapparatet (Gangdal, 2011).

Erkjennelsesprosessene blir bremsert av «backlash»-prosesser på individuelt nivå og samfunnsnivå, det vil si ulike former for sterk motstand mot å se realitetene i øynene (Myers, 1994), og «sekundær traumatisering», det vil si det fenomenet at fagfolk blir traumatisert gjennom sitt arbeid (Stamm, 1995; Isdal, 2017). Se kapittel 2 «Vårt forhold til omsorgssvikt».

Bokens siktepunkt og innhold

Bokens overordnede mål er å bidra til å styrke det faglig-etiske grunnlaget for arbeidet med risiko og omsorgssvikt. Vi har en faglig-etisk forpliktelse til å skaffe oss best mulig forståelse av barnas, familiens og nettverkets situasjon for å kunne hjelpe best mulig, og en faglig-etisk forpliktelse til personlig utvikling og utvikling av relasjonskompetanse.

Hvis vi skal kunne gjøre noe med omsorgssvikt, enten det gjelder forebygging eller behandling, forutsetter det at vi vet hvordan den viser seg, og at vi så tidlig som mulig kan identifisere risikofaktorene, ressursene og de signalene som barnet og foreldrene sender ut, og at det handler om et helseproblem. Det er dessuten nødvendig at vi utvikler en forståelse av relasjonen mellom foreldre og barn og de faktorene i foreldrenes personlighet, livssituasjon, nettverk og samfunn som former deres forhold til barnet så

vel som barnets tilknytning, utvikling og rolle i familien. Det er behov for en helhetlig differensiert tilnærming (HDT). Bokens formål er blant annet å bidra til dette.

Del I tar sikte på å gi en konkret beskrivelse av forskjellige former for risiko og omsorgssvikt, og hvordan disse viser seg hos barnet så vel som hos foreldrene, i nettverket og i samfunnet. Økt kunnskap om psykiske overgrep og følelsesmessig vanskjøtsel og måten disse er knyttet til fysiske og seksuelle overgrep på, gjenspeiles i denne reviderte utgaven. I de senere årene har vi fått omfattende kunnskap om barn i ulike former for omsorgssvikt- og overgrepssituasjoner og dokumentasjon om de alvorlige konsekvensene omsorgssvikt har for barnets og ungdommens videre utvikling, helse, funksjon og senere voksenliv. Denne kunnskapen blir også formidlet i denne delen. Se kapittel 1 «Hva er omsorgssvikt og overgrep?».

Som nevnt ovenfor er det ikke bare mangel på viten, men like mye samfunnets og vårt eget forhold til omsorgssvikt som står i veien for at vi kan se og forstå den. Hensiktsmessig hjelp til foreldre og barn avhenger blant annet av vår egen evne til å erkjenne og bearbeide vårt eget forhold til problemområdet. Jeg vil derfor også behandle vårt eget forhold til omsorgssvikt og de mekanismene vi bruker for å «overleve». Økt kunnskap om «backlash»-prosesser og utbrenthet vil prege den forståelsen som blir formidlet i denne delen. Denne forståelsen vil dessuten vise den rollen samfunnet og samfunnets tabuer har når det gjelder å bremse den faglige utviklingen. Se kapittel 2 «Vårt forhold til omsorgssvikt».

Det er ikke tilstrekkelig å kunne se hvordan problemet viser seg i praksis og å forstå vårt eget forhold til omsorgssvikt. Både med henblikk på forebygging og behandling er det også nødvendig å forstå hvilke faktorer som disponerer for omsorgssvikt, hvilke forhold og risikosituasjoner som kan utløse og eventuelt vedlikeholde den, og hvilke forhold som kan forsterke omsorgssviktsituasjonen. Vi må forstå samspillet i familien og vurdere hvilke ressurser vi står overfor i den enkelte familien og dens nettverk. En av de største utfordringene vi står overfor er å kunne vurdere hvorvidt det er nok ressurser å bygge på i hjemmet og i dets nettverk til at vi med investeringer fra samfunnets side kan bidra til at barnet kan få en god nok omsorgssituasjon i hjemmet – eller om foreldrenes utviklingsmuligheter er så begrensede at vi må ta sikte på å sikre barnet en annen omsorgssituasjon. Dette er en krevende utfordring.

Det er nødvendig å anvende den kunnskapen som til enhver tid er tilgjengelig for å sikre at dette arbeidet får et solid og forsvarlig faglig-etisk grunnlag. Det dreier seg

om en krevende og inngående dokumentasjon og analyse. Dette er begrunnelsen for at en stor del av boken, Del II «Hvordan kan vi forstå omsorgssvikt?», i sin helhet er viet forståelsesgrunnlaget. Denne delen tar sikte på å formidle relevante kunnskaper om foreldrene, barnet, foreldrenes samliv, foreldre–barn-samspill og -tilknytning, samt de mest sentrale nettverks- og samfunnsforholdene som spiller inn. Måten disse kunnskapene kan anvendes i observasjon og undersøkelse av omsorgssituasjoner, beskrives i boken *Undersøkelser til utsatte barns beste – Tverrfaglig kompetanse og samarbeid* (Killén, 2021).

I denne reviderte utgaven trer tilknytningsteoriens betydning for forståelsen av både foreldre og barn i omsorgssviktsituasjoner klarere frem, idet undersøkelse og forskning om omsorgssvikt og tilknytning stadig er i utvikling og knyttes ytterligere sammen.

Etter hvert som forståelsen av tilknytning øker, investeres det stadig mer i å undersøke hvordan forskningen kan settes ut i praksis. Den bidrar ikke bare til å øke vår forståelse, men kommer også med forskningsmetoder som kan modifiseres for klinisk praksis. Samtidig har forskning vist oss hvordan den kan anvendes feil. Dette behandles i kapittel 4 «Barn som er utsatt for risiko og omsorgssvikt», 2. *Barnets tilknytning*, s. 164. Disse undersøkelsesmetodene presenteres i boken *Undersøkelser til utsatte barns beste – Tverrfaglig kompetanse og samarbeid* (Killén, 2021).

En spennende kilde til kunnskap om konsekvensene av omsorgssvikt for hjernens utvikling er nevrobiologisk forskning. Tradisjonelt har utviklingspsykologi og nevrobiologi vært to parallelle og uavhengige forskningsgrener. Utviklingspsykologien forholder seg til observasjon og måling av adferd, kognisjon og følelser. Nevrobiologien forholder seg til studiet av nevrofysiologiske og biokjemiske prosesser i hjernen og det autonome nervesystem. Det er i dag mulig å studere adferden og de nevrobiologiske prosesser som følger eller ligger under den samtidig (Perry et al., 1995; Perry 2000a, b, c).

I denne reviderte utgaven vil hjerneforskningens bidrag til vår forståelse av sammenhengen mellom endringer i hjernens struktur og traumatiske overgrep og alvorlig vanskjøtsel bli introdusert. Bruce Perry (1995a, b, 1999, 2000a, b, c) har mer enn noen andre bidratt til å integrere denne forskningsbaserte kunnskapen i klinisk arbeid, i terapeutiske barnehager, behandlingshjem og barnepsykiatriske poliklinikker. Her står vi sannsynligvis overfor en verdifull kilde til kunnskap i årene fremover (Schore, 2000, 2001; van der Kolk, 2005; Perry 2000a, b, c, 2009; Kolk & Gibb, 2011). Også

her i landet blir det arbeidet med å integrere hjerne- og traumeforskning i vår forståelse og behandling av traumatiserte barn (Nordanger et al., 2011; Nordanger & Braarud, 2014; Steinkopf, 2014; Søftestad & Andersen, 2014b; Søftestad, 2018). Kunnskap om hvordan traumatiske erfaringer påvirker barns hjerne gir oss muligheter for bedre å forstå hvorfor traumatiserte barn reagerer som de gjør, og gir oss muligheter til å bidra til endring.

Usikkerhet og mangel på kompetanse i samarbeid med foreldre så vel som med barn gjør at mange unnlater å ta opp problemene. Jeg har derfor valgt å trekke ut stoff om metode i kontaktetablering og undersøkelse og behandle det mer inngående i boken *Undersøkelser til utsatte barns beste – Tverrfaglig kompetanse og samarbeid* (Killén, 2021).

Det er adskillig mer kunnskap om omsorgssvikt tilgjengelig enn den som gjenspeiles i praksis i dag. Jeg vil først og fremst formidle evidensbasert kunnskap som har vist seg å være anvendbar i praksis i risikosituasjoner og overfor omsorgssvikt og overgrep. Den er forskningsmessig forankret, og gir oss et solid faglig-etisk grunnlag.

Det finnes et omfattende antall publikasjoner fra tidlig i 1960-årene. Jeg vil bare referere til de mest sentrale kildene før 1988 og ellers henvise til min doktoravhandling «Omsorgssvikt og barnemishandling. En kasusstudie og etterundersøkelse av barn i omsorgssviktsituasjoner» (Killén Heap, 1988). Den omfatter blant annet en gjennomgang av forskning og annen litteratur om omsorgssvikt frem til 1985. Hovedtyngden av referanser i denne boken vil omfatte publikasjoner etter 1990 og frem til 2020.

I god internasjonal tradisjon anvender jeg betegnelsen omsorgssvikt som en samlebetegnelse. Jeg skjelner mellom vanskjøtsel og fysiske, psykiske og seksuelle overgrep. Voldelig adferd blir brukt når det dreier seg om kriminell adferd. Jeg redegjør for dette i kapittel 1 «Hva er omsorgssvikt og overgrep?».

De ulike kapitlene i boken har nær sammenheng med hverandre, noen mer enn andre. Dette kan umiddelbart gi leseren en opplevelse av gjentakelser, men vil forhåpentlig etter hvert som leseren arbeider seg gjennom stoffet, gi ytterligere fordypning og nyansering. Det vil dessuten forhåpentligvis vise sammenhenger mellom ulike innfallsvinkler til både å prioritere barnets beste og å ivareta foreldrenes interesser.