

UiO • **Institutt for klinisk medisin**
Det medisinske fakultet



FOTO: COLOURBOX

Trine M. Myrvold, Øivin Christiansen, Monica C. Haune, Monica Sarfi, Einar R. Heiervang

Evaluering av **CARE**-modellen

Tverrfaglig kartlegging av utsatte barns
helse og omsorgsbehov

November 2020



Forord

Denne rapporten presenterer resultater fra evalueringen av CARE-modellen, en modell for tverrfaglig kartlegging av barn og unge som barnevernet har flyttet ut av hjemmet og barn av mødre i LAR (legemiddelassistert rehabilitering). Evalueringen er finansiert av Norges forskningsråd, som del av et større forskningsprosjekt innenfor HelseVel-programmet.

Einar Heiervang, professor ved UiO, har vært prosjektleder. Har han bidratt til kapitlene 1 og 3, i tillegg til innspill og kommentarer til rapporten som helhet. Monica Christine Haune, stipendiat i prosjektet, har skrevet kapittel 5 og har deltatt i datainnsamlingen og gitt kommentarer til kapittel 6. Forskerne Monica Sarfi og Gabrielle Welle-Strand ved SERAF, UiO har skrevet kapittel 9, og bidratt med viktig kunnskap om barn født av kvinner i LAR (legemiddelassistert rehabilitering). Rapporten forøvrig er skrevet av forsker Øivin Christiansen, RKBU Vest, NORCE og Trine Monica Myrvold, By- og regionforskningsinstituttet NIBR, OsloMet.

Forfatterne ønsker å takke alle som har delt av sine erfaringer og synspunkter til denne rapporten: ungdommene som har vært til kartlegging og deres omsorgspersoner, medlemmene av kartleggingsteamene, institusjonene som har huset teamene og ansatte i barneverntjenestene som har henvist barn til kartlegging.

Stor takk også til Anne Åbyholm-Brodal som i stillingen som prosjektkoordinator har vært til uvurderlig hjelp i prosjektarbeidet, ikke minst med å holde styr på alle undersøkelsene!

Oslo og Bergen, november 2020

Einar Heiervang

Trine Monica Myrvold

Øivin Christiansen

Monica Christine Haune

Monica Sarfi

ISBN 978-82-692293-1-8

Forsidedesign: Hanne Baadsgaard Utigard

Innhold

<i>Forord</i>	1
<i>Figurliste</i>	5
<i>Tabelliste</i>	6
<i>Sammendrag</i>	7
<i>Summary</i>	12
1 Innledning	13
1.1 Bakgrunn for prosjektet	13
1.2 Problemstillinger for evalueringen	19
2 Datagrunnlag og metode	20
2.1 Datamaterialet benyttet i evalueringen.....	20
2.2 Tillatelser.....	23
3 Beskrivelse av modellen	24
3.1 Utvikling av modellprosjektet	24
3.2 Metoder for kartlegging	26
4 Hvordan opplever omsorgspersonene kartleggingsdagen?	28
4.1 Informasjon i forkant av kartleggingsdagen	28
4.2 Praktisk tilrettelegging av kartleggingen.....	29
4.3 Kommunikasjon med barnet og den voksne.....	32
4.4 Belastninger og positive opplevelser knyttet til kartleggingen	33
4.5 Behov for hjelp.....	34
4.6 Oppsummering: hvordan vurderer omsorgspersonene kartleggingsdagen?.....	37

<i>5</i>	<i>Intervju med ungdommer og omsorgspersoner.....</i>	<i>39</i>
5.1	Utvalg.....	39
5.2	Dagen som helhet.....	40
5.3	Forståelse og forventninger før kartlegging.....	41
5.4	Kartleggingsdagen, økt for økt.....	42
5.5	Hva skjer etter kartlegging?	45
5.6	Møtet med kartleggingsteamet	46
5.7	Andre aktuelle temaer	47
5.8	Oppsummering.....	47
<i>6</i>	<i>Hva inneholder kartleggingsrapportene: hva strever barna med, og hva gis av anbefalinger?.....</i>	<i>49</i>
6.1	Hva kjennetegner barna som er blitt kartlagt?.....	49
6.2	Hvor lenge etter flytting ble barnet kartlagt?	53
6.3	Hvilken helsemessig situasjon er barna i?	54
6.4	Hvilke anbefalinger gir kartleggingsrapportene?.....	57
6.5	Oppsummering.....	65
<i>7</i>	<i>Barneverntjenestenes erfaringer med og vurderinger av modellen.....</i>	<i>67</i>
7.1	Hvilke barn er henvist til kartleggingen?.....	67
7.2	Barneverntjenestens erfaring med og nytte av rapportene	70
7.3	Kartleggingsmodellens styrker og forbedringsmuligheter	75
7.4	Bør kartleggingstilbudet gjøres til en rutine og en rettighet?	77
7.5	Oppsummering.....	78
<i>8</i>	<i>Hvordan fungerer modellen – teammedlemmenes erfaringer.....</i>	<i>80</i>
8.1	Organiseringen	80
8.2	Gjennomføringen av kartleggingen.....	83
8.3	Rapportenes innhold.....	84
8.4	Kontakt med barneverntjenestene	86

8.5	Alt i alt	87
8.6	Oppsummering.....	87
9	<i>Barn av mødre under LAR.....</i>	<i>89</i>
9.1	Bakgrunn.....	89
9.2	Datagrunnlag for kapittelet	89
9.3	Begrunnelse for helsekartlegging	89
9.4	Hvordan har det gått?	90
9.5	Hvorfor nådde vi ikke flere barn i LAR-familier og hva kan gjøres bedre?	92
9.6	Konklusjon	93
10	<i>Konklusjoner og anbefalinger.....</i>	<i>95</i>
10.1	Hva har vi funnet?.....	95
10.2	Momenter som må vurderes ved innføring av en kartleggingsmodell	97
	<i>Litteratur.....</i>	<i>102</i>
	<i>Vedlegg 1 Kartleggingsmetoder valgt av teamene i Skien (0-6 år) og Tønsberg (7-17 år)</i>	<i>104</i>
	<i>Vedlegg 2 Informasjonsskriv til foreldre i LAR.....</i>	<i>106</i>

Figurliste

Figur 4.1	Omsorgspersoners vurdering av informasjon om kartleggingen	29
Figur 4.2	<i>Omsorgspersoners vurdering av den praktiske tilretteleggingen på kartleggingsdagen</i>	30
Figur 4.3	Omsorgspersoners opplevelse av tilrettelegging av kartleggingsdagen.....	31
Figur 4.4	Omsorgspersonenes vurdering av kommunikasjonen med kartleggingsteamet	32
Figur 4.5	Omsorgspersonenes opplevelse av barnas reaksjon på kartleggingen.....	33
Figur 4.6	Omsorgspersonenes opplevelse av kartleggingen	34
Figur 4.7	Andel foster-/beredskapsforeldre som sier at barnet/de selv har behov for hjelp.....	35
Figur 4.8	Andel foster-/beredskapsforeldre som fulgte barnet som sier barnet har behov for tilpasset oppfølging og hjelp, etter barnets alder	35
Figur 4.9	Andel foster-/beredskapsforeldre som sier at de har behov for hjelp, etter barnets alder.....	36
Figur 4.10	Andel foster-/beredskapsforeldre som sier at barnet/de selv har behov for hjelp, etter type hjem (respondenter der barnet er flyttet etter kartleggingen, er utelatt)	36
Figur 6.1	Aldersfordeling blant kartlagte barn.	50
Figur 6.2	Hjemmel for flytting av barnet.....	51
Figur 6.3	Hjemmel for flytting av barnet på kartleggingstidspunktet.	51
Figur 6.4	Bosituasjon på kartleggingstidspunktet.	52
Figur 6.5	Grunnlag for flytting av barnet.	53
Figur 6.6	Antall måneder fra barnet ble flyttet til kartlegging ble gjennomført.	54
Figur 6.7	Beskrivelse av psykisk og fysisk helse i kartleggingsrapportene, etter barnets alder.....	55
Figur 6.8	Beskrivelse av psykisk og fysisk helse i kartleggingsrapportene, etter tea	56
Figur 6.9	Beskrivelse av psykisk helse i rapportene over tid. Andel som fyller kriteriene for diagnose, etter team (N=200)	56
Figur 6.10	Anbefalt henvisning til/oppfølging fra tjenester (umiddelbar henvisning, vurdere senere henvisning eller fortsatt oppfølging slått sammen)	58
Figur 6.11	Anbefalt henvisning til/oppfølging fra tjenester umiddelbart eller vurdere senere henvisning. Prosent av barna	59
Figur 6.12	Anbefalte tiltak fra barneverntjenesten.	61
Figur 6.13	Anbefalte temaer for veiledning fra barneverntjenesten.....	63
Figur 6.14	Råd til omsorgspersoner.	64
Figur 7.1	Hvorfor ble ikke alle barn henvist?.....	68
Figur 7.2	Forhold som kan hindre at kartleggingstilbudet benyttes.	69
Figur 7.3	Hvordan vurderes kartleggingene og rapportene	70
Figur 7.4	Barneverntjenestenes bruk av kartleggingsrapportene.	72
Figur 7.5	Samlet fornøydhet med kartleggingstilbudet.....	75

Figur 7.6 Bør barn som flyttes fra hjemmet få tilbud om rutinemessig kartlegging av helse- og omsorgsbehov?	77
Figur 7.7 Bør barns rett til en slik kartlegging lovfestes?.....	77
Figur 7.8 På hvilket forvaltningsnivå bør tilbudet plasseres?	78

Tabelliste

Tabell 5.1	Oversikt over ungdommene og omsorgspersonene som ble intervjuet om erfaringer fra og opplevelse av kartleggingsdagen.	40
Tabell 6.1	Antall kartlegginger gjennomført.....	49
Tabell 6.2	Aldersfordeling blant jenter og gutter kartlagt gjennom CARE. Prosent.....	50
Tabell 6.3	Barnets psykiske og fysiske helse beskrevet i kartleggingsrapportene	55
Tabell 6.4	Anbefalinger om umiddelbare henvisninger/oppfølging, etter team	60
Tabell 6.5	Råd til omsorgspersoner, etter team.....	65

Sammendrag

Rapporten inneholder evaluering av CARE-modellen, en modell for én-dags tverrfaglig kartlegging av helse og omsorgsbehov for utsatte barn og unge, primært barn som barnevernet har flyttet ut av hjemmet, men også barn av mødre i legemiddelassistert rehabilitering. Oppmerksomheten om disse barnas helse- og omsorgsbehov kommer ofte i skyggen av bekymringen for foreldrenes omsorgsevne, slik at de står i fare for ikke å få nødvendig helsehjelp og tilstrekkelig tilpasset omsorg. Dette er barn og ungdom som ofte har store og uavdekkede behov når det gjelder psykisk og fysisk helse og utvikling.

Hensikten med evalueringen har vært å høste erfaringer med modellen fra de aktørene som har vært involvert: Barn og unge selv, deres omsorgspersoner, de som har arbeidet med kartleggingene og barneverntjenestene som har henvist til kartleggingen. På denne bakgrunnen trekker vi frem styrkene ved modellen, men også hva som må vurderes nærmere ved en eventuell utrulling av en slik modell i større skala.

Hva har vi funnet?

Evalueringen av CARE-modellen viser stor oppslutning om denne måten å kartlegge barn i risiko på. Alle involverte aktører – omsorgspersoner, kartleggingsteamene, barneverntjenestene og barna selv – er i all hovedsak veldig fornøyd med kartleggingstilbudet og måten det er organisert på.

Fungerer det med én dags kartlegging av barn?

Våre funn tyder på at dette fungerer godt, selv om den snevre tidsrammen også medfører noen begrensninger. Vi har sett at kartleggingsteamene er fullt klar over at kartleggingen i de fleste tilfeller ikke gir grunnlag for noen sikker diagnose, og at barnets dagsform kan ha betydning. Likevel, på bakgrunn av funnene i kartleggingen, og den omfattende informasjonen som innhentes om barnet på forhånd, ser det ut til at teamene kan peke på hva barnet særlig strever med, og kan gi anbefalinger om retningen på videre oppfølging.

Kartleggingen oppleves viktig og meningsfylt

Funnene fra evalueringen tyder på at kartleggingen oppleves positiv, selv om dagen kan være krevende, særlig for de minste barna. Kartleggingsteam med betydelig klinisk erfaring og som er fleksible med tanke på å tilrettelegge kartleggingsdagen er derfor viktig, slik at barna får individuell tilpasning med muligheter til pauser, lek og mat. Teamene som har gjennomført kartleggingene har vært godt forberedt og har maktet å skape en trygg og god samarbeidsallianse med barna og omsorgspersonene.

Kartleggingen, som består av kartleggingsdagen i tillegg til informasjon samlet inn i forkant fra barneverntjenesten og andre instanser, har gitt teamene grunnlag for å peke på konkrete behov for oppfølging både når det gjelder barnas psykiske og fysiske helse og utvikling, og når det gjelder daglig omsorg. Omsorgspersonene har satt pris på å få mer informasjon om barnet de har omsorg for, og som enten bekreftet at de var på rett vei, eller som ga dem ny forståelse for barnets behov.

Anbefalinger for barn med store belastninger

Evalueringen har vist at de aller fleste barna som har vært kartlagt har mye de strever med. Mange har vært gjennom svært belastende opplevelser, og mange fyller kriteriene for én eller flere diagnoser. Dette gjenspeiles i de anbefalingene som gis for videre oppfølging av barna. I stor grad dreier dette seg om førstelinjetjenester som fastlege, helsestasjon/skolehelsetjeneste, PPT og andre tiltak i skole og barnehage. Mange barn anbefales også nærmere utredning eller behandling i psykisk helsevern for barn og unge, men her anbefaler teamene oftere at henvisning bør vurderes senere. Barneverntjenesten – og omsorgspersonene – får med det en viktig oppgave i å følge med på barnets utvikling, med tanke på eventuell senere henvisning.

Traumebevisst omsorg – omsorgspersonene som barnets viktigste hjelper

En betydelig del av kartleggingsteamenes anbefalinger retter seg mot omsorgspersonenes daglige samhandling og ivaretagelse av barna. Det er disse som framstår som de viktigste hjelperne, ikke bare i form av «vanlig god omsorg», men i form av gjennomtenkt, tilrettelagt og til dels terapeutisk ivaretagelse av barna. Omsorgspersoner er her beredskapsforeldre, institusjonspersonale, foreldre (for barn som bor hjemme), men for de aller fleste barna; fosterforeldre. Traumeperspektivet står sentralt i kartleggingene, og traumeinformert omsorg og samhandling vektlegges svært ofte i teamenes anbefalinger til omsorgspersonene. En sentral oppgave for barneverntjenesten blir ut fra anbefalingene å sikre at omsorgspersonene får god, relevant og jevnlig veiledning.

Fornøyde barneverntjenester med stort oppfølgingsansvar

Barneverntjenestene er gjennomgående svært fornøyd med kartleggingstilbudet. Kartleggingsrapportenes samlede fremstilling av barnets behov har stor verdi for tjenesten. Kartleggingene gir viktig kunnskap om barnet, kunnskap som kan bidra til tilgang til tjenester og bedre tilpassede tjenester for den enkelte.

Ved å flytte barnet ut av hjemmet har barneverntjenesten påtatt seg et stort ansvar for barnet, inkludert ansvar for oppfølging av barnets helse og utvikling. Gjennom kartleggingene og anbefalingene, blir dette ansvaret enda tydeligere, mer omfattende og mer konkret.

Vanskelig å rekruttere barn av mødre i LAR

Kartleggingsmodellen i CARE var i utgangspunktet ment å omfatte også andre utsatte barn, spesielt barn av mødre under legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Det viste seg vanskelig å rekruttere denne gruppen av barn. Først og fremst dreier dette seg om informasjonsflyt, da det ikke på samme måte som for barn som er flyttet av barnevernet, finnes et åpenbart kontaktpunkt for barn av mødre i LAR. Det er heller ikke gitt hvem som skal være henvisende instans, eller hvem som skal gi utfyllende opplysninger om barnet til kartleggingsteamet. En annen hindring har vært at en del mødre i LAR har vært skeptiske til å kartlegge barnet fordi de ikke ønsker for stor innblanding i privatlivet, eller fordi de har dårlige erfaringer med behandlingen av barna fra tidligere. De mødre som har latt barnet delta i kartleggingen, er svært fornøyd.

Kartleggingene tillegges vekt i saker for fylkesnemnd og domstol

Rapportene fra kartleggingene er viktige for barneverntjenestene når de skal fremme sak for fylkesnemnda. Dette ut fra at kartleggingen ofte har fremskaffet et bedre og bredere bilde av barnet enn det barneverntjenesten innehar. I tillegg synes det som viktig for barneverntjenestene at kartleggingsteamene representerer enn annen kompetanse og posisjon enn deres egen, og dermed har en annen og ekstra legitimitet når viktige beslutninger om barnet skal fattes. Medlemmer av kartleggingsteamene har derfor i flere tilfeller vært etterspurt som vitner i fylkesnemnd og tingrett. Dette var en side ved tilbudet som ikke var planlagt, og heller ikke tatt hensyn til ressursmessig.

Hva bør vurderes ved videre utvikling av modellen?

I arbeidet med evalueringen av CARE-modellen, har det fremkommet noen momenter som bør drøftes hvis CARE skal benyttes som utgangspunkt for en nasjonal modell. Dette dreier seg om følgende (se sluttkapitlet for utfyllende drøfting):

- **Skal alle barn kartlegges, eller bør det gjennomføres en individuell vurdering før kartlegging?** En fordel med en viss 'siling' er at en slipper å bruke ressurser på barn som har mer alminnelige behov og antakelig ikke vil ha nytte av slik kartlegging. Vi vet imidlertid at en stor prosentandel av denne barnepopulasjonen har mange uidentifiserte behov. Dersom kartleggingen skal basere seg på individuell vurdering, er det en fare for at en del barn ikke får hjelp de trenger. Man kan også spørre seg hvem som skal gjøre denne individuelle vurderingen av barnets behov for kartlegging, og hvilken kompetanse som bør ligge til grunn for dette. En fordel med å la kartlegging omfatte alle barn som flyttes av barnevernet, er at bredden og tverrfagligheten i kartleggingen gjør at det blir mulig å fange opp tilstander og behov som ikke er kjent eller som er oversett hos barna.

- **På hvilket tidspunkt bør kartlegging skje?** Det kan fremføres argumenter for at kartleggingen bør skje i forkant av at barnet flytter ut av hjemmet. På den måten kan tiltak iverksettes på et tidligere tidspunkt og flytting gjennomføres på en måte som bedre ivaretar det enkelte barns situasjon. Hvis kartleggingen skulle gjøres mens barna fortsatt bor hjemme, vil man være helt avhengig av foreldres samtykke og samarbeid, noe som ofte vil være vanskelig utfra konfliktnivået i saken. En stor andel av barna flytter dessuten akutt, med begrenset mulighet til en forberedt henvisning. Et mer prinsipielt poeng er at når «staten» overtar ansvaret for barnet ved å flytte det fra hjemmet, overtar de også ansvaret for ivaretagelse av barnets helse og omsorgsbehov. Staten må da ta sitt ansvar og undersøke hva barnet trenger, i foreldrenes sted. Kartlegging snarest mulig etter flytting vil ivareta dette hensynet, samtidig som en kan få vesentlig kunnskap når det gjelder beslutninger om barnets videre omsorgstilbud, herunder rekruttering av fosterhjem. Samtidig må det tas høyde for at kartleggingen i så fall gjennomføres i det som kan være en turbulent periode for barnet, og i mange tilfeller før omsorgspersoner blir ordentlig kjent med barnet.
- **Hvor bør kartleggingsteamene plasseres?** Dette dreier seg både om institusjonell tilhørighet og geografisk og forvaltningsmessig plassering. Her må det tas hensyn både til geografisk utbredelse av mulige vertsinstitusjoner, deres ordinære målgrupper, eksisterende lovgivning og hvordan en plassering vil bli mottatt av brukerne av tilbudet. Alternative plasseringer er ved en av Bufetats institusjoner, ved en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, et barnehus eller til barneavdeling på sykehus. En kan også tenke seg en ambulant ordning, med et team som reiser rundt og gjennomfører kartlegging, men dette er trolig mindre aktuelt på grunn av behovet for tilrettelegging med rom for samtaler, hvile, mv. Det er også grunn til å anta at tilhørighet til et større fagmiljø er viktig for teamene.
- **Det holder ikke å avdekke behov, hvis ikke det finnes hjelp.** Gjennom kartleggingene i CARE avdekkes omfattende hjelpe- og veiledningsbehov. Hvis det skal være et poeng å avdekke disse behovene, må det finnes tilbud til barna og omsorgspersonene, slik at behovene kan bli møtt. Våre funn tyder på at ikke alle barneverntjenester har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å gjennomføre de tiltak og den veiledning som anbefales. Vi vet også at det er kapasitetsproblemer i andre tjenester disse barna vil ha behov for. Det betyr at tjenester må oppdimensjoneres og veiledning til fosterforeldre må styrkes.
- Et beslektet moment er at det må etableres **gode rutiner for oppfølging av rapportene**. I mange tilfeller gis barnevernet og omsorgspersonene et stort ansvar for å sørge for at barnet får den hjelpen og omsorgen som anbefales. Det bør vurderes om det skal etableres en rutine der kartleggingsteamet møter barneverntjenesten i etterkant av kartleggingen. Det må i så fall legges inn ressurser til en slik oppfølging. Det er også et

ønske fra barneverntjenesten at konklusjonene i rapporten i større grad framstilles samlet, og at de formuleres i et språk som gjør det mulig for barnevernsansatte å formidle dem til omsorgspersoner og ungdommene selv.

- Rapportene fra kartleggingen har ofte vist seg å spille en rolle i tilfeller der barnas sak i barnevernet bli behandlet for **fylkesnemnd og domstol** i etterkant av kartleggingen. Teamenes rolle og ressurser, samt deres vurderinger og anbefalinger må ses i forhold til en slik kontekst. Selv om kartleggingstilbudet ikke ble utviklet med dette som formål, har rapportene fylt en funksjon i denne sammenheng, og dette må tas med i betraktningen når tjenesten skal utvikles videre.

Summary

This report contains results from the evaluation of the CARE model, a model for routinely assessing health and care needs of children at risk, primarily children entering out-of-home care. This is a vulnerable child population with high levels of physical, mental and developmental needs, as well as emotional and behavioral difficulties. However, their needs often remain unidentified, and many of the children do not receive the services they need. In the CARE model the child and their carer(s) participate in a one-day assessment of physical, mental, developmental and dental health and care needs. A multidisciplinary team consisting of a psychologist, a medical doctor and a child welfare worker conducts the assessment. Based on the results from the assessment and information given by the child welfare services, the foster carers and the school or kindergarten, the assessment team writes an assessment report to the Child Protective Services. The report contains descriptions of child's needs, and recommendations for early interventions and appropriate referrals.

The children and their carers report that they have positive experiences with the assessment. They appreciate how the assessment day is organized, with flexibility to accommodate the child's needs of pauses and food. The child welfare services report that they are highly satisfied with the assessment reports giving a comprehensive account of the child's strengths, difficulties and needs. They use the recommendations actively to provide the child with services according to needs, to try to secure appropriate placement of children who do not yet have a permanent foster family, and to provide carers with individualized supervision according to child's needs.

The CARE model was also intended for children of mothers in opioid maintenance treatment (OMT), but it proved difficult to recruit this group of children to the assessment. This seems to be due to information and communication problems, as well as to parents' previous experiences, making them reluctant to use services associated with Child Protective Services.

1 Innledning

Universitetet i Oslo ble i 2016 tildelt midler fra Norges Forskningsråd sitt HelseVel-program, til et prosjekt om helse og utvikling hos barn i risiko, kalt CARE (Children At Risk Evaluation). Prosjektet omfatter tre delstudier. Denne rapporten er fra Delprosjekt 1, hvor en ny modell for kartlegging av helse- og omsorgsbehov hos barn i risiko er utviklet, prøvd ut og evaluert.

Evalueringen er gjennomført som et samarbeid mellom Universitetet i Oslo, RKBU Vest ved NORCE og By- og regionforskningsinstituttet NIBR ved OsloMet – Storbyuniversitetet.

Bufetat region sør og Sykehuset i Vestfold HF har vært vertskap for de to kliniske kartleggingsteamene, og har sammen med Helsedirektoratet også bidratt finansielt til å realisere selve kartleggingsmodellen.

I den foreliggende sluttrapporten fra modellevalueringen presenterer vi resultater fra studien etter at den planlagte kartleggingen av 200 barn/unge er gjennomført. Dette var i hovedsak barn som barnevernet hadde flyttet til en ny omsorgsbasis, men også et fåtall barn av mødre i legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Innledningsvis beskriver vi bakgrunnen for denne modellevalueringen, selve kartleggingsmodellen, og hvordan den ble gjennomført i praksis. Rapporten beskriver videre hvilke behov som ble avdekket under kartleggingen, og kartleggingsrapportenes anbefalinger for oppfølging av barnas behov og veiledning av dets nye omsorgsgivere.

Evalueringen omfatter hvordan omsorgspersonene som fulgte barna kartleggingsdagen opplevde denne dagen, og deres inntrykk av hvordan barna opplevde den. I tillegg til spørreskjemadata, ble et utvalg ungdom og omsorgsgivere intervjuet om sine opplevelser. Vi presenterer også svar fra barneverntjenestene (som oftest hadde bestilt kartleggingene) om hvordan de opplevde nytten av kartleggingen, og hvordan behovene rapportene pekte på, ble fulgt opp. Endelig redegjør vi for intervjudata fra medlemmer i de to kartleggingsteamene.

1.1 Bakgrunn for prosjektet

Det kan være mange grunner til at barn står i risiko for å utvikle ulike typer vansker, blant annet problematisk omsorgssituasjon, traumatiske hendelser, medfødte tilstander eller tidlig eksponering for rusmidler eller medikamenter. Identifisering av eventuelle hjelpebehov og tidlig hjelp til barn med slike behov, kan bidra til å forbygge skjevutvikling hos barna, og til at de kan få et bedre liv enn de ville fått uten hjelp.

Den modellen for kartlegging av helse- og omsorgsbehov som er testet ut og evaluert i dette prosjektet, kan være aktuell for barn i ulike typer risiko. Kartleggingen har, som tidligere

nevnt, i all hovedsak omfattet barn under barnevernets omsorg, selv om det også er gjort enkelte erfaringer med kartlegging av barn født av mødre i LAR. I kapittel 9 drøfter vi kartleggingsmodellens egnethet for barn av mødre i LAR. De andre kapitlene omhandler i all hovedsak barn som er flyttet ut av hjemmet av barnevernet.

Når myndighetene overtar den daglige omsorgen for barn som har opplevd mishandling eller omsorgssvikt, hviler det et stort ansvar på barnevernet for å sørge for å sikre barnet en trygg og god oppvekst. Det er vel kjent at unge i barnevernet har høy risiko for psykiske og fysiske helseplager, og at de som voksne ofte klarer seg dårligere enn de som ikke har erfaringer fra barnevernet (Backe-Hansen et.al., 2014; Dæhlen et.al., 2017). Ofte er det enkelte barns særlige helse- og omsorgsbehov ikke avdekket og erkjent når barnet flyttes ut av hjemmet. Internasjonalt anbefales det at alle barn som barnevernet flytter får en grundig kartlegging av sine behov. I dette prosjektet er det prøvd ut en modell for hvordan dette kan gjøres i praksis. Målet er at et slikt tjenestetilbud vil bidra til at barnet sikres nødvendige tjenester, at barnets tilknytning til sine omsorgspersoner styrkes, og at risiko for nye relasjonsbrudd reduseres.

Forebygge brudd

Fosterhjem er barnevernets mest brukte tiltak for barn som ikke kan bo hjemme. Andelen barn i fosterhjem av alle barn med tiltak fra barnevernet økte fra knappe 25 prosent i 2007 til omtrent 30 prosent ti år senere (NOU 2018:18, s. 50). Det er nå stor oppmerksomhet om hva som kan gjøres for at fosterhjemmene blir den trygge og stabile rammen barna trenger. Tettere oppfølging av barna og fosterforeldrene, og kartlegging av barnas behov og situasjon, er tiltak som kan bidra til færre brudd i fosterhjem (St. Meld. 17, 2015-2016, s. 65).

Det finnes ikke nøyaktig nasjonal statistikk for hvor ofte det skjer utilsiktede flyttinger fra fosterfamilier (NOU 2018:18; Falch-Eriksen, 2018), men anslagene ligger omkring 30-40 prosent, og for noen grupper ungdom opp mot 50 prosent. For noen barn og unge kan slike brudd være starten på en negativ spiral med nye brutte opphold i fosterhjem, fulgt av forsøk på institusjonsplasseringer. Hver gang et barn flytter, skjer brudd i tilknytningen til nære personer, med følger for barnets opplevelse av trygghet og forutsigbarhet. Barnets tillit til de voksne rammes grunnleggende, likedan barnets opplevelse av mestring. Sammen med de skader barnet ofte er påført i sin opprinnelsesfamilie, bidrar dette til økt risiko for psykiske lidelser, rusproblemer og kriminalitet, for å mislykkes med utdanning og arbeid, for selv å kunne gi god omsorg til barn, og for senere kroniske fysiske sykdommer og tidlig død.

Fosterfamilien på sin side, kan bli sittende tilbake med en opplevelse av å ha mislykkes, at de har sviktet et barn, men for mange også en følelse av selv å være sviktet av systemet som skulle hjelpe dem mestre en krevende omsorgsoppgave. Det å være fosterforeldre handler ikke bare om å ha husrom til én til. Vanlig god omsorg er ofte ikke tilstrekkelig for å

ivareta disse barnas behov. Som barnets nye omsorgsgivere har de ofte fått lite informasjon om hva barnet har opplevd av mishandling og/eller alvorlig omsorgssvikt som årsak til flyttingen av barnet (Bufetat region vest, 2016; Backe-Hansen et.al., 2013). Mange har fått lite forklaring på hvordan dette har påvirket barnets fungering, atferdsuttrykk og følelsesliv, dets fysiske helse, og deres utvikling av evner og ferdigheter. Mange fosterforeldre savner også nødvendig støtte og veiledning rettet mot de spesielle behov deres barn har.

En av årsakene til denne situasjonen kan være manglende rutiner for kartlegging av barns behov når de flyttes fra hjemmet. Hvordan kan nye omsorgsgivere ivareta barns behov når de ikke er identifisert, erkjent og opplyst? Denne situasjonen innebærer fare for det som er blitt kalt dobbel omsorgssvikt; at man heller ikke etter omsorgsovertakelse ivaretar barnets helse- og omsorgsbehov. Det er et stort ansvar kommunen tar på seg når det fratar foreldre omsorgsansvar for sitt barn. Dette krever at behov avdekkes og dekkes, og at barnets nye omsorgsgivere støttes og veiledes i deres ofte krevende oppgave.

Fremme tilknytning

Gjennom snart hundre år har man erkjent betydningen av en trygg, varm og nær relasjon mellom barnet og dets primære omsorgsgivere. Renee Spitz beskrev at spedbarn døde selv om de fikk fysiske behov dekket, men ikke fikk emosjonell omsorg (Spitz & Wolf, 1946). John Bowlby studerte atskillelse mellom foreldre og barn, blant annet under krig, på barnehjem og på sykehus (Holmes, 1993). Bowlby viste at alvorlige mangler i barnets tilknytning til sine nære omsorgspersoner kan føre til tilknytningsforstyrrelse, med store konsekvenser for barnets følelser og atferd.

De siste femti årene har man undersøkt den psykiske helsen i barnebefolkningen som helhet, men også hos risikogrupper. Man har sett at barn utsatt for omsorgssvikt i familien eller andre former for tidlige traumer utgjør en høyrisikogruppe, også for fysiske lidelser. I Norge har forskning vist at hyppigheten av psykiske lidelser generelt i barnebefolkningen er ca. syv prosent (Heiervang et al., 2007). Hos barn i fosterhjem er det observert mer enn syv ganger hyppigere psykiske lidelser; 51 prosent (Lehmann et al., 2013). I barnevernsinstitusjoner er det funnet enda høyere forekomst av psykiske lidelser; hele 76 prosent; altså over ti ganger forekomsten i barnebefolkningen generelt (Jozefiak et al., 2016). Felles for disse barna og ungdommene er at vanskene, ofte med utspring i traumeerfaringer, fremstår som sammensatte og komplekse.

Det er grunn til å tro at tallene for hvor mange som strever psykisk, med sosiale relasjoner, med læring, eller som har fysiske helseutfordringer, samlet sett er enda høyere enn disse tallene viser. Barna har erfart omsorgssvikt og/eller mishandling. Deres foreldre kan ha utsatt dem for rus eller stress i svangerskapet, mangelfull ernæring, dårlig hygiene, og de har ofte

ikke maktet å ivareta barnas helsemessige behov for f. eks. kontakt med helsestasjon og tannhelsetjeneste. For en del av disse barna er identifiserte helseplager, behandling og medisinerings av disse, ikke blitt fulgt opp. Ved omsorgsovertakelse kan derfor barnet ha mange helsemessige behov som ikke er avdekket. (American Academy of Pediatrics, 2015; Lee, Fouras & Brown, 2015).

Forsvarlige tjenester

Forsvarlig tjenester er et krav i den norske velferdspolitikken. Det innebærer at praksis skal være i tråd med etablert kunnskap og følge faglige retningslinjer. Forskningen har pekt på tidlige traumer som en av våre største folkehelseutfordringer (Harris, Lieberman & Marans, 2007). Gjennom det siste tiåret har tjenestene hatt et økende fokus på å avdekke og behandle traumer hos barn. Innen psykisk helsevern er det for eksempel innført rutinemessig screening av traumer barnet kan ha vært eksponert for. Det er gjennomført store multisenterstudier med traumefokusert kognitiv terapi hvor klinikere i Norge er lært opp i denne terapien. Opplæring i terapi også for små barn med traumer er igangsatt. Avdekking av traumeerfaringer og konsekvenser for barnet er inngangsnøkkel til slik hjelp. Også innen barnevernet har traumeperspektivet og traumebasert omsorg fått sterkere betydning de senere årene (Jørgensen & Steinkopf, 2013, Nordanger og Braarud, 2017; Steinkopf et.al., 2020),

Kunnskapsutviklingen i feltet medførte at det i 2015 ble publisert en rekke faglige anbefalinger og retningslinjer for å ivareta helse- og omsorgsbehovene til barn etter omsorgsovertakelse. Det kom fra anerkjente miljøer som de amerikanske barnepsykiatri- og barnelegeforeningene, fra National Institute of Clinical Excellence i Storbritannia, fra en nordisk ekspertgruppe, og fra det norske barneombudet (American Academy of Pediatrics, 2015; Lee, Fouras & Brown, 2015; Barneombudet, 2015; Vinnerjung, 2015).

Anbefalingene gikk ut på å etablere en rutinemessig grundig kartlegging av barnets helse- og omsorgsbehov kort tid etter omsorgsovertakelsen, som omfatter både fysisk helse, tannhelse, psykisk helse, utviklingsnivå og tilknytning/samspill med omsorgspersoner. Kartleggingen bør ha et traumeperspektiv for forståelsen av barnets vansker, og bør utføres av et dedikert tverrfaglig team, med kompetanse på kartlegging av denne sårbare gruppen barn og unge.

Historisk har det vært krevende å få til godt samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern (Fossum et al., 2015), men de senere årene har myndighetene utgitt rapporter om og retningslinjer for samarbeidet (Bufdir & Helsedir, 2016), og det er nylig etablert institusjoner som skal drives i samarbeid mellom disse to tjenestesektorene (Melby et al., 2020). Dette har bidratt til et klima hvor det kan tenkes konstruktivt om hvordan kartlegging

av et barns behov etter omsorgsovertakelse kan organiseres, i fellesskap mellom de to sektorene. Dette var et viktig bakteppe for utvikling og etablering av kartleggingsmodellen som denne rapporten evaluerer.

Organisering av helsekartlegging av barn i Sverige

I Sverige er det fastlagt gjennom *Lag om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet* (2017:209) at Regionen, på initiativ fra socialnämnden, skal tilby en helseundersøkelse av alle barn og unge til og med 20 år som plasseres utenfor hjemmet. Formålet med helseundersøkelsen i Sverige er primært å sørge for at barn som socialnämnden overtar omsorgen for, får ivaretatt sine behov for helsehjelp på lik linje med alle andre barn og unge. Videre kan resultatene fra helseundersøkelsen også utgjøre en del av underlaget til den omsorgsplan eller tiltaksplan som socialnämnden skal lage for barnet (Bufdir 2020). Det anbefales i de allmenne rådene at helseundersøkelsen gis så langt det ikke anses som unødvendig, og at den omfatter både fysisk, psykisk og oral helse.

Rammene for ivaretagelse av helse- og omsorgsbehov for barn som flyttes av barnevernet

Når barn plasseres utenfor hjemmet med hjemmel i barnevernsloven, kan det skje på flere måter. Det er tre hovedskiller: om plasseringen skjer frivillig (med samtykke) eller med tvang, om den skjer planlagt eller akutt og om den begrunnes ut fra foreldrenes omsorg eller ut fra at barnet «har vist alvorlige atferdsvansker. Den vanligste hjemmelen for selve flyttingen hjemmefra, er § 4-6, 2.ledd. Flytting etter denne hjemmelen skal kunne begrunnes med at «*barnet blir vesentlig skadelidende ved å forbli i hjemmet*». Når det er fattet et slikt akuttvedtak skal sak om omsorgsovertakelse (§ 4-12) fremmes for fylkesnemnda innen seks uker. Alternativet er at barnet flytter hjem eller at videre plassering baseres på et samtykke med foreldrene (§ 4-4, 6.ledd).

Kartleggingstilbudet som her evalueres er i første rekke innrettet mot barn og unge som flytter ut av hjemmet og hvor tilbakeføring ikke skjer innen kort tid. Situasjonen vil ofte være at barna er flyttet i fosterhjem eller at dette er planen, men barnet bor midlertidig i beredskapshjem.

Når barnet skal bo i fosterhjem, er denne ordningen regulert gjennom lov, forskrift og gjennom fosterhjemsavtalen. Fosterhjemsavtalen understreker blant annet at fosterforeldrene skal gis god informasjon om barnet:

Ved fosterhjemsplasseringen skal barneverntjenesten gi fosterforeldrene alle opplysninger om fosterbarnet som er nødvendig for at fosterforeldrene skal kunne ivareta omsorgen for fosterbarnet, herunder opplysninger om barnets forhistorie, helseopplysninger, tidligere

hjelpetiltak, tilhørighet, spesielle problemer, ressurser og interesser. Vesentlige opplysninger skal forelegges skriftlig for fosterforeldrene (Fosterhjemsavtalen. Pkt. 4.1.1.).

Når barn er under omsorg av barnevernet og bor i fosterhjem, er foreldreskapet på mange måter delt på tre: barneverntjenesten, fosterforeldrene og barnets opprinnelige foreldre.» Det som inngår i den daglige omsorgen for barna, er det imidlertid fosterforeldrene som ivaretar, slik det heter i fosterhjemsforskriftens pkt. 5.3.:

Fosterforeldrene skal ivareta barnets behov for stabil og trygg voksenkontakt. Videre skal de bidra til at barnet får dekket sine personlige, sosiale, emosjonelle og helsemessige behov, samt tilrettelegge forholdene rundt barnet slik at dets evner og anlegg får best mulig anledning til å utvikle seg.

Barneverntjenesten skal sikre at fosterforeldrene har mulighet til å ivareta god omsorg for det individuelle barnet. Det skjer gjennom økonomisk godtgjørelse, tilsyn, oppfølging og veiledning. Fra 1.1. 2022 implementeres det som beskrives som «Barnevernsreformen». Denne reformen innebærer at de kommunale barneverntjenestene får et større ansvar på fosterhjemsområdet. Slik omtales det i NOU 2018:18:

Fra 2022 vil kommunen ha ansvar for all veiledning og oppfølging etter at barnet har flyttet inn i fosterhjemmet. Bufetat skal ikke lenger tilby generell veiledning av fosterhjem. Dette ansvaret ivaretas i dag ved at Bufetat tilbyr gruppeveiledning til alle fosterhjem det første året etter at barnet har flyttet inn i fosterhjemmet.

Helsekartlegging av barn i barnevernet skal prøves ut videre

I april 2020 lanserte Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) og Helsedirektoratet (Hdir) sin rapport om helsekartlegging av barn i barnevernet og evt. behov for endring i lovgivningen ved innføring av dette (Hdir. & Bufdir, 2020). Rapporten anbefaler at det bør foretas en tverrfaglig helsekartlegging av barn på et tidspunkt der barneverntjenesten vurderer å flytte barn eller unge ut av hjemmet, enten det baseres på foreldres samtykke, som en omsorgsovertakelse eller som en flytting med utgangspunkt i barnas atferdsmessige vansker. Resultatene fra helsekartleggingen bør foreligge før beslutningen om flytting fattes. Direktoratene forslår videre at det bør nedfelles i barnevernloven at barneverntjenesten «*har plikt til å be om helsekartlegging av barn i gitte målgruppe og på nevnte tidspunkt*». Videre foreslås det at kartleggingen bør gjennomføres av spesialisthelsetjenesten som en lovfestet plikt for de regionale helseforetakene.

I statsbudsjettet for 2021 foreslås det å bevilge penger til utprøving av rutinemessig, tverrfaglig helsekartlegging for samme målgruppe og på samme tidspunkt som direktoratene forslø. Bevilgningen skal «*gå til utvikling av arbeidsmåter og/eller utvidede forsøk i regi av Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet*». I statsbudsjettet er det beregnet at kartleggingen skal kunne omfatte 1600 barn per år.

1.2 Problemstillinger for evalueringen

Denne rapporten oppsummerer resultater fra evalueringen av kartleggingsmodellen. Målet med evalueringen er å undersøke hvordan modellen fungerer, hvordan barn, omsorgspersoner, barneverntjenestene og de som utfører kartleggingene vurderer modellen. Videre å identifisere elementer i modellen som eventuelt bør endres. I rapporten belyser vi følgende spørsmål:

- Hvordan opplever kartleggingsteamene organiseringen av kartleggingsarbeidet?
- Hvordan opplever omsorgspersoner opplegget for kartlegging og tilretteleggingen på selve kartleggingsdagen?
- Hvilke anbefalinger om tjenester og tiltak fremkommer i kartleggingsrapportene?
- Hvilke erfaringer har barneverntjenestene med kartleggingen, og hvordan bruker de kartleggingsrapportene? I hvilken grad følger de opp anbefalingene i rapportene?
- I hvilken grad er kartleggingsmodellen tilpasset andre grupper av sårbare barn og unge?

I tillegg til rapporten, omfatter evalueringsarbeidet også en Ph.d-avhandling. Avhandlingsarbeidet gjennomføres av psykologspesialist Monica C. Haune ved Universitetet i Oslo.

Tema for Haunes avhandling er ungdom og omsorgspersoners opplevelse av selve kartleggingsdagen, hvilke behov som avdekkes og anbefalinger for oppfølging av disse som fremkommer i kartleggingsrapportene, og om hvordan disse anbefalingene følges opp i ettertid.

2 Datagrunnlag og metode

2.1 Datamaterialet benyttet i evalueringen

Datagrunnlaget for evalueringen av kartleggingsmodellen omfatter:

- (1) **Spørreundersøkelse til omsorgspersoner** (i all hovedsak fosterforeldre/beredskapsforeldre) som har vært med barn til kartlegging om erfaring med kartleggingsdagen. Undersøkelsen ble gjennomført på Ipad umiddelbart etter kartleggingen, og besvart hjemme av de som har gjennomført utredning tidligere. For de omsorgspersonene som gjennomførte spørreundersøkelsen hjemme, vurderte vi at det maksimalt skulle gå tre måneder fra kartleggingsdagen til besvarelse. Pga tidkrevende prosesser med å få nødvendige tillatelser til datainnsamling (se avsnitt 2.2), ble det ikke sendt skjemaer til de første som deltok i kartleggingen. Blant de som fikk tilbud om å besvare undersøkelsen på Ipad på kartleggingsdagen, deltok 86 prosent. Responsraten for de som fikk undersøkelsen tilsendt på epost, var på 49 prosent. Til sammen 59 omsorgspersoner har besvart undersøkelsen. Dette tilsvarer 63 prosent av de som fikk tilbud om å delta. Dataene er deretter analyser med SPSS.
- (2) **Intervjuer med ungdom og omsorgspersoner etter kartlegging** om erfaringer med kartleggingen. Det er gjennomført ni intervjuer med ungdommene selv (4 jenter, 5 gutter) i alderen 11 til 16 år, og 13 intervjuer med ungdommenes omsorgsbaser. Intervjuene vil i all hovedsak inngå som datamateriale i PhD-avhandlingen til Monica Haune, det gis en oppsummering i denne rapporten.
- (3) **Spørreundersøkelse til fosterforeldre/beredskapsforeldre** om deres erfaring med tjenester, psykisk helse (SDQ) omtrent ett år etter kartleggingen av barna. Denne undersøkelsen vil pågå fra mai 2019 til januar 2021, og utgjør ikke en del av materialet i denne rapporten.
- (4) **Intervjuer med medlemmer i kartleggingsteamene.** Det er gjennomført et gruppeintervju og syv individuelle intervju med medlemmer av de to teamene. Intervjuene har bl.a. omhandlet erfaringer med arbeidet i teamene og deres vurderinger av måten kartleggingen er organisert på.
- (5) **Intervjuer med ledere for teamenes vertsinstitusjoner** (hhv. Telemark barne- og familiesenter/Skien og Vestfold BUPA/Tønsberg). Hensikten har vært å få innsikt i hvordan teamene er organisert inn i vertsinstitusjonens øvrige virksomhet, ressursbruk og organisering.
- (6) **Spørreundersøkelse til alle barneverntjenester i regionen som har henvist barn.** Alle barneverntjenester som hadde henvist barn til kartleggingstilbudet ble kontaktet pr

epost med forespørsel om å delta i en nettbasert spørreundersøkelse. Hensikten med undersøkelsen var å få kunnskap om hvordan barneverntjenestene vurderer kartleggingstilbudet, hvilken nytte de har hatt av kartleggingene, og hva de eventuelt kunne ønske annerledes med tilbudet. I eposten ble leder anmodet om at spørreskjemaet ble fylt ut av ansatte med ansvar for barn plassert utenfor hjemmet. Svarprosenten på undersøkelsen er ca. 70. Dataene er analysert med SPSS.

- (7) **Gruppeintervjuer i barneverntjenester som har hatt barn til kartlegging.** Hensikten er å høre barneverntjenestenes vurdering av kartleggingstilbudet.
- (8) **Intervjuer med saksbehandlere i barneverntjenesten** om oppfølging av anbefalingene for enkeltbarn for å få kunnskap om hvordan tjenesten bruker rapportene, hvordan de følger opp anbefalingene, og hva som evt. er til hinder for slik oppfølging.
- (9) **Gjennomgang og koding av kartleggingsrapportene.** Samtlige rapporter er gjennomgått og kodet i hht en utarbeidet kodebok. Dataene er deretter analysert med SPSS.
- (10) **Intervju med mødre i LAR** som har/ikke har benyttet seg av tilbudet om kartlegging av barn.

Tabell 2.1 Oversikt over datamateriale og metoder brukt i evalueringen

	Survey/intervju	Informantgruppe	Metode	Antall og responsrate
1	Spørreundersøkelse om erfaring fra kartleggingsdagen	Omsorgspersoner som har fulgt barn til kartlegging	Svar på nettbrett etter kartlegging (sendt på epost til omsorgspersoner som har vært med barn til utredning tidligere). Dataene analyseres med SPSS	N=59 Responsrate: 64
2	Intervju med ungdom og deres omsorgspersoner om erfaringer fra kartleggingen	Ungdom over 11 år som har vært til kartlegging og deres omsorgspersoner	Gjennomført 1-6 uker etter kartlegging, hjemme hos ungdommen	9 intervjuer med ungdom, 12 med fosterhjem/beredskapshjem og 1 med institusjon
3	Survey til omsorgspersoner om erfaring med tjenester, psykisk helse (SDQ)	Fosterforeldre som har hatt barn til kartlegging.	Gjennomføres 10-14 måneder etter kartlegging/utredning. Dataene fra kodingen analyseres med SPSS/STATA	Foreløpig har ca. 70 av 112 svart. Pågår til januar 2021
4	Intervjuer med medlemmer i de to kartleggings-teamene om deres erfaringer med arbeidet	Fokusgruppeintervjuer og individuelle intervjuer med medlemmer i teamene		
5	Intervju med ledere i teamenes vertsinstitusjoner om organisering og ressursbruk	Ledere av teamenes vertsinstitusjoner		
6	Survey barneverntjenestene om kartleggingstilbudet	Nettbasert spørreundersøkelse til alle barneverntjenester som har henvist barn til kartlegging	Dataene fra kodingen analyseres med SPSS	57 barnevernsansatte Svarprosent ca. 70
7	Gruppeintervju med et utvalg barneverntjenester som har hatt barn til kartlegging om erfaringer med tilbudet	Nettbasert gruppeintervju med barneverntjeneste som har hatt flere barn til kartlegging.	Utvalget består av en stor tjeneste med mye erfaring fra henvisning til begge teamene	4 ledere/saksbehandlere intervjuet
8	Intervju med saksbehandlere i barnevernet om oppfølging av teamenes anbefalinger	Individuelle intervjuer om oppfølging av anbefalingene for enkeltbarn		Ca. 12 barn
9	Gjennomgang og koding av kartleggingsrapportene	Rapportene kodes etter et utarbeidet kodeskjema	Dataene fra kodingen analyseres med SPSS	200 rapporter er kodet
10	Intervju med mødre i LAR			6 foreldre, 3 som har benyttet 3 som ikke har benyttet tilbudet

2.2 Tillatelser

Kartleggingen av helse- og omsorgsbehov omfatter barn i en svært sårbar situasjon. Det var derfor nødvendig med en grundig prosess med vurderinger av ulike sider ved innsamling av opplysninger om barna og kartleggingen.

Det ble høsten 2016 søkt Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskning om vurdering av dette delprosjektets planer for datainnsamling. Etter en presisering av formålet med prosjektet, vurderte komiteen dette som tjenesteforskning, og ikke helseforskning, og at det derfor falt utenfor deres ansvarsområde. Høsten 2018 søkte vi NSD Personverntjenester om vurdering av prosjektet. Samtidig ble det søkt dispensasjon fra kravet om foreldres samtykke til barnets deltakelse i forskningsprosjektet, hos Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, som behandlet søknaden på vegne av departementet. Direktoratet videresendte henvendelsen til Nasjonalt råd for taushetsplikt og forskning, som etter ytterligere avklaringer med prosjektleder i mars 2018 anbefalte dispensasjon. Etter ytterligere bearbeiding av søknaden, og etter behandling i NSD, ferdigstilte Universitetet i Oslo vurdering av personvernkonsekvenser 28.01.2019.

3 Beskrivelse av modellen

3.1 Utvikling av modellprosjektet

Rekruttering av institusjoner og team

Etter tilsagn om bevilgning fra Forskningsrådet våren 2016, tok prosjektledelsen kontakt med institusjonene innen barnevern og psykisk helsevern som hadde gitt foreløpig tilsagn til å delta i prosjektet. Disse ønsket imidlertid ikke å gå videre på grunn av andre prioriteringer.

I stedet kom Bufetat region sør inn som vertskap for det ene teamet, med base i Telemark barne- og familiesenter (TBFS) i Skien. NOU 2016:16 hadde pekt på kartlegging av små barn som en sentral oppgave for barne- og familiesentre. Det ble derfor bestemt å avgrense kartleggingen ved dette teamet til barn 0-6 år. Opptaksområdet var hele Bufetat region sør; Agderfylkene, Telemark, Vestfold og Buskerud; i alt 83 kommuner med en samlet befolkning på ca. 1 million innbyggere. Av de fire fagstillingene som skulle knyttes til teamet var to finansiert av prosjektet, mens to måtte finansieres av Bufetat selv. To psykologer og to barnevernfaglige ble tilsatt i teamet i hver sine 50% stillinger. En 100 % merkantil stilling ble tilknyttet teamet og sykehuset i Telemark HF stilte til rådighet to LIS-leger i 20% stillinger. Den ene arbeidet ett år i prosjektet, mens den andre fortsatte hele prosjektperioden. For å dekke opp full legestilling arbeidet prosjektleder Heiervang, spesialist i barne- og ungdomspsykiatri, også som lege i teamet, med to dagers tilstedeværelse ved TBFS ut kartleggingsperioden 2017-2019.

Det ble forhandlet med BUP avdelingene i alle fylkene for å finne en vertsinstitusjon også for teamet som skulle dekke aldersgruppen 7-17 år. Prosjektet finansierte på samme måte her to av stillingene i teamet. Etter forhandlinger med alle de fylkesvise BUP avdelingene et helt år, sa til slutt BUPA ved Sykehuset i Vestfold HF seg villig til å være vertskap for teamet. De kunne imidlertid selv bare finansiere en stilling. Den siste stillingen ble da finansiert av Helsedirektoratet etter søknad fra prosjektet. I dette teamet delte to legespesialister i barne- og ungdomspsykiatri på legefunksjonen i teamet. Også to barnevernfaglige delte en stilling. Den merkantile funksjonen og psykologfunksjonen ble dekket av personer i full stilling. Alle de kliniske stillingene her var besatt av spesialister. Psykologspesialisten var teamleder. Opptaksområdet for teamet var det samme som beskrevet for teamet for de yngste barna.

Avdelingsleder for TBFS var tett involvert og tilrettela teamets arbeid i perioden. Det samme gjorde seksjonsleder for BUP Tønsberg. De teamansatte hadde sine ansettelsesforhold ved vertsinstitusjonene, brukte deres infrastruktur med bl.a. lokaler, utstyr og journalsystemer.

Dette har vært svært verdifullt for prosjektet. Overføring av lønnsmidler til stillinger og andre utgifter ble overført årlig i tråd med Universitetet i Oslo sine rutiner.

Forberedelse til oppstart

Kartleggingsteamet for de yngste ved TBFS i Skien ble etablert i januar 2017. Teamets medlemmer var aktivt med i diskusjonen om hva kartleggingen skulle omfatte, hvordan den skulle utføres, og hvilke metoder som skulle anvendes. Det var enighet om å kartlegge traumeerfaringer og -symptomer, tilknytningsvansker og relasjoner, psykisk og fysisk helse, samt barnets utvikling kognitivt, emosjonelt, språklig og motorisk. De valgte å bruke den nylig utgitte multiaksiale DC:0-5 klassifikasjonen, med skjema for informasjon om traumer samt skalaer for vurdering av relasjoner og utvikling. DC:0-5 er en videreutvikling av DC:0-3; en klassifikasjon for helsebehov hos de yngste barna. Da den enda ikke var oversatt til norsk, var noe av forberedelsene å oversette materiellet vi trengte.

Våren 2017 ble brukt til opplæring og trening i metodene teamet skulle bruke i kartleggingen. Teamet utarbeidet en mal for rapport til barneverntjenestene etter kartleggingen, og maler for delrapporter fra de enkelte skjemaene, intervjuer og tester. Det ble også laget et skriv til alle kommuner og barneverntjenester i regionen med informasjon om kartleggingstilbudet og henvisningsprosedyrer. Det ble lagt vekt på å gjøre dette så enkelt og lite arbeidskrevende som mulig for saksbehandler i barnevernet som skulle henvise barnet.

Teamet for større barn ved BUPA i Tønsberg ansatte sine teammedlemmer etter intern utlysning ved avdelingen høsten 2017, med oppstart ca. 1. februar 2018. De hadde en lignende prosess med valg av system for klassifisering (multiaksialt system for ICD-10) samt tester, spørreskjema og intervjuer, da det kreves andre metoder for store barn enn for små. Teamet kunne imidlertid bygge på informasjonsskriv til kommuner og rapportmaler som teamet i Skien hadde utarbeidet. Teamet kunne derfor starte å kartlegge barn allerede i slutten av mars 2018.

Informasjon og kick-off

Før sommeren 2017 inviterte teamet i Skien alle barneverntjenestene i regionen til oppstartseminar (kick-off) hvor de informerte om prosjektet, kartleggingstilbudet og om prosedyrer for henvisning fra barneverntjenestene. Teamet kartla de første barna i august 2017. Målet om 100 barn kartlagt ble først nådd i desember 2019, blant annet på grunn av sykefravær og noe mindre legeressurser underveis. Teamet i Tønsberg lyktes også å nå målet om kartlegging av 100 barn ved inngang til år 2020.

3.2 Metoder for kartlegging

Valg av kartleggingsmetoder

Det ble lagt vekt på å velge enkle og lett tilgjengelige metoder for kartleggingen. Følgende prinsipper var førende:

1. Metodene skulle foreligge på norsk
2. Opplæring i metoden var lett tilgjengelig
3. De skulle ikke kreve omfattende sertifisering
4. Metodene var anerkjente og i bruk i fagfeltet
5. Sammen skulle de dekke områdene vi trengte
6. Sammen skulle de kunne gjennomføres på en dag

Teamet i Skien så her til rapport fra RBUP Øst og Sør med anbefalte metoder for barne- og familiesentre fra 2015 bestilt av Bufdir, samt kontaktet forskere og klinikere i feltet. Oppsett for somatisk anamnese og prosedyre for undersøkelse av fysisk helse ble utviklet i samarbeid med klinikkssjef ved Barne- og ungdomsklinikken ved Sykehuset i Telemark HF. Teamet i Tønsberg valgte alderstilpassede metoder med utgangspunkt i arbeidet teamet i Skien hadde nedlagt, men også la også til metoder de fant relevante for aldersgruppen.

Se vedlegg 1 til sist i rapporten for oversikt over de spesifikke metodene teamene valgte.

Gjennomføring av kartleggingsdagen

Henvvisningsskjema fra barneverntjenesten inneholdt opplysninger om årsak til flytting / omsorgsovertakelse, familiesituasjon, tidligere tiltak fra barneverntjenesten, evt. opplysninger fra tidligere utredninger og standardisert skjema for psykososiale belastninger / traumer for barnet og familien. Der disse opplysningene ikke fremkom ble de etterlyst. Henvisning med vedlegg ble gjennomgått av teamene som forberedelse til og fordeling av oppgaver ved det enkelte barns kartlegging.

Barnets omsorgsperson fikk før kartleggingsdagen tilsendt spørreskjema tilpasset barnets alder, om bl.a. utvikling og traumesymptomer og medbringe disse på kartleggingsdagen. De ble også bedt om å besvare et nettbasert intervju om barnets psykiske helse. Skole og barnehage besvarte en kortere versjon av det samme intervjuet.

Begge team startet kartleggingen med at barn og omsorgsperson ble ønsket velkommen, presentasjon og orientering om dagen, innsamling av spørreskjema, og signering på tillatelse til å innhente informasjon fra aktuelle instanser.

Deretter ble barnet testet av psykolog i fht kognitiv, språklig og motorisk nivå. Det ble lagt inn pauser etter behov, hvor de yngste barna fikk leke, spise eller sove etter behov; de største barna fikk bl.a. tilbud om å spille Playstation. Begge team hadde egnede lokaler for dette.

Avhengig av barnets alder fortsatte testing med for eksempel test av sensorisk integritet, dyadisk samspill eller tilbaketrekningsatferd for de yngste; samtale med barn og omsorgsperson for de større. For større barn inkluderte samtalen spørsmål om affektbevissthet samt tilknytningsatferd. Voldsrisiko og suicidalitet ble vurdert der det var aktuelt ut fra barnets alder og situasjon.

Ved begge team ble det gjennomført legeundersøkelse med anamnese før eller etter lunsj. Teammedlemmer som ikke var i rommet med barnet kunne følge testing/undersøkelse bak et enveisspeil. Det ble gjort videoopptak av testing og undersøkelser av barnet.

Kartleggingen fortsatte vanligvis frem til omkring kl 14. Her ble spørreskjema og nettbasert intervju som var utfylt på forhånd gjennomgått med omsorgsgiver, med fokus på barnets aktuelle funksjon og eventuelle endringer fra barnet kom til dem. Ruskartlegging og tannhelse ble også gjennomgått. Ved behov ble barnet undersøkt ved tannhelseklinikk før det reiste (for barn kartlagt i Tønsberg).

Etter at barn og omsorgsperson hadde reist, møttes teamet for oppsummering og fordeling av oppgaver. Deretter ble de enkelte skjema og tester skåret og standard mal for hver enkelt delrapport fylt ut. Etter ytterligere drøfting i teammøte påfølgende uke, ble vurderingen av barnets psykiske, fysiske, utviklingsmessige og spesifikke omsorgsbehov ferdigstilt, likeledes ble det konkludert om anbefalinger til barneverntjenesten om oppfølging av behov.

Målet var at endelig sluttrapport fra kartleggingen skulle sendes barneverntjenesten innen en uke. På grunn av omfattende skrivearbeid, og noen ganger ytterligere innhenting av opplysninger fra andre instanser, gjorde at dette ofte kunne ta noen flere uker.

4 Hvordan opplever omsorgspersonene kartleggingsdagen?

Det er flere sider ved kartleggingsmodellen utviklet i CARE-prosjektet som er av interesse ved en eventuell videre utvikling eller utrulling av modellen. I tillegg til selve innholdet i kartleggingen og bruken av rapportene, har vi sett det viktig å dokumentere og evaluere tilretteleggingen av selve kartleggingsdagen. Vi har derfor bedt omsorgspersoner som fulgte barna til kartleggingen om å fylle ut et spørreskjema om hvordan de opplevde dagen og tilretteleggingen (se kapittel 2 for nærmere beskrivelse av datamaterialet).

Blant omsorgspersoner som har fylt ut skjemaet, har 58 prosent fulgt gutter til kartleggingen, mens 42 prosent fulgte jenter. 29 prosent fulgte barn under 7 år. 56 prosent av omsorgspersonene var beredskapshjem for barnet de fulgte, 43 prosent var fosterhjem og to prosent behandlingshjem. På tidspunktet da spørreskjemaet ble besvart, bodde 14 prosent av barna ikke lenger hos den omsorgspersonen som fulgte dem til kartlegging.

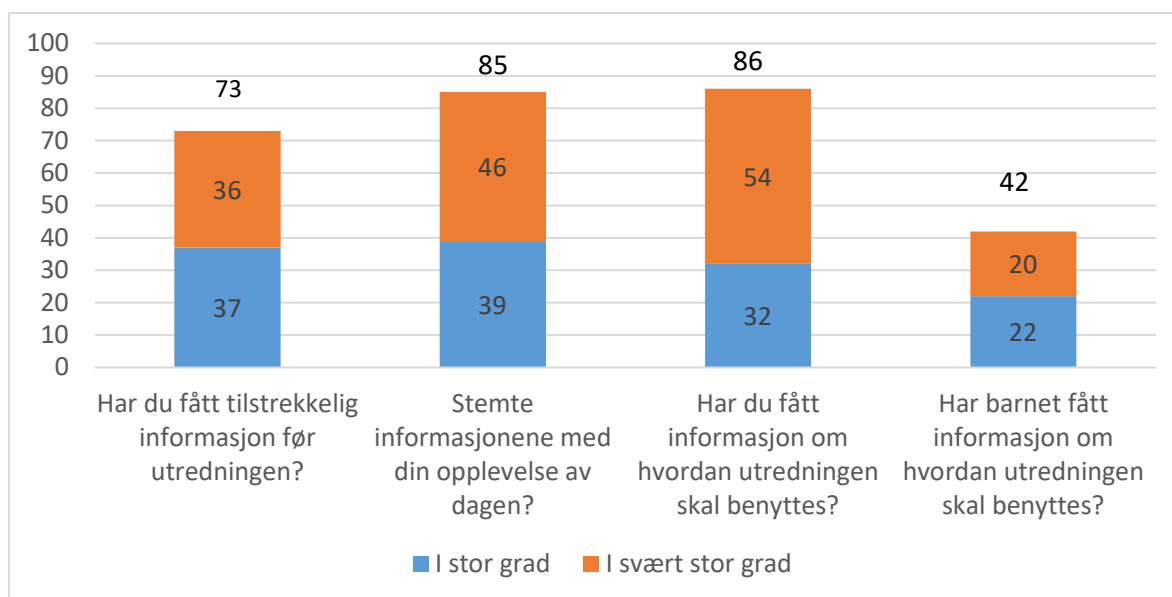
I dette kapittelet ser vi nærmere på følgende sider ved kartleggingsdagen:

- Informasjon i forkant av kartleggingen
- Praktisk tilrettelegging av kartleggingen
- Kommunikasjon med omsorgspersonen og barnet
- Belastninger og positive opplevelser knyttet til kartleggingen

4.1 Informasjon i forkant av kartleggingsdagen

Sammen med innkalling og informasjon om kartleggingsdagen, ble det sendt aktuelle spørreskjema i papir til omsorgsgiver, som de ble bedt om å medbringe kartleggingsdagen. Eksempler på dette var spørreskjema om barnets utviklingsnivå på ulike områder og om aktuelle traumesymptomer. De mottok også koder for innlogging til å besvare det nettbaserte intervjuet om barnets psykiske helse (DAWBA), som bl.a. inkluderte screeningskjemaet SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire). Skole og barnehage ble også bedt om å besvare en kortere versjon av dette nettbaserte intervjuet.

Vi spurte først omsorgspersonene om hva de syntes om den informasjonen de fikk om kartleggingen på forhånd (Figur 4.1).



Figur 4.1 Omsorgspersoners vurdering av informasjon om kartleggingen (N=59)

Vi ser av figuren at omtrent tre av fire omsorgspersoner mener at de (i stor eller svært stor grad) fikk tilstrekkelig informasjon før utredningen, og også at de aller fleste (85 prosent) synes informasjonen de fikk stemte godt med slik dagen forløp. Et stort flertall (86 prosent) av omsorgspersonene som svarte på spørreundersøkelsen mener de fikk informasjon om hvordan utredningen skulle benyttes.

Det er betydelig færre som svarer at barna fikk slik informasjon. Nærmere analyser viser at det særlig er omsorgspersoner som fulgte barn under syv år som sier at barna ikke ble informert, men det er også noen med barn over syv år som mener at barna ikke fikk informasjon om hvordan kartleggingen skulle brukes.

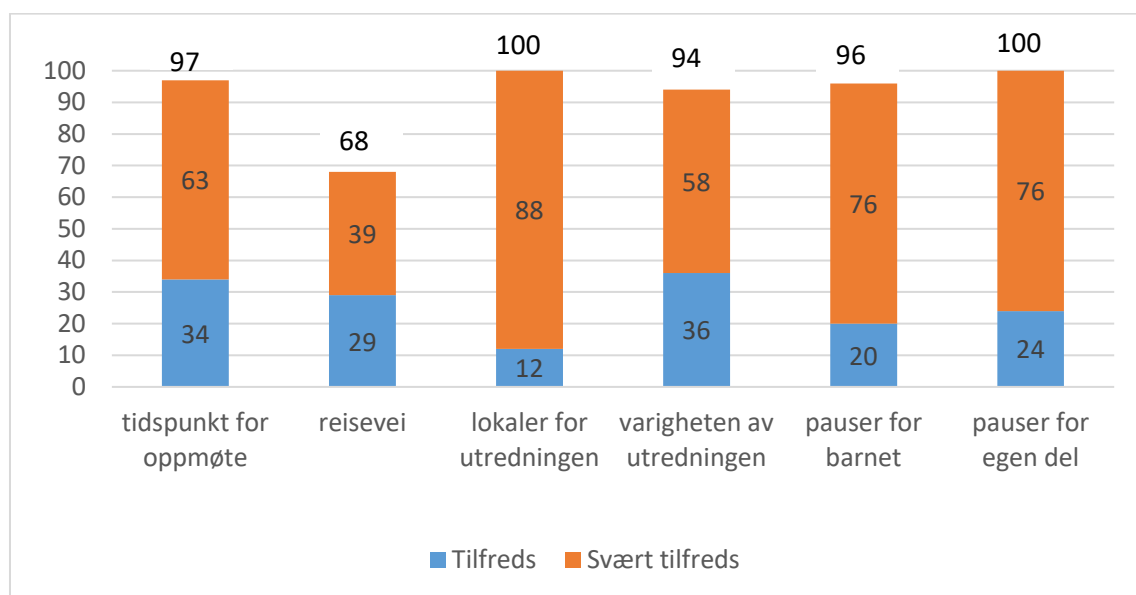
4.2 Praktisk tilrettelegging av kartleggingen

På stedene der kartleggingene ble foretatt, ble det sørget for at teamene skulle ha gode rammebetingelser for gjennomføringen av kartleggingsdagen. Det ble satt av egne rom for barna og omsorgspersonene som fulgte, med leker/aktiviteter tilpasset barnets alder, med tilgang på mat og anledning til å sove/hvile ved behov. Selve kartleggingen fulgte i all hovedsak et bestemt mønster, med mulighet for tilpasning. Kartleggingen ble for de fleste barna gjennomført mellom kl. 9 og kl. 14.

For enkelte barn og omsorgspersoner var det lang reisevei til kartleggingsstedet. I utgangspunktet var det tenkt at kartleggingsteamene kunne reise ut og gjennomføre kartlegginger andre steder. For eksempel ble det jobbet med en mulighet for at teamet i Skien kunne gjennomføre kartlegginger av barn fra Agder i Kristiansand. Det viste seg imidlertid at dette

vanskelig lot seg gjennomføre på grunn av de praktiske tilretteleggingene som var nødvendige: egne rom, enveisspeil, video-opptaksutstyr, leke-/aktivitetstilbud, hvilemuligheter etc. I stedet ble det åpnet opp for at omsorgspersoner og barn som kom langveisfra kunne overnatte på hotell i hhv. Skien eller Tønsberg, betalt av barneverntjenesten. Vi har ikke informasjon om hvor mange som har overnattet på hotell i forkant av kartleggingen, men noen benyttet seg av dette tilbudet.

I spørreundersøkelsen til omsorgspersonene som fulgte barna, spurte vi så om deres opplevelse av det praktiske opplegget for kartleggingen (Figur 4.2).

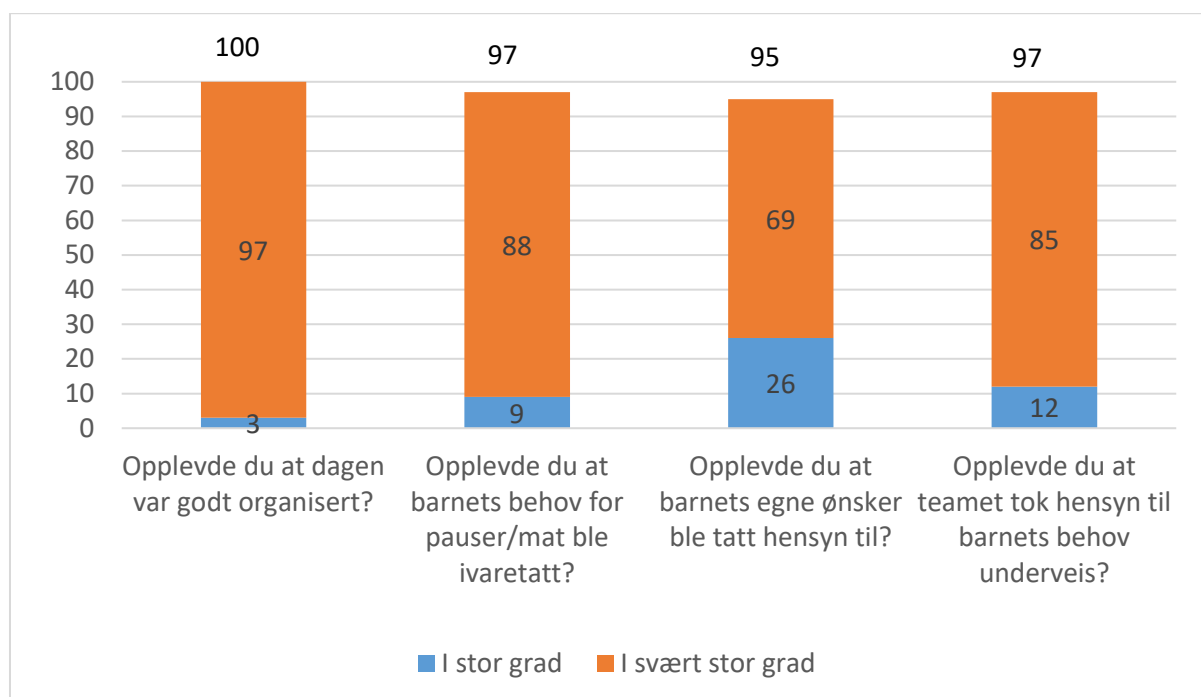


Figur 4.2 Omsorgspersoners vurdering av den praktiske tilretteleggingen på kartleggingsdagen (N=59) Prosent

Figur 4.2 viser at omsorgspersonene jevnt over er svært tilfreds med tilretteleggingen på kartleggingsdagen. Aller mest tilfreds er de med lokalene. Nesten ni av ti sier seg svært tilfreds med lokalene, mens de øvrige er tilfreds. Også muligheten for de voksne til å ta seg pauser underveis, og tilretteleggingen for pauser for barnet, vurderes svært positivt. Når det gjelder tidspunkt for oppmøte og varigheten av utredningen er det også svært stor tilfredshet; her er omtrent én av tre tilfreds, og rundt 60 prosent svært tilfreds.

Spørsmålet med noe lavere skåre gjelder *reiseveien* til kartleggingen. Her er 'bare' to av tre omsorgspersoner tilfreds eller svært tilfreds. Nærmere analyser viser at dette i stor grad dreier seg om de yngste barna, der lang reisevei oppfattes som problematisk. Opptaksområdet for teamene var jo også stort; med opptil 4-5 timers reisevei. Blant omsorgspersoner for barn under 7 år er 35 prosent lite eller svært lite tilfreds med reiseveien. Det er også noe mindre tilfredshet med *varigheten* av kartleggingen for de minste barna.

Vi spurte også omsorgspersonene om organisering av kartleggingsdagen (figur 4.3). Som figuren viser, opplevde respondentene dagen som svært godt organisert. Så å si alle omsorgspersonene mener at barnets ønsker og behov ble godt ivaretatt gjennom dagen.



Figur 4.3 Omsorgspersoners opplevelse av tilrettelegging av kartleggingsdagen (N=59). De som har svart 'ikke aktuelt' er ikke inkludert.

På et åpent spørsmål om hva omsorgspersonene syntes fungerte spesielt bra på kartleggingsdagen, svarte mange at de syntes alt var bra. Flere trekker frem den gode organiseringen og flyten gjennom dagen. Noen nevner fordelene ved at alt ble gjennomført på én og samme dag: «Synes en dags intensiv utredning fungerte mye bedre enn én time dratt utover tid», skriver en beredskapsmor. Teammedlemmenes holdning ble også satt pris på; flere peker på at alt foregikk trygt og rolig: «Organiseringen var superbra. Flotte, imøtekommende mennesker som tok imot oss.» «Tok seg god tid, ikke noe stress, og det passer mitt barn godt.»

Vi ba også omsorgspersonene gi noen stikkord om hva som kunne vært gjort annerledes rent praktisk ved kartleggingen. Det er få som benytter anledningen til å komme med forslag til endringer. Et par synes at kartleggingsdagen kunne vært litt kortere. Én nevner at det hadde vært en fordel å snu på rekkefølgen i kartleggingen, for å få en mykere start for barnet. En annen sier at barnet ble usikker og sjenert av å bli møtt av mange voksne samtidig.

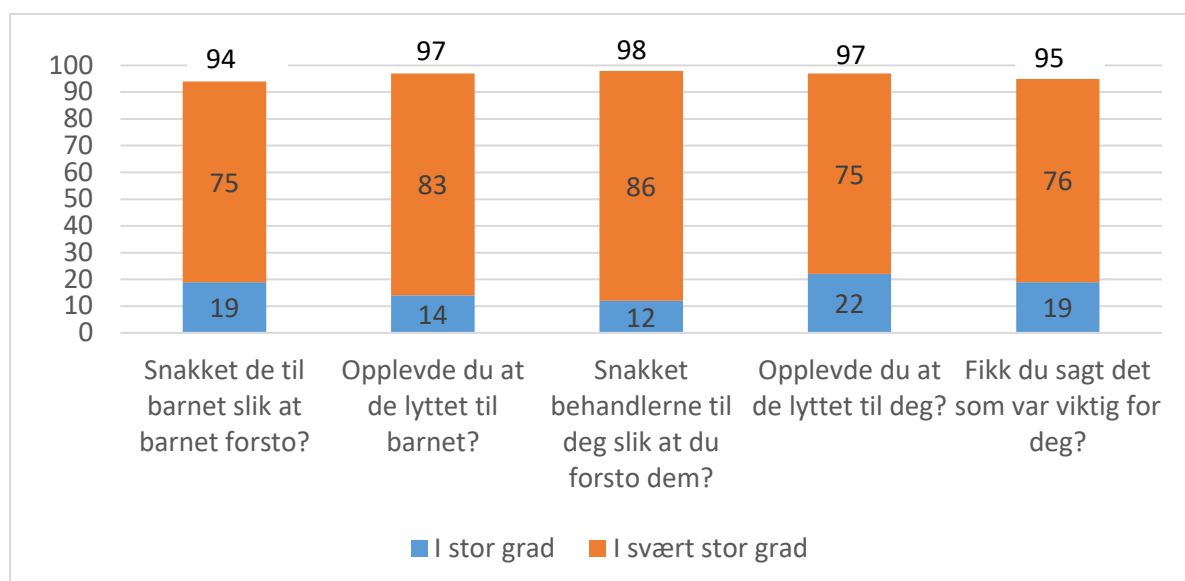
En fosterforelder mente barnet hadde vært for kort hos dem da kartleggingen fant sted. En annen syntes at spørsmål om røyking og alkohol ikke burde vært tatt opp med barnet uten at

omsorgspersonen var til stede. En beredskapsforelder var redd den lange reiseveien kan ha preget resultatet av kartleggingen: «Det var veldig lang reisevei med tanke på at barnet var kun 2 år. Det beste hadde vært å ha en overnatting i nærheten. Ikke alltid resultatet av dagen stemmer, da reisevei og det å måtte stå opp veldig tidlig kan ha innvirkning.» Som nevnt over, ble overnatting nær kartleggingsteamet tilbudt de som foretrakk det.

4.3 Kommunikasjon med barnet og den voksne

For at en dag med et såpass tett kartleggingsprogram skal fungere, må fagpersonene som står for kartleggingen kommunisere godt både med barnet og med omsorgspersonen som følger. Barnet skal, så langt det er mulig, forstå og godta det som skjer. Samtidig må de som gjennomfører kartleggingen fange opp signaler og beskjeder fra barnet. Også omsorgspersoners opplysninger om barnet, dets styrker, reaksjoner og dagsform, er viktig for kartleggingen. Vi har derfor spurt omsorgspersonene som fulgte barna om deres opplevelse av teamenes kommunikasjon på kartleggingsdagen.

Figur 4.4 viser at nesten alle vurderer teamenes kommunikasjon som svært god. Teammedlemmene snakket slik at barna forsto dem, og lyttet til det barna hadde å si. Også omsorgspersonene selv opplevde at de fikk sagt det de ønsket å si, og at de ble lyttet til. Det er grunn til å tro at teamenes evne til å kommunisere med både barn og voksne, har bidratt vesentlig til å gjøre kartleggingen til en god opplevelse for de som har deltatt. Tilbakemeldingene fra kartleggingsteamene er også at så å si samtlige kartlegginger har vært gjennomført etter planen, eller med mindre tilpasninger.

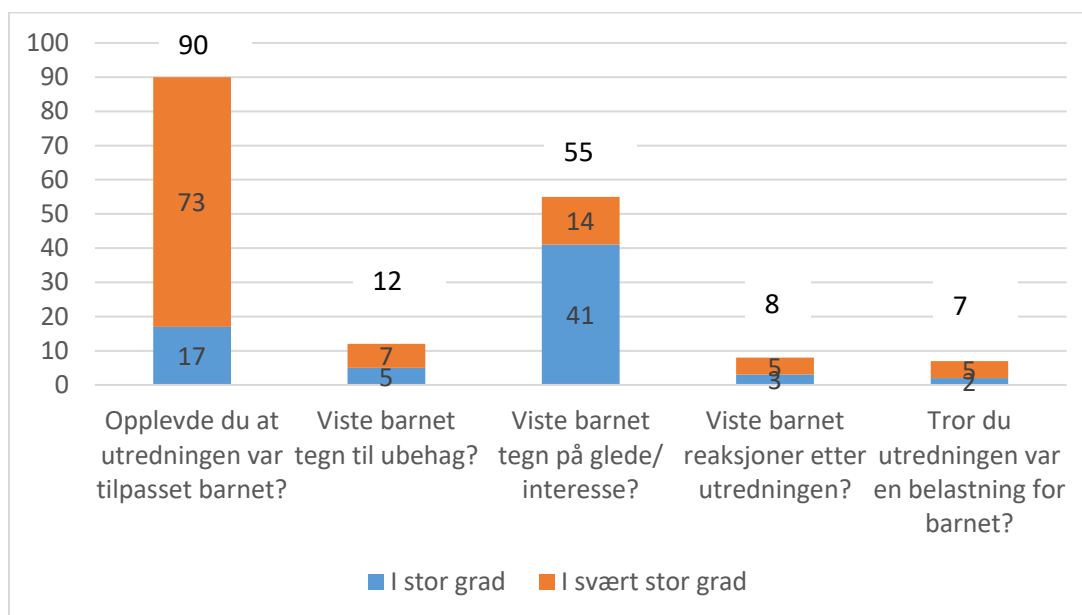


Figur 4.4 Omsorgspersonenes vurdering av kommunikasjonen med kartleggingsteamet (N=59). De som har svart 'ikke aktuelt' er ikke inkludert, dette gjelder primært de aller minste barna.

4.4 Belastninger og positive opplevelser knyttet til kartleggingen

Barna som har vært til kartlegging er ulike både i alder, personligheter og erfaringer. Det er grunn til å tro at enkelte barn synes en slik kartlegging er mer krevende enn andre. Kartleggingsteamene har meldt om noen få tilfeller av barn/ungdom som ikke har møtt til kartleggingsdagen fordi de ikke ønsket å delta. I spørreundersøkelsen til saksbehandlere i barneverntjenestene ser vi at tre saksbehandlere svarer de ikke har henvist alle barn i målgruppen for kartleggingen (knappt 9 prosent av disse respondentene), og sier at én grunn til dette var at barna selv ikke ønsket å delta. Én saksbehandler oppgir motstand hos omsorgspersoner som grunn til at de ikke henviste alle.

I spørreundersøkelsen til omsorgspersonene som fulgte barna, har vi spurt om barnas reksjoner på kartleggingen (Figur 4.5). Ni av ti omsorgspersoner synes kartleggingen var godt tilpasset barnet, og over halvparten mener barnet viste tegn på glede eller interesse over det som skjedde på kartleggingsdagen.

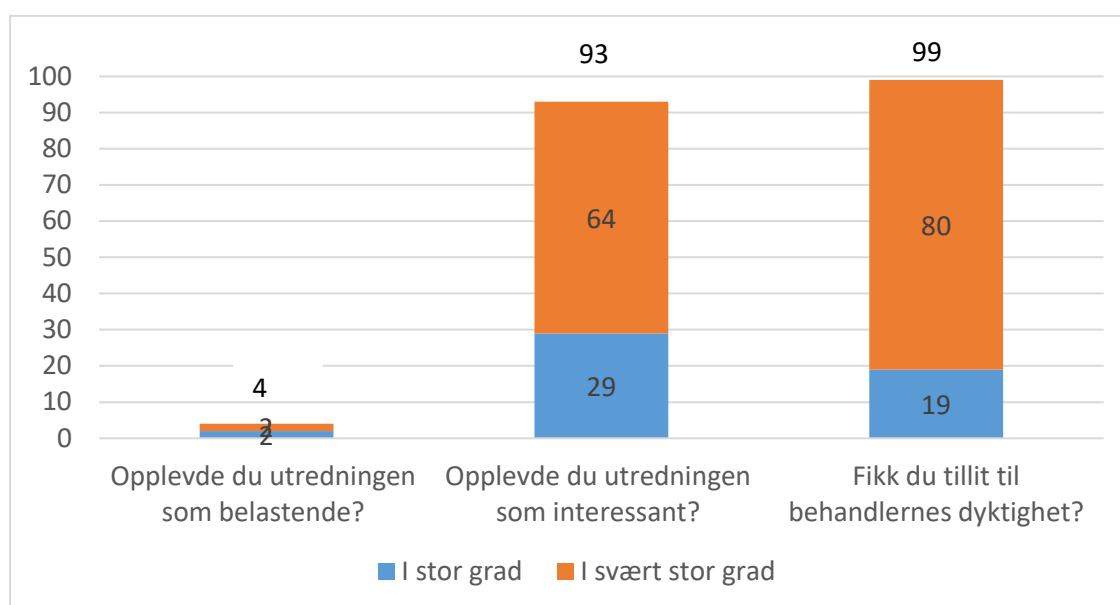


Figur 4.5 Omsorgspersonenes opplevelse av barnas reaksjon på kartleggingen (N=59)

Det er ganske få respondenter – syv prosent – som mener at kartleggingen var en belastning for barna. Omtrent like mange svarer at barna i stor eller svært stor grad fikk en reaksjon etter kartleggingen. En av åtte sier at barnet i stor eller svært stor grad viste tegn til ubehag; dette utgjør syv barn i utvalget på 59. Ytterligere syv barn viste 'i noen grad' tegn til ubehag. Til sammen utgjør dette nesten ett av fire barn. Nærmere analyser av hva som kjennetegner disse barna viser at ubehag opptrer noe hyppigere blant de eldste barna (over 12 år), og er

også noe vanligere blant barn i fosterhjem sammenliknet med barn i beredskapshjem. De omsorgspersonene som mener at barna hadde negative reaksjoner på kartleggingen, synes også oftere at barnet ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon, at barnet ikke ble lyttet til og at barnets egne ønsker ikke ble tatt tilstrekkelig hensyn til.

Vi spurte også omsorgspersonene om deres egen opplevelse av kartleggingen (Figur 4.6). Bare to av dem sa at de i stor eller svært stor grad syntes kartleggingen var en belastning, mens ytterligere tre syntes den i noen grad var belastende. Alle de voksne svarte at de opplevde kartleggingen som interessant. 93 prosent syntes den i stor eller svært stor grad var interessant. Samtlige omsorgspersoner hadde også tillit til behandlernes dyktighet. Kun én av de 59 svarte at hun eller han bare 'i noen grad' fikk tillit deres dyktighet.

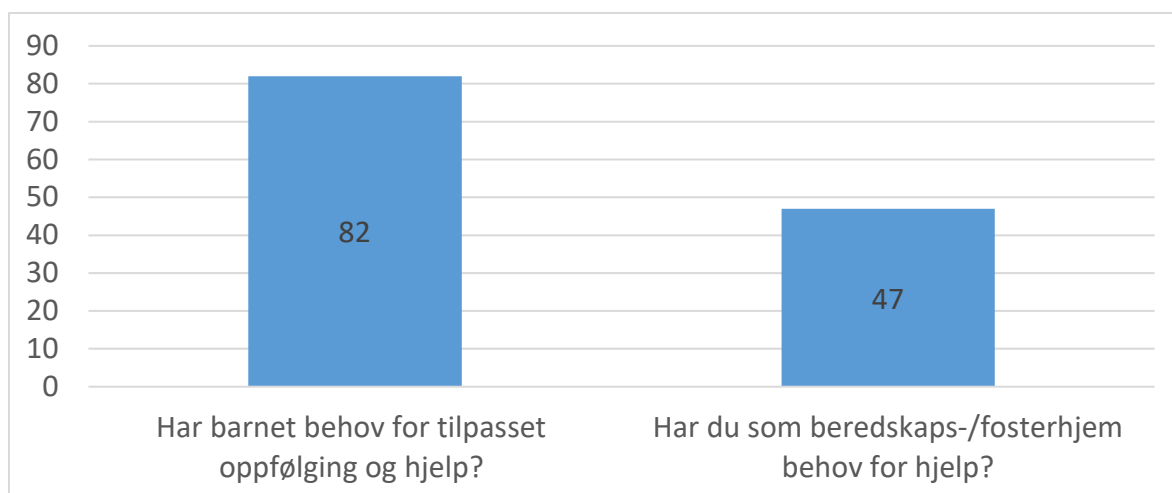


Figur 4.6 Omsorgspersonenes opplevelse av kartleggingen (N=59).

Det ser ut til å være en viss sammenheng mellom den voksnes opplevelse av kartleggingen som belastende, og den voksnes opplevelse av reaksjoner hos barnet. Det er viktig å merke seg at tallene her er svært små, og at det er vanskelig å slå fast hvilken vei en eventuell sammenheng går: synes den voksne at kartleggingen var belastende fordi barnet reagerte, eller reagerte barnet fordi den voksne ikke hadde en god opplevelse av kartleggingen.

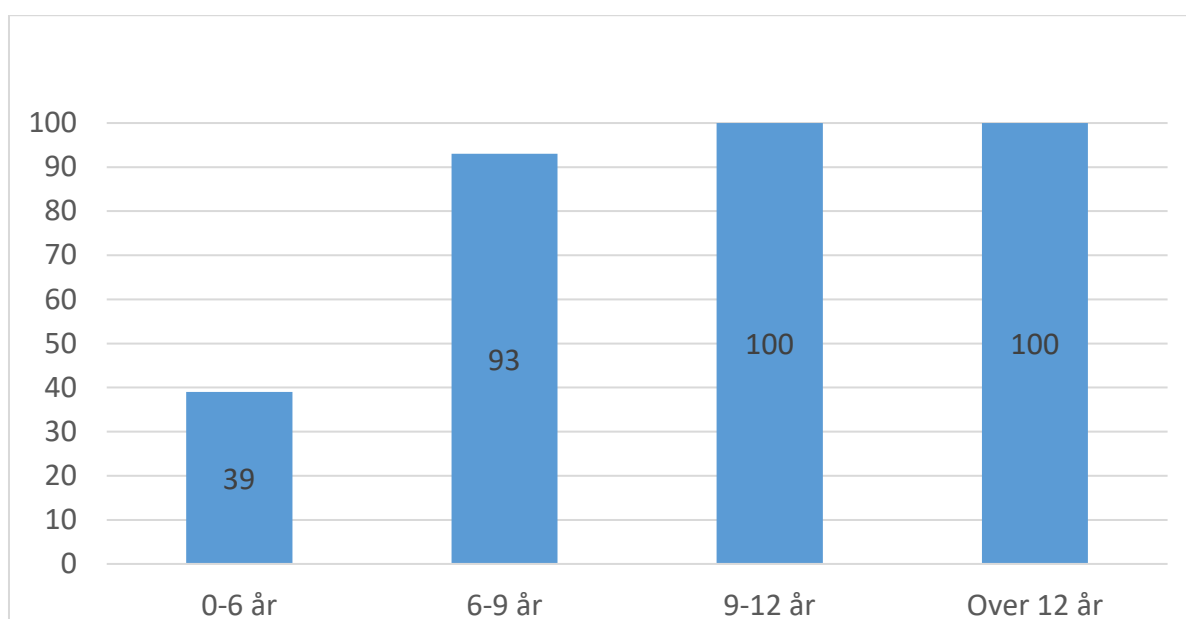
4.5 Behov for hjelp

De fleste omsorgspersonene – mer enn åtte av ti – som fulgte barn til kartlegging, mener at barna trenger tilpasset oppfølging og hjelp (Figur 4.7). Litt under halvparten mener også de selv, som beredskaps-/fosterhjem, har behov for hjelp.



Figur 4.7 Andel foster-/beredskapsforeldre som sier at barnet/de selv har behov for hjelp (N=51, respondenter der barnet er flyttet etter kartleggingen, er utelatt)

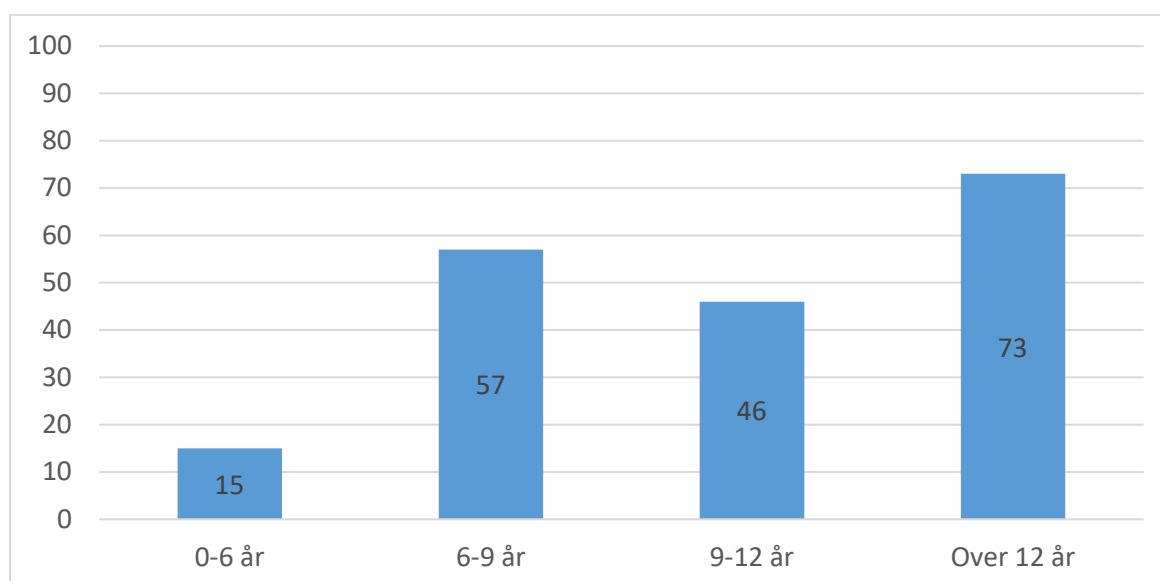
Alle som fulgte barn over ni år, mener barna trenger oppfølging og hjelp (Figur 4.8). Andelen er også svært høy for omsorgspersonene til barn mellom seks og ni år, men det er betydelig færre som mener at de yngste barna trenger hjelp. Knappt fire av ti voksne som fulgte barn under seks år, mener at barnet trenger videre oppfølging og hjelp.



Figur 4.8 Andel foster-/beredskapsforeldre som fulgte barnet som sier barnet har behov for tilpasset oppfølging og hjelp, etter barnets alder (N=51; respondenter der barnet er flyttet etter kartleggingen er utelatt)

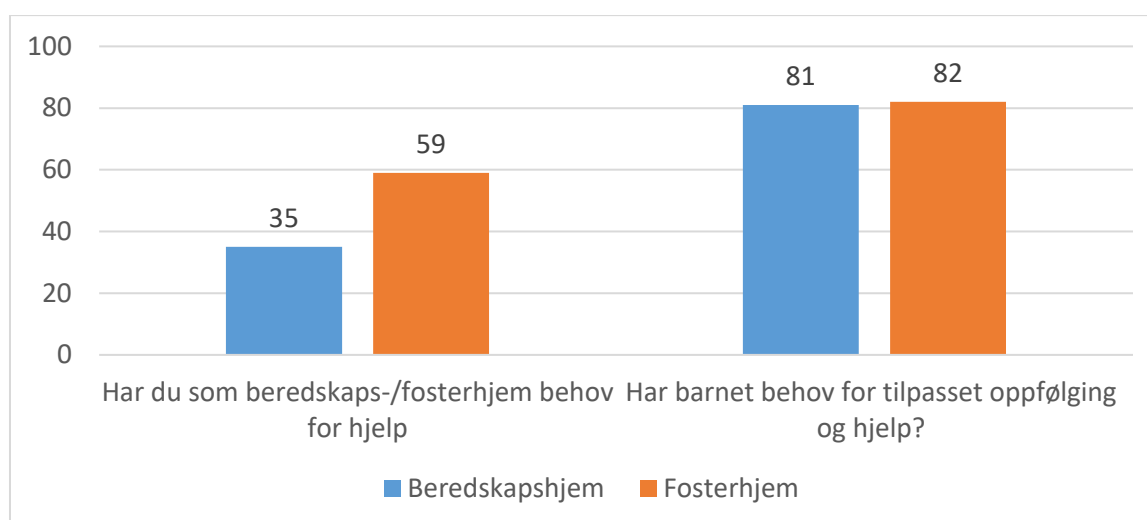
Det er få beredskaps-/fosterhjem til de yngste barna som mener de selv trenger hjelp (Figur 4.9). Andelen øker markant for de som har barn i skolealder. For de som ansvar for barn mellom ni og seks år, mener nesten seks av ti at de trenger hjelp, mens tilsvarende andel er

noe under halvparten for de som har barn mellom ni og tolv år. Mest utfordrende ser det ut å være for de familiene som har barn over 12 år. Her svarer nesten tre av fire omsorgspersoner at de trenger hjelp.



Figur 4.9 Andel foster-/beredskapsforeldre som sier at de har behov for hjelp, etter barnets alder (N=51; respondenter der barnet er flyttet etter kartleggingen, er utelatt)

Vi ser at det ikke er forskjell mellom beredskapshjem og fosterhjem i synet på om barnet trenger tilpasset oppfølging og hjelp (Figur 4.10), men at fosterhjemmene i betydelig større grad enn beredskapshjemmene ønsker hjelp for egen del.



Figur 4.10 Andel foster-/beredskapsforeldre som sier at barnet/de selv har behov for hjelp, etter type hjem (N=51; respondenter der barnet er flyttet etter kartleggingen, er utelatt)

Dette speiler trolig at beredskapshjemmene er ansatte med faste konsulenter som følger dem opp kontinuerlig. I tillegg har beredskapshjemmene ofte bred erfaring med barn i liknende situasjoner.

4.6 Oppsummering: hvordan vurderer omsorgspersonene kartleggingsdagen?

Som vi har sett av omsorgspersonenes svar på spørreskjemaet om kartleggingsdagen, er inntrykket i all hovedsak svært positivt. Vi ba respondentene avslutningsvis oppsummere deres inntrykk av dagen. Også her fremkommer svært positive karakteristikk av dagen. De aller fleste sier at dagen var bra, og at det var interessant og lærerikt å følge barnet til kartleggingen. Flere understreker også viktigheten av at barna får denne type kartlegging:

«Dagen var positiv for barnet og for oss fosterforeldre. Da rapporten kom var mye av det jeg hadde tenkt, blitt påpekt. Rapporten var nyttig ifht å sende henvisning til PPT, noe vi fosterforeldre ønsket, mens skolen gjerne ville vente.»

«En god og viktig dag for å forstå barnet og kunne gi barnet et riktig tilpasset tilbud videre.»

Men enkelte beskrev også negative opplevelser. En omsorgsperson mente (som nevnt) at kartleggingen kom for tidlig, og karakteriserer dagen slik:

«Slitsom og lang. Utredningen var også altfor tidlig i løpet da barnet kun hadde bodd hos oss en mnd. Tror alle hadde fått mer utbytte om det kunne gått litt mer tid. Spesielt med barn med tilknytningsproblematikk.»

Et par stykker synes at dagen var slitsom, men verdt det:

«Ble godt ivaretatt. Usikker på hvor mye barnet greier å formidle/prestere i ukjente omgivelser. Blir en lang dag da vi har over to timers kjøring, men det er verdt det. Gutten virker fornøyd.»

«Jeg var storfornøyd. Det er utrolig viktig utredning og til god hjelp for videre jobb med barnet. Det eneste negative er mengden på dagen med tanke på kjøring. En slik dag er veldig krevende på barnet. Og at vi i tillegg skal kjøre 5 timer i bil til sammen tur retur. Det tar på voksne også. Ellers var opplegget vanvittig bra!!!!»

Selv om tilbakemeldingene fra omsorgspersonene er svært positive, kan våre analyser indikere at kartleggingsdagen på noen punkter kan være mer krevende for de minste barna. Omsorgspersoner er noe mer tilfreds med kartleggingen av de større barna (7-17 år), noe

som vi tror først og fremst henger sammen med barnets alder. Dagen oppleves mer belastende for de minste, blant annet fordi reisen til kartlegging for disse er mer krevende.

Vi har observert at omsorgspersonene er svært tilfredse med teammedlemmenes evne til å kommunisere med både barna og de voksne i kartleggingssituasjonen. Dette er sannsynligvis en viktig forutsetning for den positive erfaringen kartleggingen ser ut til å ha vært for de fleste omsorgspersonene som har fulgt barn til kartlegging. Medlemmene av de to teamene i prosjektet har vært særdeles motivert og kvalifisert for oppgaven, noe som nok har bidratt vesentlig til det gode resultatet.

Undersøkelsen av omsorgspersonenes opplevelse av kartleggingsdagen er stort sett en bekreftelse av at opplegget fungerer godt. Likevel kan det være enkelte elementer i opplegget som kan og bør diskuteres ved en eventuell videreføring av en slik kartlegging:

- *Når bør barnet kartlegges?* Hvor tidlig etter flytting er det hensiktsmessig å gjennomføre kartleggingen? Hvor godt bør beredskaps-/fosterforeldre kjenne barnet, og hvor stabil bør bosituasjonen være for barnet ved kartleggingstidspunktet?
- *Hvor lang reisevei* kan aksepteres for barn og omsorgspersoner? Kan lang reisevei kompenseres ved hotellovernatting? Er det mulig for kartleggingsteamene å reise ut, nærmere barna? Evt. bør kartleggingsteamene være mer desentralisert lokalisert? Dette er spørsmål som må vurderes nøye når eventuelt en modell for rutinemessig kartlegging bygges ut på landsbasis. Både nærhet og kompetanse er sentrale tema å vurdere videre.

Vi kommer tilbake til en nærmere drøfting av disse punktene i avslutningskapittelet.

5 Intervju med ungdommer og omsorgspersoner

Som en del av ph.d.-prosjektet som inngår i evalueringen av CARE-modellen, ble det gjennomført intervjuer med et utvalg ungdommer (11-16 år) og deres omsorgspersoner kort tid etter de hadde vært med på kartleggingsdagen. Intervjuer med 13 familier (totalt 21 intervjuer) utgjør grunnlaget for datamaterialet i denne kvalitative studien, som ferdigstilles våren 2021. I datamaterialet er det 4 familier der kun omsorgspersonen er intervjuet, da ungdommen selv ikke ønsket å delta, eller omsorgspersonen anså at det ville være uheldig å intervju ungdommen på det daværende tidspunkt. Noen av ungdommene ønsket at omsorgspersonen skulle være til stede under intervjuet med dem, andre ønsket å snakke med intervjuer alene. Intervjuene med omsorgspersoner ble i all hovedsak gjennomført uten ungdommen til stede, men i noen tilfeller ble det en overlapp, der ungdom og omsorgspersoner delte sine erfaringer sammen. Intervjuene fant sted i ungdommenes hjem, det vil si beredskapshjemmet, fosterhjemmet eller barnevernsinstitusjonen.

Målet med studien var å få innsikt i ungdoms og omsorgspersoners erfaringer med og refleksjoner rundt den kartleggingsdagen de hadde vært med på. Det ble gjennomført semi-strukturerte intervjuer med utgangspunkt i en tilpasset form av «Livsformsintervjuet» (Andenæs, 1991, Haavind, 1987). Denne typen studie gir ikke grunnlag for å si noe om forskjeller mellom grupper eller om hva som er representativt for alle de 200 barna og ungdommene som er kartlagt i CARE, men den kan gi dybdekunnskap om et utvalg ungdommers og omsorgspersoners opplevelser og tanker rundt dagen.

I dette kapittelet presenteres noen av ungdommenes og omsorgspersonenes tanker og erfaringer rundt ulike deler av kartleggingsdagen. Følgende kategorier er tatt med:

- Dagen som helhet
- Forståelse og forventninger i forkant
- Dagen, økt for økt
- Møtet med kartleggingsteamet
- Hva skjer videre?
- Andre aktuelle temaer

5.1 Utvalg

Ungdommer over 11 år som ble kartlagt innenfor et gitt tidsrom, og deres omsorgspersoner, ble invitert til å delta i studien.

Kjønn	Alder	Bosituasjon	Tid mellom kartlegging og intervju	Intervju med ungdom	Intervju med omsorgsperson
G	11	Fosterhjem	1 uke	•	•
G	11	Beredskapshjem	3 uker		•
G	11	Beredskapshjem	4 uker	•	•
J	12	Beredskapshjem	2 uker		•
G	12	Fosterhjem	3 uker	•	•
J	12	Beredskapshjem	3 uker		•
J	12	Fosterhjem	5 uker	•	
J	13	Beredskapshjem	3 uker	•	•
G	14	Institusjon	1 uke	•	•
G	14	Beredskapshjem	3 uker	•	•
G	15	Beredskapshjem	2 uker		•
J	15	Fosterhjem	3 uker	•	•
J	16	Fosterhjem	6 uker	•	•

Tabell 5.1 Oversikt over ungdommene og omsorgspersonene som ble intervjuet om erfaringer fra og opplevelse av kartleggingsdagen.

5.2 Dagen som helhet

Det ungdommene fortalte mest om var hvordan de «klarte seg», og hva de la vekt på som lett eller vanskelig, morsomt eller litt mer kjedelig og slitsomt. Ungdommene rapporterte generelt om kartleggingsdagen som en overveiende positiv opplevelse. Flere ting ble trukket frem som positive, eksempelvis testen hos psykologen, at det var godt å snakke om vanskelige ting og at det var morsomme aktiviteter i pausene. Det fantes også elementer i dagen som kunne oppleves utfordrende, for eksempel kunne enkelte oppleve dagen som lang, andre synes testen hos psykologen var «skoleaktig» og kjedelig, og det kunne være ubehagelig, eller uaktuelt, å snakke om vanskelige opplevelser. Et gjennomgående tema, uavhengig av om dagen ble opplevd som kjedelig eller morsom, var ungdommenes opplevelse av å bli tatt på alvor og møtt med respekt av klinikerne i kartleggingsteamet

«Nei, jeg synes det var greit alt sammen.» (Gutt, 12)

«Det var greit, men litt slitsomt.» (Jente, 12)

«Jeg tenkte jo liksom at det var litt som BUP, da. Bare at da snakker man ikke med alle, da. Da snakker man jo bare med en psykolog på BUP, eller sosionom, eventuelt. Og nå snakket jeg med psykologspesialist, sosionom og overlege. Det gikk veldig greit, egentlig. De var jo veldig hyggelige! Det er jo en lang dag, men samtidig det gikk jo egentlig kjempefort.» (Jente, 16)

Omsorgspersonenes inntrykk av hvordan ungdommene opplevde dagen, stemte godt overens med det ungdommene selv sa. Omsorgspersonene rapporterte for egen del om mange positive erfaringer fra en dag som de opplevde som viktig og ønsket. To felles synspunkter for omsorgspersonene var at denne typen kartlegging er viktig for barna og ungdommene for at de skal få den hjelpen de eventuelt trenger, og at det var godt for dem som omsorgspersoner å få delt sine tanker om ungdommens fungering og få et blikk utenfra. Det ble også opplevd som positivt å møte et tverrfaglig team med spesialister. Enkel logistikk så også ut til å være viktig for omsorgspersonene, og det ble trukket frem som en fordel at kartleggingen ble gjennomført så effektivt, på en dag, til tross for at både ungdommer og voksne var slitne etterpå.

«Jeg tenker at den dagen der.. vi fikk jo gjort veldig mye på den dagen som sikkert hadde dratt ut i ukesvis skulle en hatt en gang i uken en halv time der eller der.»
(Fostermor)

«Jeg tenker at det er et stort behov, jeg tror det er kjempe-, kjempeviktig. Hvem som gjør det og hvilket system og sånn, det er for meg helt irrelevant, egentlig. Men jeg mener at det er et veldig stort behov, og at disse barna som er i en så akutt fase, kanskje midt i det verste de kan oppleve i livet, at de får en skikkelig utredning. Det er veldig viktig.» (Beredskapsmor)

«Jeg følte liksom at den jenta jeg så, det så de ganske raskt. Det var godt, da er jeg jo ikke helt på bærtur. Og at det går litt hånd i hånd med de testene og de samtalene og hvordan jeg opplever henne, at det er ganske bra kartleggingsverktøy. At man kan finne ut av disse tingene som jeg har kjent på kroppen i fire måneder.»
(Beredskapsmor)

5.3 Forståelse og forventninger før kartlegging

Ungdommene rapporterte om ulike følelser og forventninger knyttet til kartleggingsdagen, avhengig blant annet av hvilken informasjon som var gitt dem av omsorgspersonene, hva de hadde fått med seg av den informasjonen og hvilken erfaring de hadde fra liknende arenaer tidligere. Det fremkom ulike antakelser om hva som skulle skje, for eksempel at de skulle snakke om ting som hadde skjedd med dem, svare på «masse spørsmål», ta tester, sjekke konsentrasjonen, eller være med på «forskningsgreier». Det var også en felles opplevelse at de ikke visste helt hva de skulle, men at de bare dro dit fordi de fikk beskjed om det. Enkelte ungdommer hadde lest informasjonsskrivet og likte at det var adressert til dem.

«Jeg var litt nervøs...» (Jente, 12)

«Jeg følte ingenting. Jeg har vært med på sånn mye sånn snakk og masse sånn greier. Ja, på sånn institusjon. Og da var det masse sånne møter hver dag og sånne ting, så det.. gjorde meg ingenting.» (Jente, 15)

«Prosjekt! Eller sånn derre forskningsgreier. Som [beredskapsmor] har sagt sånn 1,2 milliarder ganger. Sånn forskningsprosjekt om hvordan jeg har det og sånn derre ...» (Gutt, 11)

Omsorgspersonene hadde en klarere oppfattelse om hva som skulle skje enn ungdommene, og de hadde alle lest informasjonsskrivet, men også her var det individuelle forskjeller. Flere hadde hørt om kartleggingen fra kollegaer eller andre som hadde vært med, og de så frem til å komme. Enkelte ungdommer ble henvist til kartleggingen lang tid (flere år) etter de ble flyttet fra hjemmet, fordi fosterforeldrene hadde kontaktet barneverntjenesten og etterspurt hjelp til ungdommen. I disse tilfellene var det mer uklart for omsorgspersonene hva som var hensikten med kartleggingen. En betraktning som de alle delte, var at det var uventet at de selv som omsorgspersoner skulle delta så aktivt i kartleggingsdagen. Dette kom overraskende på mange, men det ble oppfattet som positivt og nyttig å få dele tanker og informasjon med teamet.

«Jeg tenkte vel kanskje på en måte før jeg skulle dra dit, så tenkte jeg jo at det var mer sånn her Barnehuset-opplegg. For da blir du egentlig sittende veldig masse for deg selv.[...] Men det var jo så bra når jeg kom dit. Og jeg hadde med meg bok og greier, jeg. Jeg rakk aldri å lese i den, for å si det sånn.» (Beredskapsmor)

5.4 Kartleggingsdagen, økt for økt

Kartleggingsdagen er strukturert slik at ungdommene og omsorgspersonene møter teamet til en oppstartssamtale der de blir presentert for teamet med de tre klinikerne (lege, psykolog og barnevernfaglig) og timeplanen for dagen. Deretter er det ulike økter, eller «poster» som noen av ungdommene kalte det, som både omsorgspersoner og ungdommer skal gjennom, noe felles og noe hver for seg. De skal delta i samtaler, være med på testing og legeundersøkelse. Dagen avsluttes med en felles oppsummering med tilbakemelding til ungdom og omsorgsperson.

Testing med WISC-V

I løpet av kartleggingsdagen gjennomfører barnet en test sammen med psykologen i teamet. Denne testen bruker man for å vurdere kognitive evner hos barn og ungdom. I intervjuene fremkom det mange positive erfaringer fra denne delen av dagen, og et flertall av ungdommene trekker frem testen som dagens høydepunkt (i tillegg til McDonalds på vei hjem). Det kan se ut som denne typen «hjernetester», som mange av dem kalte det, åpnet opp for mestringsfølelse. De ville gjerne mestre, og tok til seg tegn på at de gjorde det. Testleders evne til å skape trygghet i en potensielt sett stressende situasjon har trolig spilt en

rolle i dette. Det var også noen ungdommer som opplevde testen som utfordrende, kjedelig og «skoleaktig».

«Det var... det var jo egentlig litt gøy, egentlig. Å gjøre sånne tester. Det var liksom gøy å prøve noe ny testing og sånt. Bare sånn gøy å utfordre meg selv og prøve vanskeligere ting.» (Jente, 13)

«Jeg skårte ganske høyt. Bedre enn en normal person.» (Gutt, 14)

«Det var litt vanskelig, og litt kjedelig.» (Jente, 12)

Omsorgspersonene rapporterte at de fikk nyttig informasjon om ungdommen sin gjennom testen og at dette kunne ha overføringsverdi til hverdagen. Dette kunne handle om områder ungdommen presterte spesielt godt på, eller områder der ungdommen strevde mer. Det ble også rapportert om positive erfaringer knyttet til tilbakemelding av testresultat.

«Hun dro ikke hjem og trodde hun ikke skjønte noen ting. For det gjorde hun ikke. Hun fikk egentlig mest fokus på hvor bra hun hadde jobba og hvor utholdende hun var, hastigheten på den ene oppgaveløsingen, og det hun hadde fått til.» (Beredskapsmor)

Legeundersøkelse

Ungdommene rapporterte om en uproblematisk legeundersøkelse, selv om de ikke alltid forsto hensikten med alt som ble undersøkt. Noen fortalte at de synes det var spennende med den type undersøkelser. Andre delte at de hadde vært litt urolige i forkant av legeundersøkelsen, blant annet i frykt for at de skulle «bli stukket». Her ble det viktig at legen avklarte allerede i oppstartssamtalen, at hun ikke skulle stikke dem. Også her, som gjennomgående i denne dagen, spilte trolig fagpersonenes evne til å skape trygghet i undersøkelsessituasjonen en rolle for barnas opplevelse.

«Det gikk bra. Ikke verdens spenningenste ting. Vi sjekka om alt gikk bra med meg, om jeg hadde noe allergier og så sjekka hun noe greier som jeg hadde. Ja - sånn vanlige greier.» (Jente, 12)

«Greit nok. Det var litt rare spørsmål! Sånn rus og alkohol og masse sånn snus og røyk og masse sånt.. Så tok hun bare høyde og vekt. Men jeg drev og klatra rundt i ribbeveggen og sånn, da. Og hang meg rundt og slang.» (Gutt, 11)

«Jeg trodde at jeg skulle ta sprøyte, og det ville jeg ikke. Det var jo masse sjekk, og da tenkte jeg kanskje at de skulle sjekke blodet mitt... også var jeg redd for å sjekke tennene mine, jeg vil ikke gjøre noe med tennene mine, jeg liker de.» (Gutt, 12)

Samtalen om «det vanskelige»

Ungdommene som ble intervjuet har opplevd ulike typer belastninger i livet. En del av dagen brukes til traumekartlegging og kliniske intervjuer med barna, der man snakker om

belastende livserfaringer, potensielt traumatiserende hendelser, følelser og andre ting som kan være vanskelige å prate om for mange. For noen følte det greit, og også bra, å prate med kliniker i teamet om det som var vondt og vanskelig. Andre delte en ambivalens når det gjaldt å gå inn i disse temaene, og fortalte at de helst unngår å prate om det. Andre igjen ga uttrykk for tvil rundt i hvilken grad barn og ungdommer faktisk snakker *sant* når de ble spurt om det aller vanskeligste. Enkelte var tydelige på at de ikke ville snakke med klinkerne om dette og i disse tilfellene sa de at de opplevde at klinikerne respekterte og forsto deres ønske om ikke å dele. Også her var flere av ungdommene opptatt av at de «klarte» det de skulle i samtalen med klinikerne.

«Nei det var jo greit. Det gikk jo fint. Så lenge jeg har følelsen av at dette er et greit menneske, liksom, så kan jeg snakke med dem» (Jente, 16)

«Aller først så var det greit, da. Men... så snakka vi om noe jeg kanskje ikke.. kanskje nesten hadde glemt, så da ble det litt kjedelig å sånn tenke på det igjen» (Jente 13)

«Jeg synes det egentlig gikk helt greit. Jeg følte at jeg klarte det.. [...] det var deilig å snakke med noen om ting som er litt vanskelig å snakke om andre plasser» (Gutt, 11)

I flere intervjuer med omsorgspersoner fremkom det at ungdommene fortalte ting i samtalen med klinkerne, som tidligere ikke var kjent, verken for omsorgspersoner eller barneverntjenesten. Omsorgspersonen opplevde dette som viktig for forståelsen av barnet, og for at de selv og barnverntjenesten kunne gi bedre hjelp fremover. Ungdommene det gjaldt hadde i etterkant gitt uttrykk til sine omsorgspersoner om at det var fint å være der og snakke.

«Så det at...da var det noen opplysninger som vi ikke visste noe om. Og det kan være fordi vi aldri har spurt, eller ikke hun har tenkt over det.» (Beredskapsmor)

«Så han satte seg jo ned og pratet med psykologen og fortalte om ting som hadde skjedd. Alvorlige, stygge ting... det er helt sånne hårreisende ting. Og ingenting av dette her visste vi jo om, ikke sant?» (Fostermor)

Felles oppsummering

På slutten av kartleggingsdagen samles ungdommen, omsorgspersonen og klinikerne i rommet der de startet opp. Her blir det gitt en oppsummering av dagen og en tilbakemelding til ungdom og omsorgspersoner på de ulike delene av dagen. Enkelte av ungdommene var ikke med på oppsummeringen, da de valgte å la være, andre husket lite av hva som ble sagt, mens andre husket godt hva som skjedde og ga uttrykk for å være fornøyd med tilbakemeldingen de fikk.

«Jeg tenkte egentlig ikke så mye, jeg satt mest og hørte på, og så satt jeg og så på en flue på veggen.» (Jente, 16)

«Jeg husker egentlig ikke så veldig mye fra den oppsummeringa. Kanskje bare noen få øyeblikk. De bare spurte litt om hvordan det var. Og ...ja. Jeg husker at de spurte om hvordan det var å snakke med folk og hvordan det var å ta de testene og sånt. Jeg synes jo ikke det var SÅ kjedelig, da, for da visste jeg at jeg snart skulle hjem» (Jente, 12)

«De oppramset bare det de hadde gjort og så dro jeg til tannklinikken» (Gutt, 11)

«Eh... [de sa] at jeg var en frisk gutt og ikke hadde noe diagnoser og sånn at.. og så fikk jeg litt skryt for at jeg husket veldig bra og ganske smart.. hadde logiske.. eller hadde bra ordforståelse og sånn.» (Gutt, 11)

I intervjuene med omsorgspersonene kom det opp flere temaer som var viktige for dem i denne sammenheng. De syntes selv det var godt med en oppsummering og tenkte at det også var fint for ungdommene. De tematiserte en del utfordringer i rollen som fosterforelder eller beredskapsforelder, eksempelvis at de ofte vet svært lite om den unges fungering og behov, og de var spente på i hvilken grad de ville få ta del av rapporten og den informasjon som fremkommer der. Mange ønsket kunnskap om den unge, for å forstå dem bedre og også for å hjelpe dem med å forstå seg selv. Samtidig ble det også tematisert at ungdommene måtte få ha sensitiv informasjon for seg selv hvis de ønsket det, og selv velge hva de ville dele med dem som omsorgspersoner.

«Ja... eh... jeg synes egentlig oppsummeringen var fin. Å få den sammen med alle. Da var det jo egentlig rolig og harmonisk stemning hvor hun var liksom, trygg, var trygg på alle, holdt jeg på å si. Ja.. så jeg var veldig glad jeg fikk en oppsummering.» (Beredskapsmor)

«Og hvis vi ønska det sammendraget på slutten, der de hadde gått gjennom alt, så skulle i spørre på barneverntjenesten om å få det. Og det har jeg egentlig litt lyst til. Jeg håper at jeg får det. Men jeg er veldig usikker på det. Fordi vi er fosterforeldrene, så det er ikke så lett å få informasjon sånn ellers, liksom. Men det var i alle fall det de sa at vi kunne. Det har vi lyst til og tenkt til å spørre om. For å få litt følelse av hva han har fått ut av dagen. For det er jo viktig for meg. Hvordan har han hatt det? Var det noe spesielt han hadde fokus på? Er det noe vi kan gjort for han, nå i ettertid? Noe vi... ja det er jo litt det jeg tenker.» (Fostermor)

«Og det sa jeg fra om også når jeg snakket litt med [kliniker] før den oppsummeringen, så sa jeg det at... jeg vet ... han har fortalt oss veldig lite, så det er greit at du i en sånn oppsummering at du ikke drar... tar med deg det .. noe som han har sagt da, i tilfelle han ikke vil at jeg skal vite det. Fordi han har ikke fortalt oss... vi vet veldig lite, da.» (Beredskapsmor)

5.5 Hva skjer etter kartlegging?

Mange av ungdommene fortalte at de ikke hadde noen tanker om hva de forventer eller ønsker skal skje etter kartleggingen. De snakket heller om hva de ønsket seg og trengte i beredskapshjemmet, i fosterhjemmet eller for sine biologiske foreldre. Det var også noen av ungdommene som hadde klare tanker om hva de ønsker hjelp til eller hva de ønsker skal

komme ut av kartleggingen. Det kunne handle om hjelp til å sette ord på ting, hjelp til å redusere spilletid eller mer generelt at de skulle få hjelp til det kartleggingen fant at de trengte hjelp til.

Omsorgspersonene hadde klarere forventninger og forhåpninger når det gjaldt hva kartleggingen kunne lede til. Felles for dem alle er at de ønsker at ungdommene skal få den hjelpen de trenger, og de er spente på om barneverntjenesten får tatt tak i det som anbefales i rapporten. Dette kunne for eksempel handle om videre oppfølging av behov som ble identifisert i kartleggingen, tilrettelegging i skolehverdag, oppfølging fra PPT, eller å starte eller gjenoppta behandling i BUP. Noen var opptatt av viktigheten av at de selv eller fremtidige fosterforeldre får den informasjonen som fremkom i kartleggingen for å gi ungdommen den omsorgen den trenger. Informasjon fra barneverntjenesten til dem som omsorgspersoner var et tilbakevendende tema på tvers av intervjuene.

5.6 Møtet med kartleggingsteamet

I intervjuene fremkommer erfaringer, både fra ungdommer og voksne, at de ble møtt med varme og profesjonalitet fra teamets side. Ungdommene forteller om voksne de fort ble trygge på, og som de «skjønnte» var greie. Også de som var tydelige på at de ikke likte å snakke om vanskelige ting eller ikke ønsket å dele så mye med teamet i det hele tatt, fortalte om en opplevelse av å bli møtt og respektert på dette.

«jeg ser jo hvordan de er og sånn først [...] jeg skjønner jo hva slags personlighet de har og sånn [...] Og at de ikke er slemme og de er snille [...] jeg ser det på bevegelsene og hvordan de snakker til meg og sånn.» (Jente, 11)

«Det var ... jeg ble litt sånn nervøs aller først, for det var veldig mange folk som jeg ikke visste hvem var. Men jeg ble mindre nervøs når jeg kom på rom med dem og pratet med bare dem. Da ble det litt sånn annerledes.» (Jente 12)

«De skjønnte at jeg ikke gadd å snakke så mye. [...] De så det på meg» (Gutt, 15)

Omsorgspersonene fortalte at det virket som om ungdommene fort følte seg trygge, til tross for det som potensielt sett kunne være en utfordrende situasjon. Fra flere av omsorgspersonenes side ble det opplevd som positivt, at det var et helt team som skulle gjøre kartleggingen. Dette kan forstås som at klinikerne raskt klarte å etablere en trygg samarbeidsrelasjon både til ungdommer og voksne.

«Han ble jo veldig tatt vare på og sett og forklart, og altså du merker at de er så ordentlige da. Ting er proff, på en måte. Det er liksom ikke... det er planlagt i minste detalj at du kommer. Ingenting er overlatt til tilfeldighetene på en måte. Og det skinte jo veldig gjennom. De vet hva de driver med, altså.» (Beredskapsmor)

«Og det er jo vanskelig å snakke om vanskelige ting [...] Og det fikk hun forståelse for og ja.. de greide å gjøre det ufarlig. Så jeg tror hun følte at hun mestret det bra.» (Beredskapsmor)

«Der stod det liksom en lege, en psykolog og en barnevernspedagog liksom klare. Da følte vi oss, at man var veldig godt ivaretatt, liksom viktig da, ikke sant. Og satt av hele dagen akkurat dette, akkurat dere, det føltes veldig bra. Man føler seg veldig godt ivaretatt da, når man skjønner at det er satt inn ressurser og ordentlige fagfolk liksom til å ordne opp og ta de samtalene.» (Beredskapsmor)

5.7 Andre aktuelle temaer

I intervjuene kommer det også opp andre temaer, som ikke utdypes nærmere i denne rapporten, men som vil utforskes i det videre arbeidet med intervjuene. For ungdommene var det temaer knyttet til identitet, det å bo i en uavklart omsorgssituasjon, og det å skape mening rundt kartleggingsdagen. For omsorgspersonene var det særlig temaer knyttet til rollen som fosterforelder/beredskapsforelder som ble fremtredende. De kom inn på de mange dilemmaene ved å være omsorgsperson og en som jobber på oppdrag fra barneverntjenesten, samarbeid med barneverntjenesten, følelse av maktesløshet i møtet med systemet og av meningsfullhet i møte med barna og ungdommene.

5.8 Oppsummering

Ungdommene i dette utvalget var svært ulike hverandre, når det gjaldt livserfaringer, behov og forutsetninger for å håndtere en kartleggingsdag som denne. Med utgangspunkt i det som fremkommer i intervjuene kan det se ut som at kartleggingsdagen tilpasses den enkelte ungdoms fungering og dagsform med tanke på hva som er mulig og hensiktsmessig å få gjennomført. Det antas at det er nødvendig med en slik individtilpasning innenfor rammene som er lagt for kartleggingsdagen.

Vi kan anta at det å skape en trygg og god samarbeidsallianse med barna og ungdommene er en av de viktigste oppgavene for kartleggingsteamet. Det er en forutsetning for å få den informasjonen som er målet med selve kartleggingen. Det rapporteres gjennomgående om et godt møte med kartleggingsteamet og hver enkelt kliniker, uavhengig av hva ungdommen «får til» innenfor de ulike øktene. Det kan tenkes at det nødvendigvis må være slik at den unges behov for å oppleve trygghet i situasjonen, må få forrang for oppdagelsen av hjelpebehov som de måtte ha. Vi kan anta at dette er en balansegang som kan være utfordrende for klinikerne, da undersøkelsen skal jo ha som mål å være så grundig og relevant som mulig. Her kan det også være et spenningsfelt mellom intensjonen, som er å

finne ut mer om den unges behov og vansker, og det sterke og helt naturlige ønsket om at det skal kjennes som at det går bra og at barnet/ungdommen klarer seg fint.

Vi kan anta at for at et team skal fungere optimalt i denne sammenheng vil det kreve erfarne klinikere med solid kompetanse innenfor feltet, og et team som samarbeider godt. Dette er ungdommer som med større sannsynlighet enn øvrig ungdomspopulasjon vil møte flere hjelpeinstanser gjennom livet. I tillegg til det som fremkommer i kartleggingen, kan vi tenke oss at det har en egenverdi at ungdommene får et positivt møte med hjelpeapparatet.

Gjennom intervjuene ser det ut til at det at det å bli sett, hørt og viet tid var viktig for omsorgspersonene og at de tenkte at det også var viktig for ungdommene. For omsorgspersoner var det spesielt viktig å få bidra med sin kunnskap om barnet, og få informasjon om ungdommen som enten bekreftet at de var på rett vei, eller som kunne gi dem ny forståelse. Ungdommene selv fremsto som mer opptatt av at de «klarte seg» gjennom dagen og at de ikke ble utsatt for noe som gjorde dem redde eller triste eller sinte. Hvordan ungdommene tenker at kartleggingsdagen er relevant for dem i deres nåværende livssituasjon og flere av de andre temaene nevnt i dette kapitlet, vil utforskes nærmere i det videre arbeidet med intervjuene.

6 Hva inneholder kartleggingsrapportene: hva strever barna med, og hva gis av anbefalinger?

Dette kapittelet bygger på en gjennomgang av rapportene etter kartleggingen av samtlige 200 barn i Care-prosjektet. Gjennom å kode sentrale forhold i rapportene etter et utviklet kodeskjema (se kapittel 2), får vi et godt bilde både av barna som er kartlagt (deres alder, bosituasjon, behov, mv), og av hvilke tjenester og tiltak som anbefales overfor barna og deres omsorgspersoner.

I kapittelet ser vi nærmere på følgende spørsmål:

- Hva kjennetegner barna som er blitt kartlagt? Hvor gamle er de, hvor lenge er det siden de ble flyttet fra hjemmet og hvorfor ble de flyttet?
- Hvilke behov for hjelp har barna?
- Hvilke tiltak og tjenester anbefaler kartleggingsteamene? Hvilke råd gis til omsorgspersonene?

Underveis i kapittelet belyser vi også eventuelle forskjeller mellom barn i ulike aldersgrupper og ulikheter mellom teamene i råd og anbefalinger.

6.1 Hva kjennetegner barna som er blitt kartlagt?

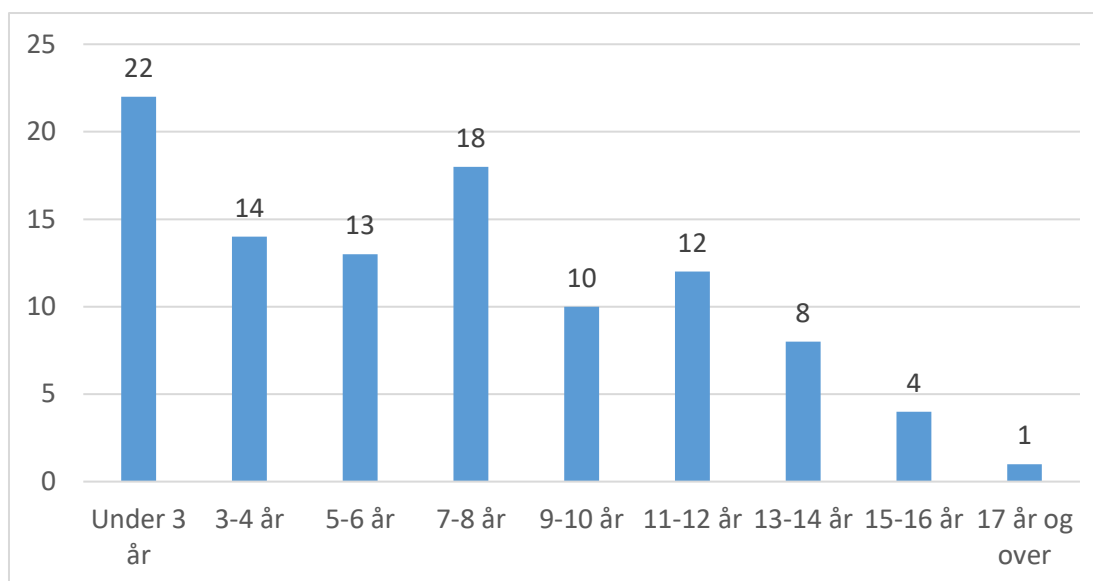
I CARE-prosjektet ble det etablert to kartleggingsteam, ett for barn opp til og med seks år, og ett for barn fra syv til 17 år. Hvert av teamene skulle kartlegge omtrent 100 barn. Teamet for barn fra 0 til og med 6 år, startet opp 2. halvår 2017, mens teamet for 7-17-åringene begynte sine kartlegginger 1. halvår 2018 (Tabell 6.1). De siste kartleggingene ble gjennomført av 7-17-teamet i januar 2020.

Tabell 6.1 Antall kartlegginger gjennomført

	Team 0-6	Team 7-17	Totalt
2. halvår 2017	18	0	18
1. halvår 2018	25	16	41
2. halvår 2018	21	24	45
1. halvår 2019	20	31	51
2. halvår 2019*	14	31	45
Totalt	98	102	200

* Team 7-17 gjennomførte noen få kartlegginger i januar 2020

Vi ser av Figur 6.1 at noe over ett av fem barn var under tre år på kartleggingstidspunktet. En nesten like stor andel var 7-8 år. Det har vært kartlagt relativt få barn over 14 år.



Figur 6.1 Aldersfordeling blant kartlagte barn. Prosent (N=200)

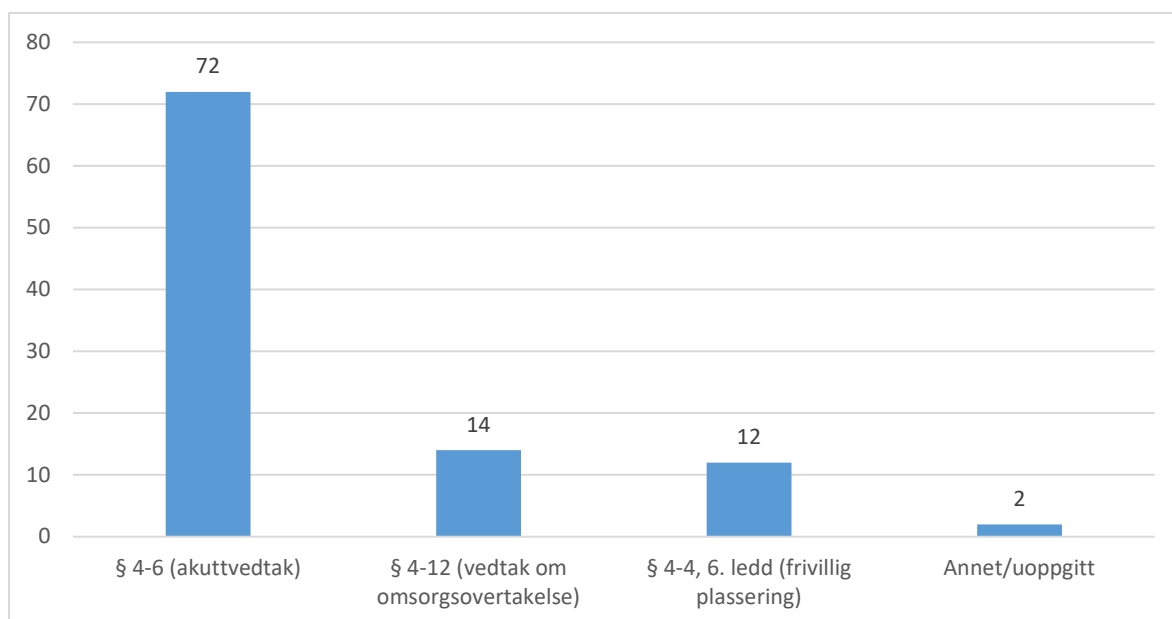
I gruppen av barn som er kartlagt gjennom CARE-prosjektet, er det 55 prosent gutter. Aldersfordelingen innenfor de to gruppene er ganske forskjellig (Tabell 6.2). Mens nesten seks av ti gutter i prosjektet var under syv år da de ble kartlagt, er tilsvarende for jentene fire av ti.

Tabell 6.2 Aldersfordeling blant jenter og gutter kartlagt gjennom CARE. Prosent

	Jente	Gutt
Under 3 år	18	25
3-6 år	21	32
7-12 år	42	36
13 år og mer	20	7
Totalt (N=)	101 (91)	100 (109)

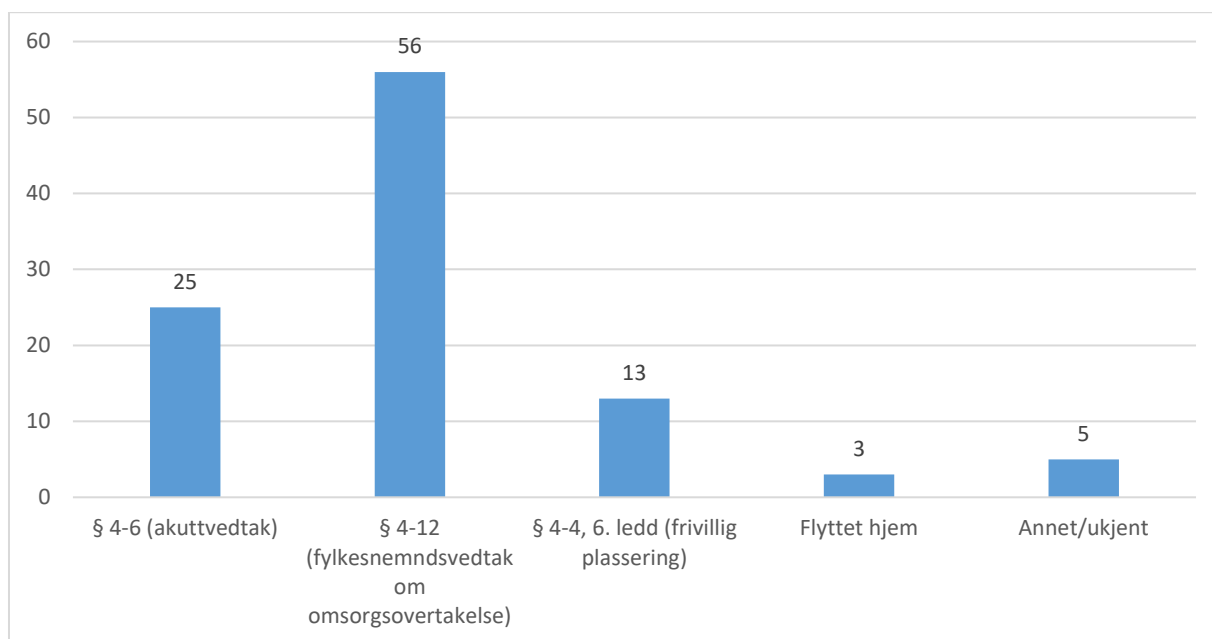
Grunnlag og hjemmel for flytting

I gjennomgangen av rapportene, har vi notert hjemmelsgrunnlaget for flytting av barnet (Figur 6.2). Nesten tre av fire barn er akuttplassert etter § 4-6, mens drøyt én av åtte (14 prosent) er flyttet etter vedtak i Fylkesnemnda (§ 4-12). Blant de kartlagte barna er det også en relativt stor andel barn – 12 prosent – som er plassert utenfor hjemmet med samtykke av foreldrene (§4-4, 6. ledd). Én oppgir at barnet er enslig mindreårig flyktning.



Figur 6.2 Hjemmel for flytting av barnet. Prosent (N=199)

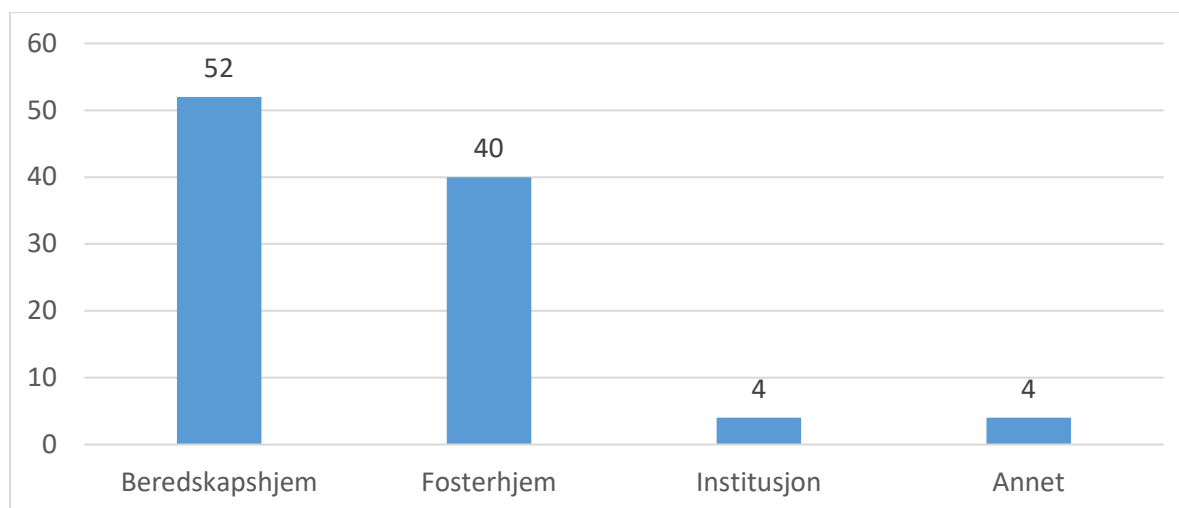
Ved kartleggingstidspunkter foreligger det fylkesnemndsvedtak om omsorgsovertakelse for et flertall (56 prosent) av barna (Figur 6.3). For ett av fire barn har saken ikke vært behandlet i fylkesnemnda.¹ Ett av åtte barn (13 prosent) er frivillig plassert i beredskaps- eller fosterhjem. Fem av barna (tre prosent) bor hjemme på kartleggingstidspunktet, enten fordi Fylkesnemnda har fattet vedtak om tilbakeføring, eller fordi barna har mødre i LAR, og har bodd hjemme hele tiden.



Figur 6.3 Hjemmel for flytting av barnet på kartleggingstidspunktet. Prosent (N=200)

¹ For 16 av barna oppgis det at de venter på avgjørelse i fylkesnemnda.

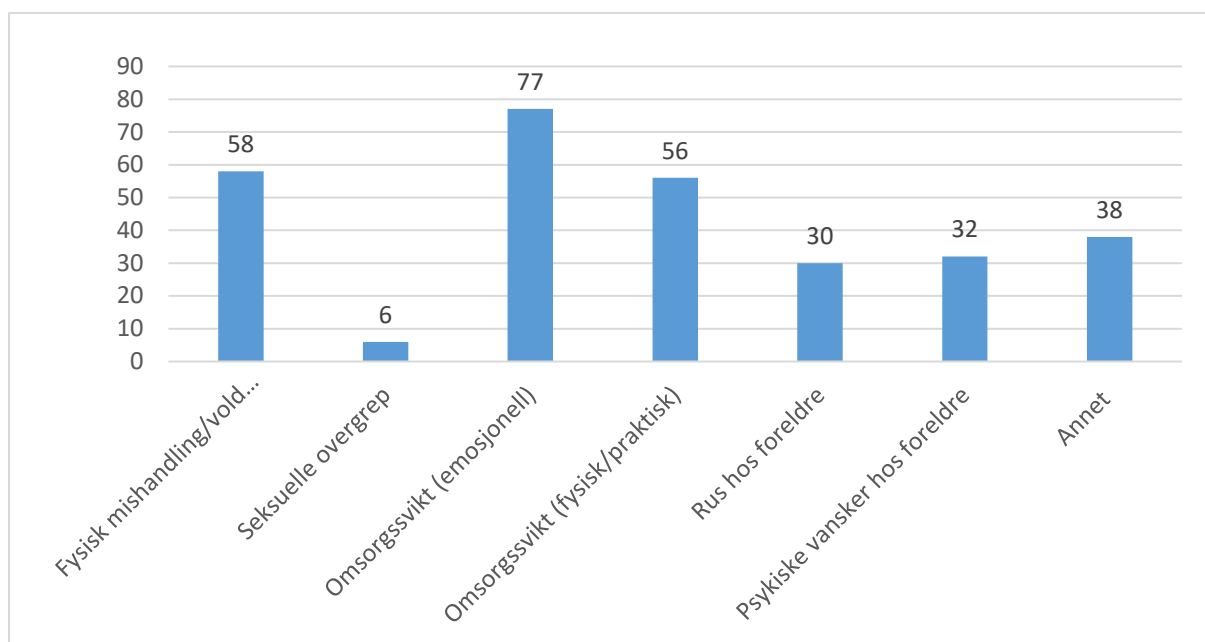
På tidspunktet for kartlegging bodde drøyt halvparten av barna i beredskapshjem, mens fire av ti bodde i fosterhjem (Figur 6.4). Fire prosent (syv barn) bodde i institusjon. For syv barn er det oppgitt 'annet bosted'. For ti barn er det ikke oppgitt bosituasjon.



Figur 6.4 Bosituasjon på kartleggingstidspunktet. Prosent (N=190)

På bakgrunn av informasjon i rapportene, har vi kartlagt hva som angis som grunn for flytting av barnet. Kartleggingsteamet baserer seg her på opplysninger fra henvisningene fra barneverntjenestene, men rapportene gir ikke alltid fylldig informasjon om grunnlaget for flytting. I vår koding av rapportene, har vi forholdt oss til eksplisitt informasjon om forhold som har begrunnet flytting. For de fleste barna oppgis flere grunner til flytting.

Vi ser av Figur 6.5 at emosjonell omsorgssvikt er det forholdet som opptrer hyppigst som begrunnelse for omsorgsovertakelse av barnet. For mer enn tre av fire barn er dette oppført som grunn. Nesten seks av ti barn har vært utsatt for mishandling/vold eller vært vitne til dette. Nesten like mange har opplevd fysisk/praktisk omsorgssvikt. For knapt ett av tre barn oppgis psykiske vansker hos foreldre, og for nesten like mange rus hos foreldre. For seks prosent, 12 barn, er faktiske eller mistenkte seksuelle overgrep et grunnlag for flytting.



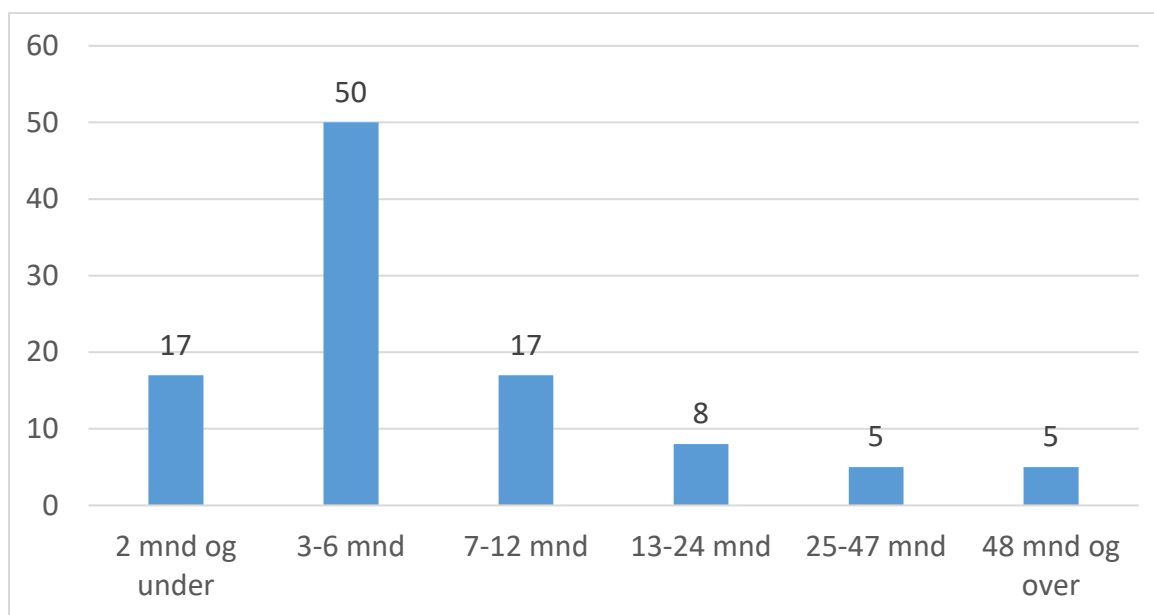
Figur 6.5 Grunnlag for flytting av barnet. Prosent (N=200)

Blant 'andre grunner' for flytting, er det oppført en lang rekke ulike forhold. Noen barn har avvikende eller særlig krevende atferd som foreldrene ikke klarer å håndtere. Noen barn har ikke fast bosted. En del har fysisk syke foreldre, foreldre som er psykisk utviklingshemmet eller foreldre som er døde. Noen foreldre har også selv innsett at de ikke makter omsorgen for barnet, og har ønsket flytting.

6.2 Hvor lenge etter flytting ble barnet kartlagt?

Utgangspunktet i CARE-modellen var at barnet skulle kartlegges 3-6 uker etter flytting fra hjemmet. Det har av ulike grunner ikke vært mulig å holde strengt på en slik frist. Til dels skyldes dette at barnet ikke var klar for en kartlegging på dette tidspunktet, dels at det har vært ventetider på å få gjennomført kartleggingen pga tidvis stor etterspørsel og begrenset kapasitet i teamene. Vi ser særlig at det for barn fra 7 år, nærmest har hopet seg opp et ønske om den type kartlegging som CARE kunne gi, og at barn som har vært lenge i barnevernsystemet er søkt inn til kartlegging.

Tiden mellom flytting og kartlegging varierer fra 0 måneder til 167 måneder (dvs. nesten 14 år). Vanligste tidspunkt for kartlegging er fem måneder etter flytting.



Figur 6.6 Antall måneder fra barnet ble flyttet til kartlegging ble gjennomført. Prosent (N=188) (Pga avrunding summerer ikke andelen seg til 100 prosent)

Figuren over viser at to av tre barn ble kartlagt i løpet av halvåret etter at de ble flyttet fra hjemmet: 17 prosent i løpet av de første to månedene, og ytterligere 50 prosent de neste 3-6 månedene. 17 prosent ble kartlagt mellom syv og tolv måneder etter flytting. For omtrent like mange – 18 prosent – gikk det mer enn ett år fra flytting til kartlegging.

6.3 Hvilken helsemessig situasjon er barna i?

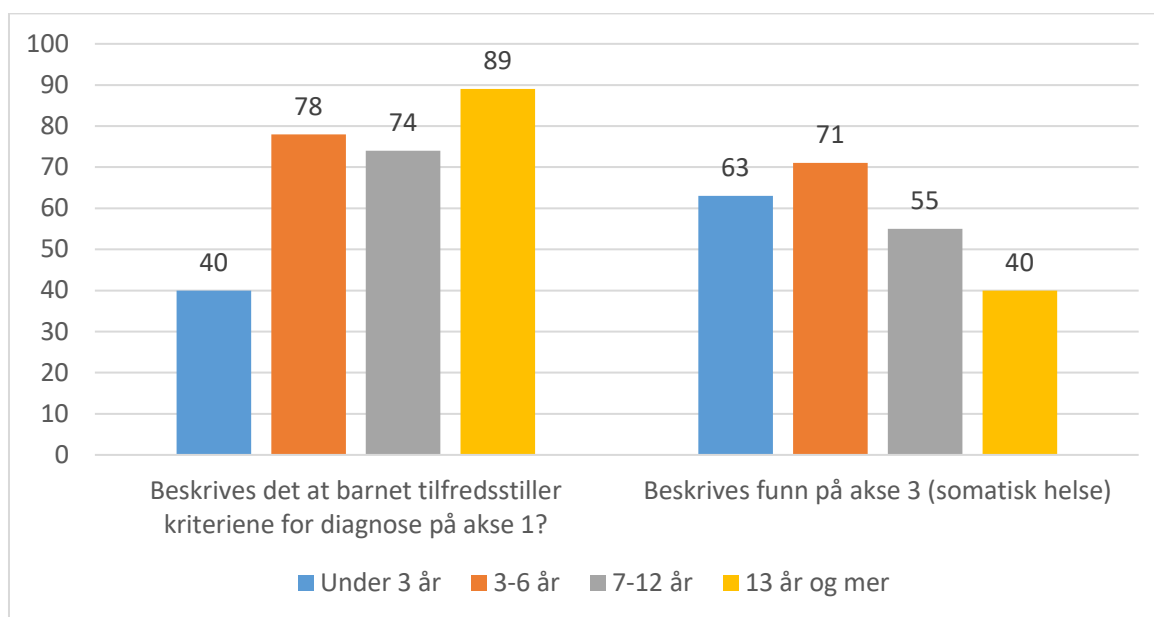
En viktig grunn til å gjennomføre kartleggingen av de sårbare barna er å avdekke eventuelle helsemessige utfordringer, slik at barna kan få god og tilpasset hjelp. I gjennomgangen av kartleggingsrapportene har vi særlig sett på om teamet har kommet til at barnet tilfredsstiller diagnose på akse 1 (dvs. psykiske lidelser) og om det er gjort somatiske funn hos barnet. Kartleggingen er gjennomført i løpet av én dag, og teamene har åpenbart vært tilbakeholdne med å sette en diagnose på barna. Målet med kartleggingen har ikke vært å stille diagnoser, men å identifisere barnets behov. Teamet har imidlertid valgt å ta med i rapporten når de fant at barnet tilfredsstiller kriteriene for en diagnose. Dette innebærer at det trolig vil være flere barn og unge med psykisk lidelse enn det som fremkommer i dette materialet, men at diagnosen ikke kunne stilles på det grunnlaget klinikerne hadde etter kartleggingen. Vi har valgt å kode 'tilfredsstiller diagnose på akse 1' bare der teamet eksplisitt har konkludert med dette. Funn når det gjelder somatisk helse har vi valgt å kode som positiv der kartleggingen konstaterer somatiske funn, selv om noen av tilstandene er kjent for hjelpeapparatet fra tidligere.

Tabell 6.3 Barnets psykiske og fysiske helse beskrevet i kartleggingsrapportene

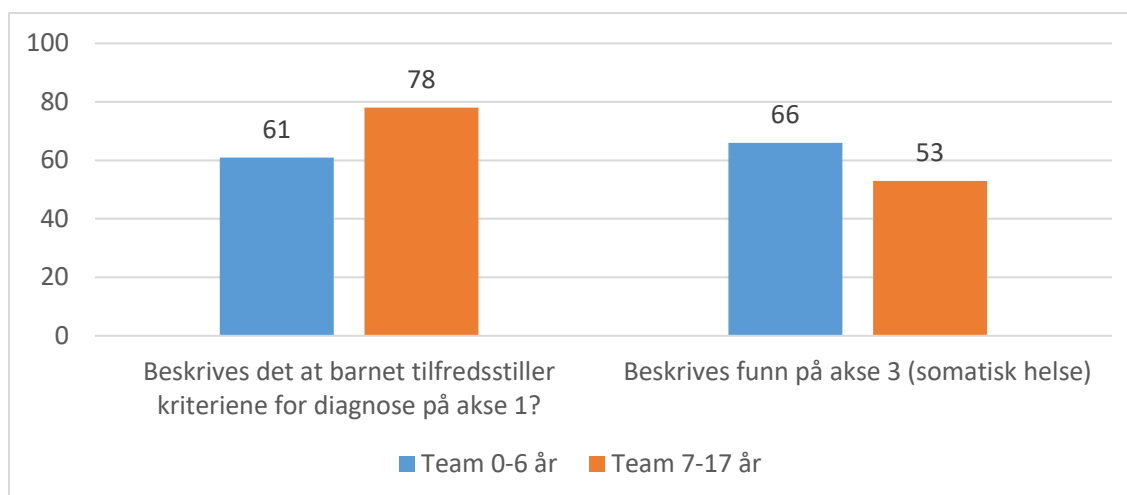
	Andel der diagnose/funn beskrives (prosent)	(N=)
Beskrives det at barnet tilfredsstiller kriteriene for diagnose på akse 1 (psykisk helse)?	70	200
Beskrives funn på akse 3 (somatisk helse)	59	188

Vi ser av Tabell 6.3 at syv av ti barn tilfredsstiller kriteriene for diagnose på akse 1, slik kartleggingsteamene har vurdert det.

Det er hyppigere konstatert kriterier for slik diagnose for de eldre barna sammenliknet med de yngste (under 3 år) (Figur 6.7). For somatisk helse er det omvendt. Her beskrives det funn for to av tre barn under 7 år, og for drøyt halvparten av barna som er 7 år eller eldre.

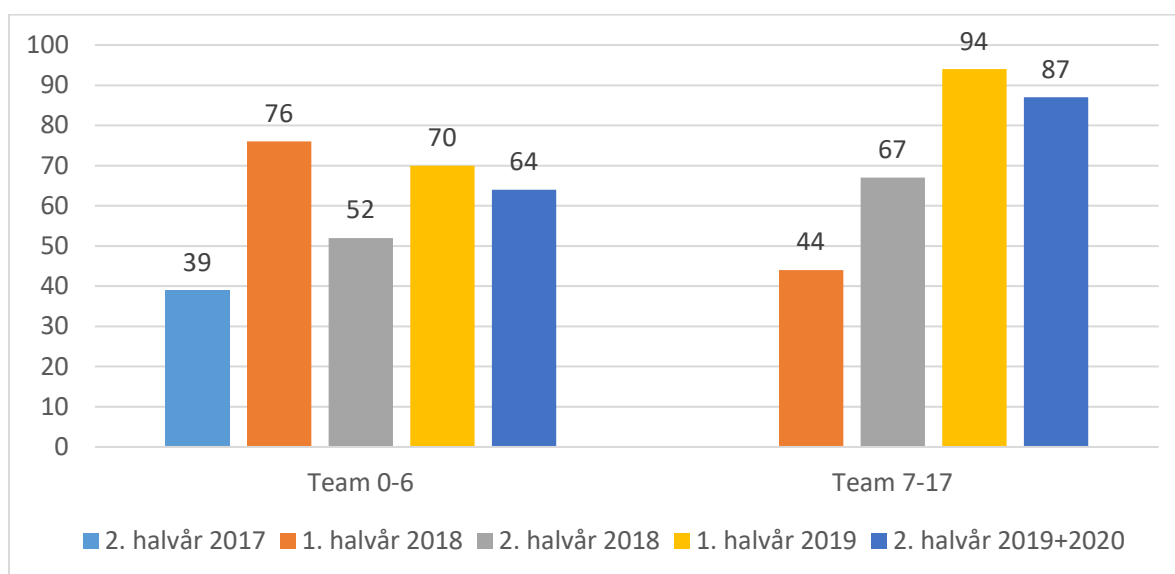


Figur 6.7 Beskrivelse av psykisk og fysisk helse i kartleggingsrapportene, etter barnets alder (N=200/188)



Figur 6.8 Beskrivelse av psykisk og fysisk helse i kartleggingsrapportene, etter team (N=200/188)

CARE-prosjektet er et modellprosjekt, der elementer i opplegget for kartlegging har utviklet seg underveis i prosjektperioden. Et av momentene som har vært diskutert i teamene, er hvor langt de skal gå i å angi diagnose på barna. I all hovedsak har teamene vært forsiktige med å gi diagnoser på akse 1 (psykisk helse), men det har angitt om barnet, etter deres vurdering, fyller kriteriene for slike diagnoser. I intervju med teammedlemmene i team 7-17, er det kommet frem at de etter en tids erfaring med kartleggingen, mente at de var for forsiktige i å antyde mulige diagnoser. Dette ser vi også indikasjoner på, når vi ser hvordan andelen barn som fyller kriteriene for diagnose endrer seg over tid (Figur 6.9). Vi ser ikke tilsvarende endring i funn på akse 3 (somatisk helse).



Figur 6.9 Beskrivelse av psykisk helse i rapportene over tid. Andel som fyller kriteriene for diagnose, etter team (N=200)

Nærmere beskrivelse av psykiske diagnoser viser et stort mangfold. Mange barn fyller kriteriene for PTSD-diagnose. Noen har tegn på udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse, forstyrret regulering av følelser, innsovningsforstyrrelse og/eller stemningslidelse. Andre har spiseforstyrrelser eller forstyrrelse av dysregulert sinne og aggresjon. Flere av barna har enten spesifiserte eller uspesifiserte reaksjoner på alvorlig belastning. Teamene påpeker ofte at barnet må utredes videre for eventuelt å få en sikker diagnose. Likevel mener vi at disse tentative diagnosene gir et godt bilde av hvilke vansker barna som har vært til kartlegging har.

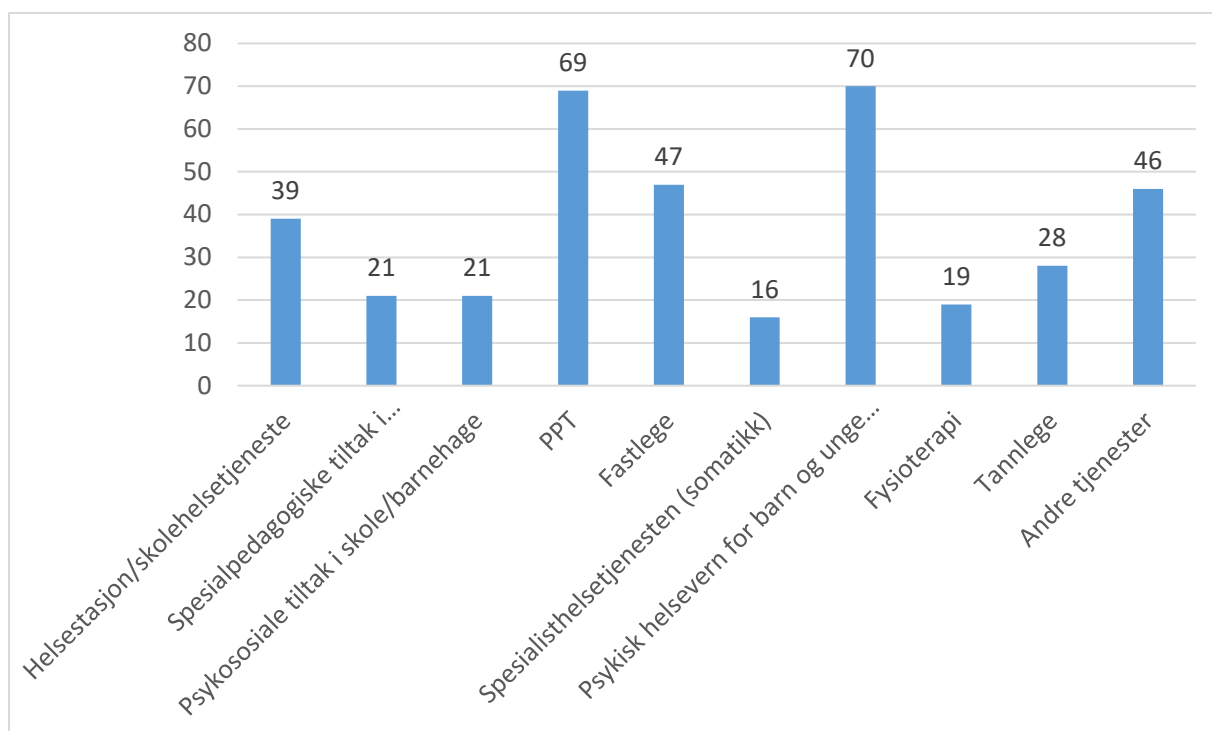
Det er også et mangfold av fysiske problemer og lidelser blant de kartlagte barna. Flere av barna har vært utsatt for skadelige forhold i svangerskapet, og har problemer relatert til dette. Mange har mageproblemer, enurese-/enkoprese-problematikk (ufrivillig vannlating/ avføring) og/eller for høy eller lav vekt. Flere har problemer med synet eller problemer med finmotorikken. Tannrøte og andre tegn på dårlig tannhelse forekommer også hyppig.

6.4 Hvilke anbefalinger gir kartleggingsrapportene?

Vi har sett på hvilke tjenester som anbefales for barna, slik de fremkommer i kartleggingsrapportene.

Vi har skilt mellom anbefalinger om umiddelbar henvisning eller oppfølging, anbefalinger om å vurdere senere henvisning og anbefaling om videreføring av pågående behandling/oppfølging. I første runde behandler vi disse tre kategoriene sammen, for å få et bilde av hvilke tjenester som nevnes i rapportene (Figur 6.10).

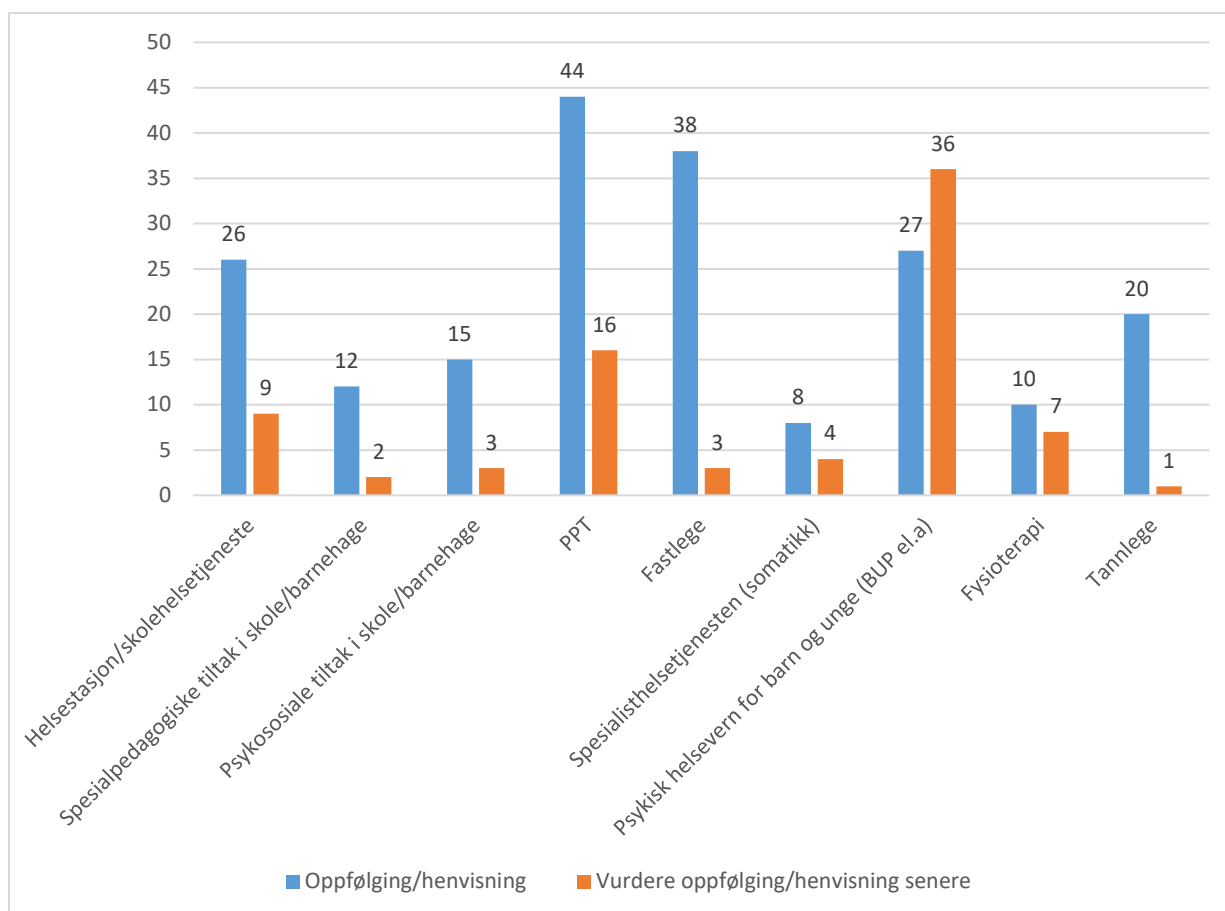
De to tjenestene som peker seg ut som hyppigst nevnt, er PPT og Psykisk helsevern for barn og unge (BUP m.v). For syv av ti barn nevnes disse tjenestene som aktuelle nå eller senere for de kartlagte barna. Også fastlegen er ofte nevnt (47 prosent), i likhet med helsestasjon/helsesykepleier på skolen (39 prosent). For omtrent ett av fem barn er spesialpedagogiske tiltak i skolen/barnehagen et mulig tiltak. For like mange anbefales psykososiale tiltak eller fysioterapi. For ett av seks barn (16 prosent) nevnes somatisk spesialisthelsetjeneste.



Figur 6.10 Anbefalt henvisning til/oppfølging fra tjenester (umiddelbar henvisning, vurdere senere henvisning eller fortsatt oppfølging slått sammen). Prosent av barna (N=200)

Blant 'andre tjenester' nevnes ulike typer tjenester og tiltak. Aller hyppigst anbefales formalisert samarbeid mellom flere tjenester, i form av felles tiltaksplan, individuell plan o.l. Mange får også anbefalt oppfølging fra kommunal psykisk helsetjeneste/kommunepsykolog. Enkelte barn har behov for utredning fra et kompetansesenter, f.eks. kompetansesenter for russkader, Statped eller senter for sykelig overvekt. Også habiliteringstjenesten nevnes relativt hyppig.

Et mer nyansert bilde får vi hvis vi skiller mellom anbefalinger om umiddelbar oppfølging og mulig senere vurdering av henvisning/oppfølging (Figur 6.11). De fleste førstelinjetjenestene blir vanligvis anbefalt umiddelbart, mens henvisning til BUP og andre tjenester i psykisk helsevern i større grad blir anbefalt å vurdere senere.



Figur 6.11 Anbefalt henvisning til/oppfølging fra tjenester umiddelbart eller vurdere senere henvisning. Prosent av barna (N=200)

En nærmere analyse av anbefalingene om umiddelbar henvisning/oppfølging, viser at én av fem anbefalinger dreier seg om spesialisttjenester (psykisk, somatisk og annet). 80 av de 200 kartlagte barna får anbefalt spesialistoppfølging fra én eller flere tjenester, av disse er det tolv barn som blir anbefalt henvisning til/oppfølging fra to eller flere spesialisttjenester.

Anbefaler teamene ulike tjenester?

Vi har også sett på hvorvidt de to teamene anbefaler ulike tjenester (Tabell 6.4). Ulikhetene her speiler trolig først og fremst at barna er i ulik alder, men det kan også hende at det har betydning hvor de to teamene er basert. 7-17-teamet er organisert i BUPA Vestfold, med en nærmere tilknytning til psykisk helsevern enn 0-6-teamet, som huses av Telemark barne- og familiesenter.

Det er relativt store forskjeller i hva de to teamene anbefaler. *Småbarnsteamet* anbefaler oftere oppfølging fra helsestasjon og noe oftere henvisning til somatisk spesialisthelsetjeneste eller fysioterapi. *Teamet for de eldre barna* anbefaler på sin side betydelig hyppigere PPT og spesialpedagogiske tiltak, samt oppfølging fra fastlegen. Anbefaling om henvisning til

psykisk helsevern forekommer også oftere for de eldre barna. Vi ser dessuten at over halvparten av barna i gruppen 7-17 år blir anbefalt 'andre tjenester'. Som tidligere nevnt, dreier dette seg i stor grad om ulike samarbeids-/samordningstiltak som ansvarsgrupper eller Individuell plan.

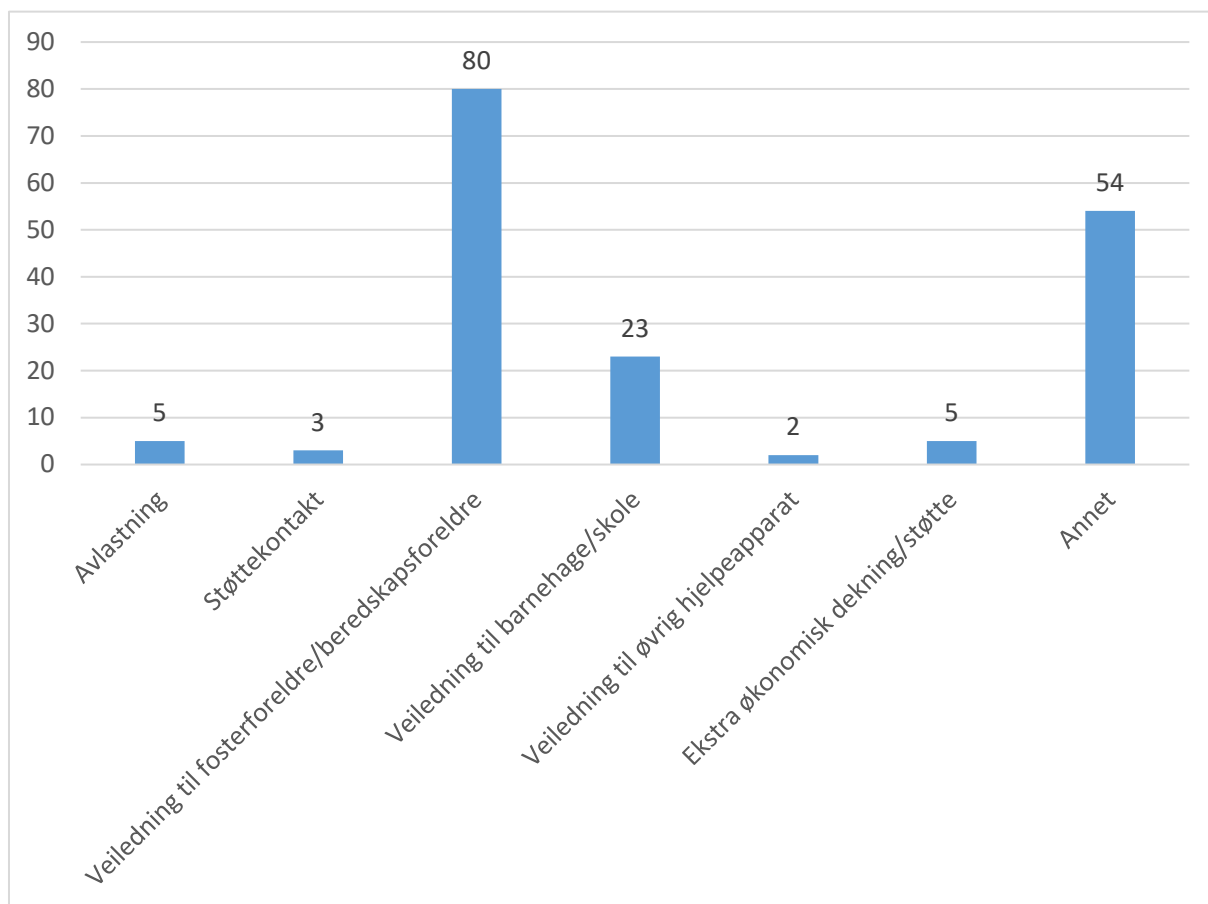
Tabell 6.4 *Anbefalinger om umiddelbare henvisninger/oppfølging, etter team*

	Team 0-6 år	Team 7-17 år
Helsestasjon/skolehelsetjeneste	35	18
Spesialpedagogiske tiltak i skole/barnehage	6	17
Psykososiale tiltak i skole/ barnehage	15	15
PPT/OT	32	55
Fastlege	25	51
Spesialisthelsetjeneste, somatikk	12	4
Spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern	22	31
Fysioterapi	12	8
Tannlege	18	21
Andre tjenester	13	55
(N=)	(98)	(102)

Anbefalte tiltak fra barneverntjenesten

De fleste barna som er kartlagt gjennom CARE-prosjektet er under barnevernets omsorg. Det er den lokale barneverntjenesten som har henvist barnet til CARE, og det er også denne tjenesten som mottar rapportene fra kartleggingen. Vi har sett at teamene i rapportene anbefaler barneverntjenesten å henvise barna til eller sikre at det får oppfølging fra en rekke ulike instanser.

Vi har også registrert anbefalinger om tiltak eller spesielle innsatser som barneverntjenesten i større grad skal ta ansvar for selv (Figur 6.12).



Figur 6.12 Anbefalte tiltak fra barneverntjenesten. Prosent (N=200)

Figur 6.12 viser at teamene legger stor vekt på at barnevernet bør bistå beredskapsforeldre og fosterforeldre med veiledning. For hele 80 prosent av barna nevnes behovet for slik veiledning. Dette beskriver vi nærmere i avsnittet nedenfor.

For nesten ett av fire barn anbefales barneverntjenesten å veilede barnehagen/ skolen. Ellers forekommer ganske sjelden anbefaling om avlastning av beredskaps-/fosterhjem, ekstra økonomisk støtte til hjemmene (5 prosent for hver av disse), støttekontakt eller veiledning til andre deler av hjelpeapparatet. Anbefalingene om avlastning, støttekontakt og ekstra økonomisk kompensasjon gjelder bare de eldre barna (7 år og over). For de minste barna anbefales barneverntjenesten noe oftere å veilede omsorgsbasen og barnehagen. Det bør nevnes at teamenes oppdrag/kompetanse ikke først og fremst ligger i å anbefale barnevernstiltak, men å beskrive barnas behov. Det er derfor ikke overraskende at teamene ikke går veldig langt i å anbefale f.eks. økonomisk kompensasjon til fosterforeldre.

Vi ser av figuren at teamene ofte anbefaler 'andre tiltak' fra barnevernets side. Sett utover de tiltakskategoriene som vi hadde definert på forhånd, er barnets kontakt med sin opprinnelige

familie et av de temaene som er oftest tematisert. Det gjelder først og fremst barneverntjenestens regulering og ivaretagelse av samværsordningen mellom barnet og foreldrene (omtalt i anbefalingene for 29 barn). For flere av disse barna anbefaler teamet at barnevernet vurderer behov for sterkere regulering av samværet eller å innskrenke det. Som for dette barnet:

«Samvær med biologisk mor har medført uro lang tid i etterkant. Det anbefales revurdering av besøksordningen dersom uroen fortsetter».

Det finnes også eksempler på at teamene er opptatt av om barnets trygghet er tilstrekkelig ivare tatt under samvær og ber barnevernet om å vurdere dette.

Det er imidlertid også rapporter hvor det ikke er innskrenking av samvær som er aktualisert, men å sikre bedre kvalitet og utbytte både for foreldre og barn. I den forbindelse nevnes det eksplisitt å gi samværsveiledning direkte til foreldrene i enkelte rapporter (8 barn). Barneverntjenesten anbefales også (for 12 barn) å tilrettelegge for kontakt med andre viktige personer i barnets slekt og nettverk. Av de som nevnes spesifikt er søsken, søskenbarn, besteforeldre, onkler og tanter, men også tidligere beredskapshjem:

«Viktig at det gjøres gode vurderinger i forhold til kontakt med egen familie. Besteforeldre og onkel virker å være viktige personer for barnet.»

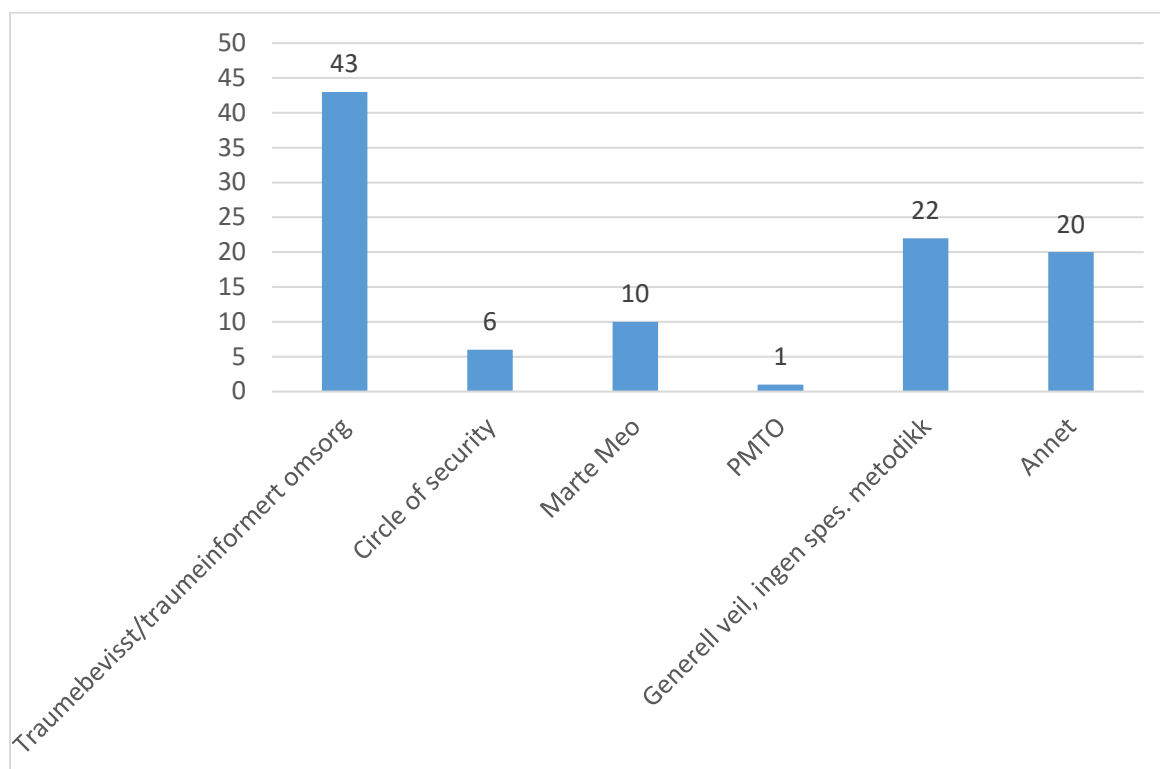
En annen hovedkategori av anbefalinger retter seg mot barneverntjenestens ansvar for å koordinere innsatsen fra de ulike instanser som har kontakt med barnet. Faste samarbeidsmøter, gjerne i form av ansvarsgruppe, og utarbeidelse av en felles plan, i noen tilfeller «Individuell Plan», forekommer ofte blant anbefalingene. Når teamet for de eldste barna oppfordrer til samordning av innsatsen rundt barnet, peker de i flere tilfeller på at samordningen bør bygge på en felles forståelsesbase. For eksempel at hjem (fosterhjem) og skole bør følge de samme prinsippene i møte med barnet og barnets utfordringer. De mener at traumbasert omsorg bør danne en slik basis.

Den siste type anbefalinger som omhandler barneverntjenestens eget arbeid med å i møtekomme barnas behov, dreier seg om kontakten mellom tjenesten og barnet. Barneverntjenesten rådes til å sikre at barnet/ungdommen slipper å måtte forholde seg til stadig nye kontaktpersoner/saksbehandlere. *Kontinuitet, en proaktiv rolle, regelmessighet, tett kontakt, nær relasjon, «kun en person å forholde seg til» og «en kontaktperson i barnevernet sin hun kan bli trygg på»* er formuleringer som brukes.

Samlet beskriver disse anbefalingene fra teamene til barnevernet hvor omfattende og sammensatt barneverntjenestens ansvar er når det gjelder å følge opp barn og omsorgspersoner, viktige andre og samarbeidsinstanser når det offentlige har tatt over omsorgen for barnet.

Hva anbefales barnevernet å veilede omsorgspersoner om?

Vi har sett på hva barnevernet anbefales å veilede foster- og beredskapshjem om (Figur 6.13). I nesten halvparten av rapportene – 43 prosent – anbefales barneverntjenesten å gi veiledning i traumebevisst-/traumeinformert omsorg. For omtrent ti prosent av barna anbefales det å gi veiledning i Marte Meo. Mer enn 20 prosent av rapportene inneholder anbefalinger om veiledning, men uten at det spesifiseres noen spesiell metodikk. Omtrent like ofte nevnes andre temaer for veiledningen. Dette omfatter mye forskjellig, men samspillsveiledning og tilknytningsbasert veiledning nevnes for mange av barna.



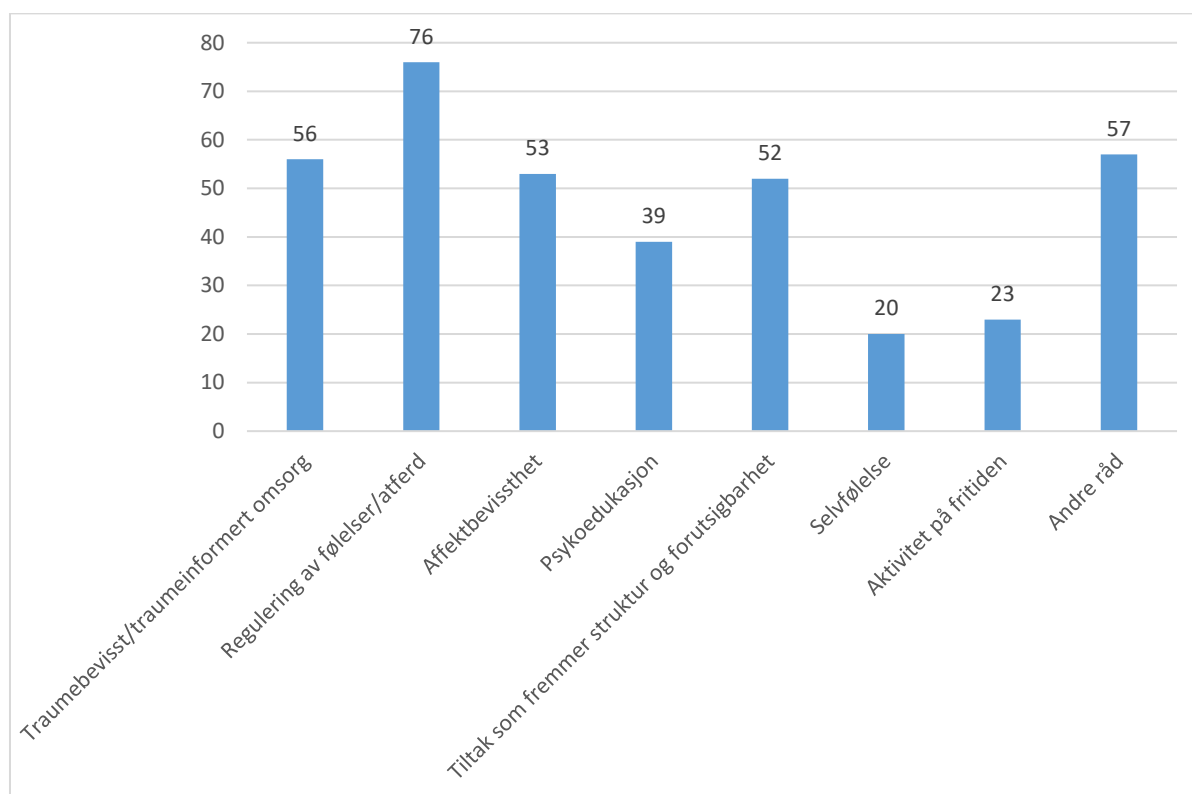
Figur 6.13 Anbefalte temaer for veiledning fra barneverntjenesten. Prosent (N=200)

Hvilken veiledningsmetodikk som nevnes, avhenger i stor grad av barnas alder. Circle of Security og Marte Meo er først og fremst aktuelt for de yngste barna, mens PMTO er aktuelt for de eldre. Veiledning i traumebevisst omsorg anbefales for halvparten av barna som er syv år eller eldre, og for ett av tre yngre barn. Hvilken metodikk som anbefales kan være et

uttrykk for flere ting, barnets alder, hva som ligger i tiden, hva som er de vanlige metodene å bruke i ulike instanser.

Råd til omsorgspersoner

I gjennomgangen av kartleggingsrapportene har vi merket oss at det gis mange råd til barnas omsorgspersoner direkte, dvs. råd som ikke henvender seg til barneverntjenesten, men til beredskaps-/fosterhjem eller andre omsorgsbaser.



Figur 6.14 Råd til omsorgspersoner. Prosent (N=200)

Figur 6.14 viser hvilke råd som gis til beredskaps-/fosterhjemmene og andre omsorgspersoner. For tre av fire barn gis det råd om regulering av følelser/atferd. Over halvparten av barna bør få traumebevisst omsorg, og/eller behandles med affektbevissthet. Også tiltak som fremmer struktur og forutsigbarhet nevnes for mer enn halvparten av barna, mens psykoedukasjon anbefales for fire av ti. Det gis råd om styrking av selvfølelse eller aktiviteter på fritiden for omtrent ett av fem barn. Det gis også råd om en lang rekke andre tiltak, tilpasset det enkelte barn. Noen råd som går igjen er somatosensoriske tiltak, språkstimulering og tiltak som fremmer konsentrasjon/oppmerksomhet.

Råd rettet direkte mot beredskaps- og fosterhjemmene forutsetter at disse faktisk får tilgang til rapportene og de rådene som gis omsorgspersonene. I spørreundersøkelsen til saksbehandlere i barneverntjenestene som har henvist barn til kartlegging, finner vi at to av tre

saksbehandlere sier at kartleggingsrapporten alltid deles med omsorgspersonene, mens én av tre svarer at rapportene noen ganger deles (se kapittel 0).

Også rådene til omsorgspersonene varierer med alder, og kanskje også med team uavhengig av alder (Tabell 6.5). Vi ser at 7-17-teamet gir langt flere råd til omsorgspersonene enn teamet for de yngste barna. Det er også mange råd som går igjen, i den forstand at de gis til et stort flertall av barna. Nesten samtlige rapporter (92 prosent) fra 7-17-teamet inneholder råd om regulering av følelser/atferd. Tilsvarende fra teamet som har kartlagt de yngste barna, er omtrent seks av ti. Åtte av ti gir råd om tiltak som fremmer struktur og forutsigbarhet til omsorgspersonene til de eldre barna. Det samme gjelder traumebevisst/traumeinformert omsorg og affektbevissthet (begge 78 prosent). Særlig stor er forskjellen mellom teamene når det gjelder råd om psykoedukasjon, selvfølelse og aktiviteter på fritiden.

Tabell 6.5 Råd til omsorgspersoner, etter team

	Team 0-6 år	Team 7-17 år
Traumebevisst/traumeinformert omsorg	33	78
Regulering av følelser/atferd	59	92
Affektbevissthet	27	78
Psykoedukasjon	3	73
Tiltak som fremmer struktur og forutsigbarhet	22	80
Selvfølelse	5	34
Aktivitet på fritiden	1	43
Andre råd	40	73
(N=)	(98)	(102)

Forskjellene mellom teamene er ganske store. Slik vi har lest rapportene, og også ut fra intervjuer med medlemmer i de to teamene, er teamet for de større barna svært orientert mot traumeproblematikk. Dette speiler seg i anbefalinger og råd. Også teamet for de yngste barna er opptatt av traumer, men i rapportene fra 7-17-teamet er det i stor utstrekning standardiserte lister med råd basert i traumebevisst omsorg.

6.5 Oppsummering

Analysen av rapportene viser at mer enn to av fem kartlagte barn var under tre år på kartleggingstidspunktet. Nesten like mange var 7-8 år, mens relativt få over 15 år er blitt kartlagt i prosjektet. 55 prosent av barna er gutter.

Nesten tre av fire barn som har deltatt i CARE er flyttet ved et akuttvedtak fra barnevern-tjenesten, men i overkant av halvparten av barna hadde et vedtak fra fylkesnemnda på tidspunktet da de ble kartlagt. Omtrent halvparten av de kartlagte barna bodde i beredskaps-hjem da de ble kartlagt, og fire av ti bodde i fosterhjem.

Emosjonell omsorgssvikt er den hyppigste grunnen til at barna er flyttet ut av hjemmet, men over halvparten har også opplevd eller vært vitne til vold og/eller fysisk/praktisk omsorgssvikt. For noe under ett av tre barn er psykiske vansker hos foreldre en viktig grunn til flytting. Nesten like mange har opplevd rus hos foreldre som er uforenelig med omsorg for barn.

Syv av ti barn har symptomer som er forenlige med en diagnose knyttet til psykisk helse. Et stort flertall av barn over tre år har slike symptomer, og for barn 13 år og eldre, gjelder dette ni av ti barn. Det er stort mangfold av symptomer som beskrives, mange av dem med utspring i tidlige traumatiske opplevelser. Mange barn har også ulike typer somatiske lidelser eller plager.

Kartleggingsteamene anbefaler en rekke tjenester for de kartlagte barna. I stor grad dreier dette seg om førstelinjetjenester som fastlege, helsestasjon/skolehelsetjeneste, PPT og andre tiltak i skolen. Mange barn anbefales også tjenester i psykisk helsevern for barn og unge, men her anbefaler teamene oftere at henvisning bør vurderes senere, hvis symptomene ikke avtar når barnet får en tryggere omsorgsbasis.

Kartleggingsteamene anbefaler relativt ofte barnevernet å veilede skole eller barnehage, slik at de kan legge til rette for barnet på best mulig måte. Størst vekt legger imidlertid teamene på at barnevernet må veilede barnets omsorgspersoner, slik at barnet får daglig omsorg og hjelp tilpasset sitt behov. Mange barn har behov for omsorg som tar hensyn til at de bærer på traumatiske erfaringer. Dette preger også rådene til omsorgspersonene, slik de fremkommer i kartleggingsrapportene: to av tre beredskaps-/fosterhjem gis råd om å hjelpe barna til regulering av følelser og atferd, og over halvparten får råd om traumebevisst omsorg, affektbevissthet og tiltak som fremmer struktur og forutsigbarhet.

7 Barneverntjenestenes erfaringer med og vurderinger av modellen

Med unntak for de barna som har foreldre i LAR, er det de kommunale barneverntjenestene som både henviser til kartleggingstilbudet og som er adressat for rapportene teamene skriver. Barneverntjenestenes erfaringer er med andre ord helt sentrale når dette tilbudet skal evalueres. Vi ba derfor ansatte i barneverntjenester som hadde benyttet tilbudet besvare en survey, et anonymt nettbasert spørreskjema, om deres erfaringer og synspunkter. 57 ansatte fra 23 barneverntjenester besvarte surveyen. 86 prosent av dem hadde stilling som kontaktperson/saksbehandler. De øvrige respondentene hadde i all hovedsak en lederfunksjon.

Ti av respondentene hadde ikke selv henvist til kartlegging, men hadde medansvar i saken som kollega eller leder til den som hadde henvist. Av de som hadde henvist selv, hadde 30 prosent henvist til begge teamene, 30 prosent til teamet for de yngste og 40 prosent til teamet for de eldste barna.

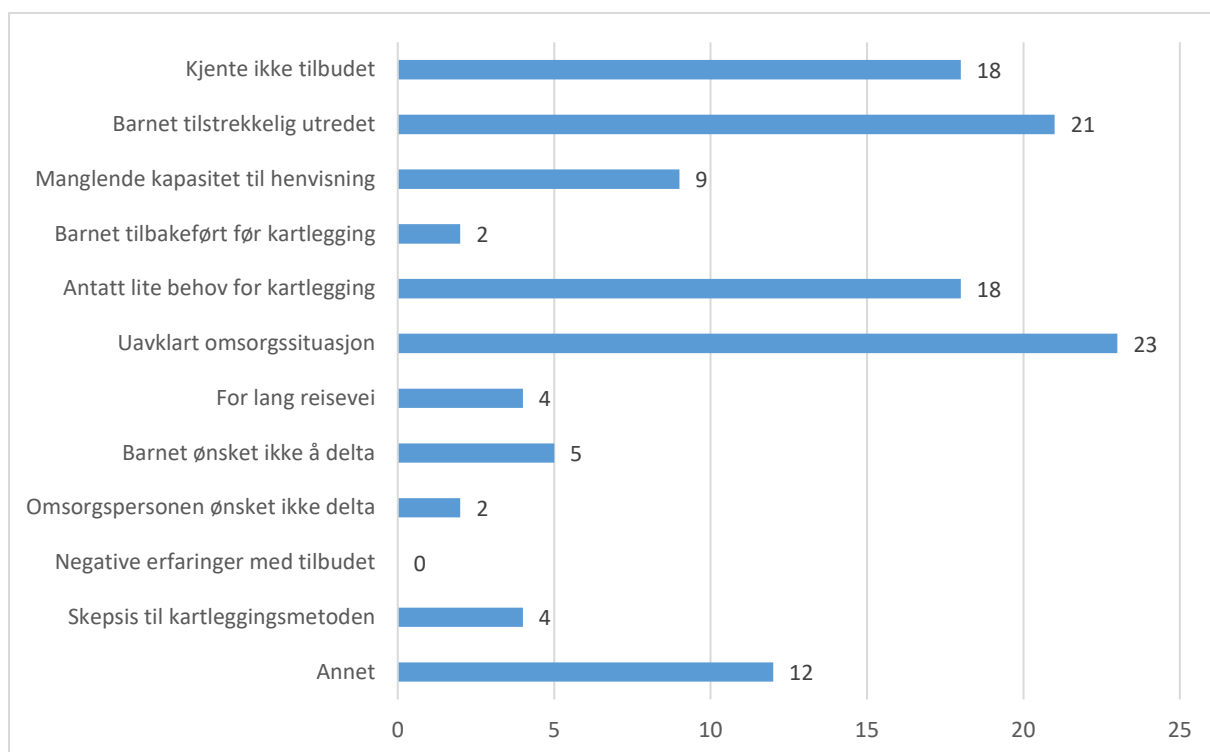
I tillegg til surveyen, har vi intervjuet fire ansatte ved en av barneverntjenestene som har hatt flest barn til kartlegging. Vi har referert til deres erfaringer der disse kan eksemplifisere eller utdype de kvantitative resultatene.

7.1 Hvilke barn er henvist til kartleggingen?

Kartleggingstilbud skal i prinsippet omfatte alle barn som barnevernet flytter ut av hjemmet. Det er imidlertid avhengig av at barneverntjenestene henviser barna. Barnevernsansatte opptrer sånn sett som «portvakter» til teamene. Ut fra antallet som er henvist, og ut fra varierende omfang av henvisninger fra de ulike barneverntjenestene, har det vært et klart inntrykk ved teamene at ikke alle er blitt henvist til kartlegging.

I surveyen svarte nesten to tredeler (63 prosent) av respondentene at deres barneverntjeneste ikke har henvist alle barn de hadde flyttet i den aktuelle perioden. Vi har ingen tall på hvor stor andel av den aktuelle gruppen som er kartlagt². Vi spurte imidlertid respondentene om hva som var grunnen til at de ikke hadde henvist alle aktuelle barn.

² En indikasjon kan være SSB-tall (barnevernsstatistikken) for hvor mange som bodde i beredskapshjem i Bufetat Sør i løpet av året. I 2018: 465 barn og i 2019: 405 barn. I tillegg kommer barn og unge som flyttet direkte i fosterhjem, herunder til slekt og nettverk, og til institusjon.



Figur 7.1 Hvorfor ble ikke alle barn henvist? Prosent

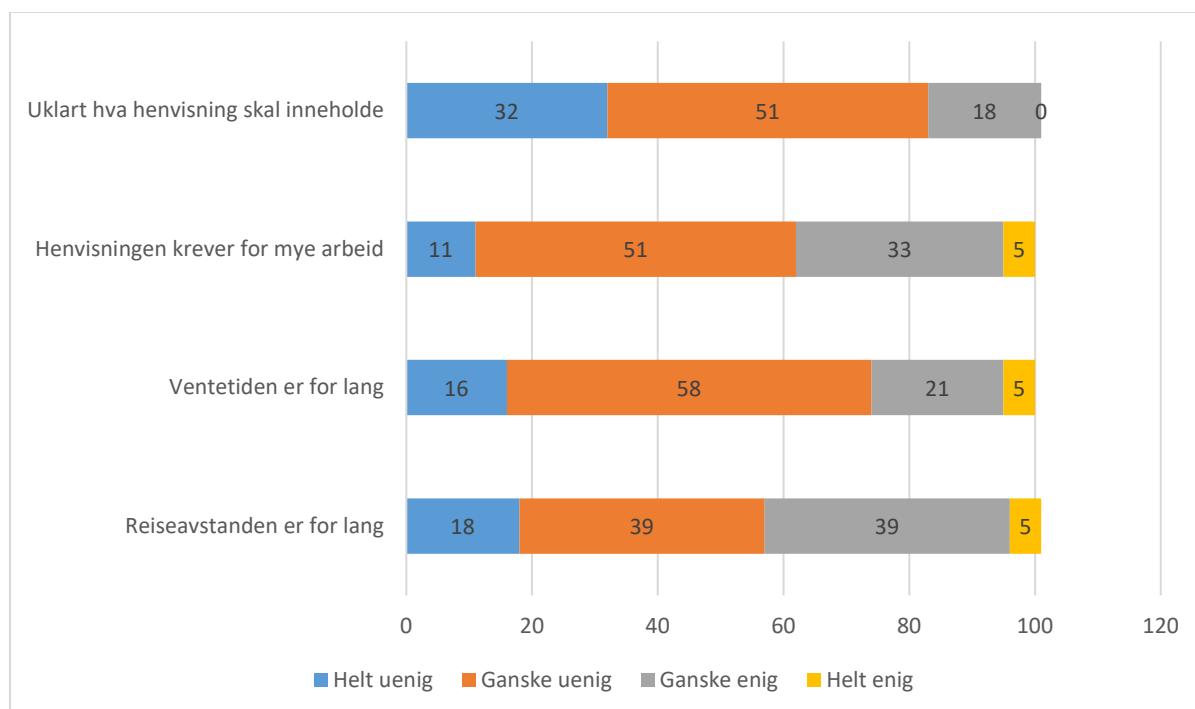
Den begrunnelsen som flest oppga for at barn ikke hadde blitt henvist, var at barnet befant seg i en uavklart eller ustabil omsorgssituasjon. Hva som var uavklart/ustabilt vet vi ikke, men svaret kan henge sammen med at barnet bodde i et midlertidig omsorgstilbud. Vi vet fra rapportene (kapittel 6) at vel halvparten bodde i beredskapshjem da de ble kartlagt. Trolig gjaldt det også mange av de barna som kunne vært kartlagt, men ikke var henvist. Opphold i beredskapshjem innebærer trolig for mange barn at de venter på å flytte videre til fosterhjem, for andre at de skal flytte hjem igjen og for atter andre at det var uavklart hva som skulle skje for (jfr. Havik et al., 2012). Det er interessant at barnevernet oppgir uavklart omsorgssituasjon som begrunnelse her, i og med at det over tid har vært en frustrasjon i barnevernet over at BUP har vist til at behandling hos dem må utstå til barnets situasjon er mer avklart (Fossum et al., 2014).

To andre begrunnelser en del oppga for at kartlegging ikke var aktuelt, var at barnet allerede var tilstrekkelig utredet (21 prosent) eller at det ikke var behov for denne type kartlegging (18 prosent). Det siste innebærer at en del barneverntjenester ikke ser tilbudet som relevant for de barna som de oppfatter å ha minst vansker.

I barneverntjenesten vi foretok intervjuer i, hadde de oppfattet at barn som var flyttet til fosterhjem i slekt eller nettverk, ikke var målgruppe for kartleggingstilbudet. Selv om dette ikke var intensjonen, var det et poeng for dem å få frem at det var et særlig behov for kartlegging av nettopp disse barna. Fosterforeldre i slekt og nettverk får ofte dårligere

oppfølging (jfr. Backe-Hansen et.al, 2019), og de har ikke samme forutsetninger som beredskapshjemforeldre for å fange opp og melde fra om barnas individuelle behov.

Vi var også interessert i andre forhold som kunne hindre at kartleggingstilbudet ble benyttet. Det er naturlig å tenke seg at manglende kjennskap til tilbudet kunne være en slik årsak. 18 prosent pekte på denne årsaken, men andelen hadde antakelig vært klart større dersom vi i surveyen også hadde fanget opp de barneverntjenestene som ikke hadde benyttet tilbudet. Respondentene ble bedt om å ta stilling til fire påstander.

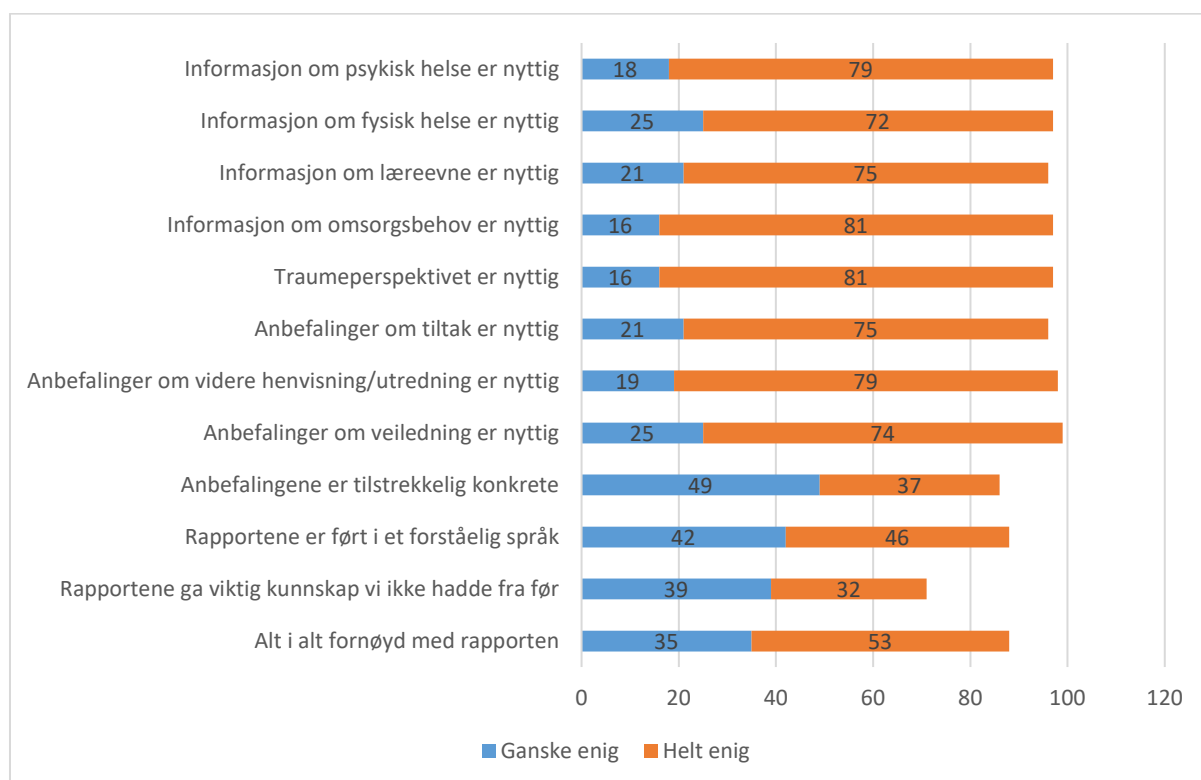


Figur 7.2 Forhold som kan hindre at kartleggingstilbudet benyttes. Prosent.

Nesten halvparten av respondentene (44 prosent) var enten ganske eller helt enige i at reiseavstanden til teamene i Skien/Tønsberg var for lang. Dette må ses i lys av at Bufetats Øst's region er langstrakt (fra Hallingdal til Flekkefjord). Alle respondentene fra barneverntjenester i Agder var blant de som var enige i denne påstanden. Mens det var få som mente det var uklart hva henvisningen skulle inneholde, var det en relativt stor andel av respondentene som mente at det medførte for mye arbeid å henvise til teamene (38 prosent ganske/helt enig). Barnevernsarbeiderne vi intervjuet bekreftet at det for en del barn var vanskelig å besvare spørsmålene som ble stilt, men de viste også til at det kunne være vel så arbeidskrevende å henvise til andre instanser.

7.2 Barneverntjenestens erfaring med og nytte av rapportene

Det konkrete resultatet av teamenes kartlegging er den rapporten om barnet som blir sendt barneverntjenesten i etterkant. Vi ba respondentene ta stilling til en rekke påstander om rapportene basert på deres erfaringer.



Figur 7.3 Hvordan vurderes kartleggingene og rapportene. Prosent

De barnevernansattes synspunkter på rapportene om barna er gjennomgående svært positive. Vi har derfor i Figur 7.3 kun inkludert de som har svart helt eller ganske enig på påstandene. Alle påstandene har positiv valør, og på åtte av de tolv påstandene er det mer enn 70 prosent som svarer at de er *helt* enige. På åtte av de tolv påstandene svarer minst 95 prosent at de er *helt* eller *ganske enige* i påstandene, og 88 prosent av respondentene er alt i alt fornøyd med rapportene.

Informasjonen rapportene gir om barnas fungering og behov på ulike områder oppleves aller mest nyttig for barnevernsarbeiderne. Det gjelder informasjon om barnas psykiske og fysiske helse, barnas læreevne og deres omsorgsbehov, men også anbefalingene om hvordan barna bør følges opp i form av tiltak og henvisninger til aktuelle instanser og gjennom veiledning til barnas omsorgspersoner.

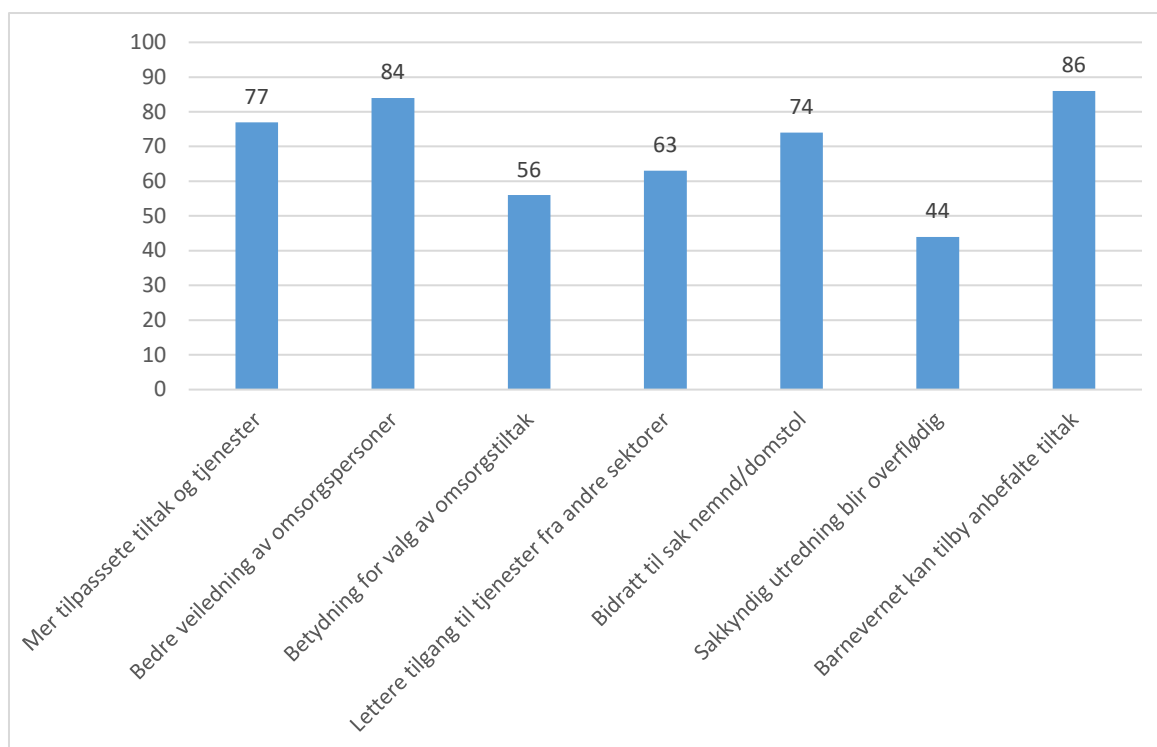
På spørsmål om rapportene er ført i et forståelig språk og om anbefalingene er tilstrekkelig konkrete, er det mindre enn halvparten som er helt enige, men likevel bare 12-14 prosent som er uenige. Påstanden som det er minst entydig tilslutning til, gjelder om rapportene har gitt barneverntjenesten viktig kunnskap om barnet som de ikke hadde fra før. Vel og merke var 71 prosent helt eller delvis enige, men her var 30 prosent uenige. At såpass mange av de ansatte i barneverntjenestene opplever at rapporten fra kartleggingen er nyttig selv om den ikke nødvendigvis bringer med seg så mye ny kunnskap om barnet, kan henge sammen med barnevernets behov for å få støtte for og legitimering av egne vurderinger fra andre instanser eller eksperter. Dette er noe man også har funnet når det gjelder nytten barneverntjenesten har av utredninger fra sakkyndige i barnevernssaker (Christiansen & Anderssen, 2010).

I et eget spørsmål er det spurt om det er noe som ikke er godt nok dekket i kartleggingen eller i rapportene. Kun 13 prosent svarte ja på dette, mens 87 prosent svarte nei. De som har svart ja etterlyser at kartleggingen også skulle omfatte foreldrenes omsorgskompetanse, noe som ligger utenfor modellens målsetting.

De barnevernansatte vi intervjuet viste til at selv om de hadde opparbeidet god kjennskap til de aller fleste barna som de flyttet, tok de av og til hånd om barn som *«de ikke kjente så godt fra før»*, ofte barn som ble akutt plassert. For disse barna var kartleggingen særlig viktig, og de hadde erfart at den hadde avdekket alvorlige forhold hos barna som de *«ikke visste om eller forsto tyngden av»*. Barnevernsarbeiderne hadde også eksempel på at kartleggingen hadde framskaffet et helt nytt bilde av barn som de fleste voksne mente fungerte bra. Fram til kartleggingen hadde barnet *«gått under radaren»*, mens det nå var klarlagt at barnet hadde omfattende behov for hjelp. Rapportenes betydning når det gjaldt å bygge opp under og legitimere barneverntjenestens vurderinger ble også bekreftet av disse informantene. De *«satt faglige begreper på det jeg hadde tenkt»* og de representerte *«tyngde i fylkesnemnda»*.

Barneverntjenestenes bruk av kartleggingene/rapportene

Barnevernsarbeiderne ble bedt om å gi uttrykk for hvordan kartleggingene og rapportene som teamene har levert dem har blitt benyttet i ettertid. De skulle si hvor enig/uenig de var i en rekke positivt ladete påstander. Påstandene dreier seg om ulike sider ved barnevernets ansvar for å fatte beslutninger og ivareta barn som er blitt flyttet ut av hjemmet.



Figur 7.4 Barneverntjenestenes bruk av kartleggingsrapportene. Andel Ganske enig eller Helt enig i prosent.

Med ett unntak svarer minst halvparten av respondentene at de er helt eller ganske enige i alle påstandene. Det de er minst enig i er at kartlegginger som dette gjør utredninger fra sakkyndige overflødige. Det kan trolig forstås ut fra at de to typene kartlegging oftest har forskjellige formål. I mandatet til sakkyndige i barnevernssaker er det først og fremst foreldres omsorgsevne som skal utredes, mens barns fungering og behov gjerne er mer sekundært. I barneverntjenesten hvor vi gjorde intervju, utdypet de dette noe. De forklarte at utredninger fra sakkyndige ble tillagt større vekt i nemndssaker om omsorgsovertakelser nettopp fordi de hadde kartlagt og hørt på foreldrene. På den annen side erfarte de at CARE-rapportene tydeliggjorde «*alvorlighetsgraden hos barna*» mye mer enn de sakkyndige. I det krevende og travle arbeidet rundt akutt plasseringer og fylkesnemndssaker bidro kartleggingene til at de «*løftet blikket*», og til at «*barna ble sett, ikke bare foreldrene*».

Dette er synspunkter som reflekteres i surveyen. Så mange som 74 prosent av respondentene var helt eller ganske enige i at rapportene gir viktig supplement til saksframlegg som barneverntjenesten må utarbeide når barnas sak skal behandles for fylkesnemnd eller domstol.

Det ser ut til å være aller størst enighet i at rapportene gir bedre grunnlag for å veilede barnets omsorgspersoner, noe som oftest vil være fosterforeldre. Ingen er helt uenige i dette. Det er bred enighet om at rapportene bedrer barneverntjenestens grunnlag for å gi

tilpassede tjenester og tiltak. Det er også enighet i at barnevernet kan tilby de tiltak som er anbefalt. For begge disse påstandene er imidlertid flertallet ganske enige, heller enn helt enige. Det kan gi indikasjoner på at det ikke er alle typer av tiltak som teamene anbefaler som det er like lett å skaffe til veie. Vi mangler nærmere informasjon om hva slags tiltak dette kan være, men det vil bli kartlagt gjennom Monica Haune sitt phd-prosjekt.

Respondenter, som svarte at kartleggingene hadde medførte lettere tilgang til tjenester fra andre sektorer, ble bedt om å oppgi hvilke tjenester dette gjaldt. 30 hadde gitt denne form for informasjon. Den tjenesten som klart oftest ble pekt på, var BUP (nevnt av 22). Én forklarte at rapportene ga *«mer tyngde bak henvisningen»*. PPT ble også trukket frem av flere, hvorav én mente at rapportene kunne bidra til at PPTs egen kartleggingsfase ble kortere. Andre tjenester som ble nevnt var Habiliteringstjenesten og Bufetat, i tillegg til at rapportene ga viktig informasjon som kunne bidra til bedre tilrettelegging for barna i skole og barnehage.

Der det var vanskelig for barneverntjenesten å stille opp med tiltak som teamene anbefalte, var årsaken først og fremst at de aktuelle tiltakene rett og slett ikke var tilgjengelige. I tillegg kunne årsaken være at barneverntjenesten ikke hadde tilstrekkelige ressurser til å veilede omsorgspersonene. De barnevernansatte mente bare unntaksvis at årsaken var at de var uenige i beskrivelsen av barnas behov eller at de var uenige i de konkrete anbefalingene.

Intervjuene i barneverntjenesten ga noen interessante konkrete beskrivelser av hvilken betydning rapportene kunne ha. De bekreftet at tilgangen til ekstra ressurser eller oppfølging ofte ble betydelig lettere, særlig var dette knyttet til barnehage, skole, PPT og BUP. I tillegg hadde de sett at beskrivelsen av barna viste at det var spesielt viktig med *timing* av hjelp og støtte rundt barna. Rapporten ga *«en definitiv start, så ikke prosessen trekkes ut. Med rapporten blir det ikke tvil om at barnet trenger hjelp.»* Informasjonen om barnet betydde for andre at det ble brukt lengre tid når det gjaldt tilvenning i barnehagen, utsatt skolestart eller at det ble et tettere samarbeid om å finne ut når det ville være klokt å realisere henvisningen til BUP. En av barnevernsarbeiderne beskrev rapporten som en viktig del av *«byggesteinene rundt barnet»*.

Behov for møte mellom teamene og barneverntjenesten

Intervjuer med medarbeiderne i kartleggingsteamene (kapittel 8) viste at de var relativt samstemte om at de ønsket et møte med den henvisende barneverntjenesten når rapporten skulle overleveres. I surveyen har vi stilt de ansatte i barneverntjenestene spørsmål om hvor nyttig et slikt møte ville være.

Kun ni prosent mente at et slikt møte ville være lite nyttig. De øvrige fordelte seg nokså likt mellom «ganske nyttig» (44 prosent) og svært nyttig (46 prosent). Det er med andre ord

relativt bred oppslutning om en slik måte å avslutte teamenes arbeid på. En av respondentene uttrykte det slik i et kommentarfelt:

«I tillegg synes jeg kanskje det kunne vært fint om jeg som kontaktperson ble innkalt til et møte hvor rapporten gjennomgås, eller i kartleggingsstadiet, i stedet for når henvisningen blir overlevert. Dette kunne gjort meg bedre i stand til å forklare rapporten i en eventuell rettsak. Også overfor biologiske foreldre som også blir forelagt rapporten.»

Blir barn og omsorgspersoner kjent med innholdet i rapportene?

Det er en rutine ved teamene at de ansatte som har vært involvert i kartleggingen har en avsluttende samtale med barnet og omsorgspersonene ved slutten av kartleggingsdagen. Teamet oppsummerer hva som er gjort og informerer om hva som skjer videre, blant annet at de nå skal skrive en rapport som går til barneverntjenesten. Det gis også en positiv tilbakemelding til barnet om at de har vært utholdende, og spørres hvordan dagen har vært.

Barneverntjenesten er adressat for rapporten som temaene utarbeider, men det er barna rapportene handler om. Vi var derfor interessert i om barneverntjenestene gjennomgår eller formidler vesentlig innhold i rapportene med barnet og/eller med de som ivaretar omsorgen for barnet. Respondentene fikk bare to alternativer å velge mellom. 70 prosent svarte at informasjon deles med de barna som er i stand til å forstå den, mens 30 prosent rapporterte at de ikke informerte barna om resultatet av kartleggingen. De grove svaralternativene gir ikke innsyn i hvilke vurderinger barnevernet gjør med hensyn til å informere barna. Alder kan være en relevant variabel her. Det kan likevel være indikasjoner på at en del barn ikke får del i den kunnskapen andre har om dem og som inngår i barnevernssaken deres.

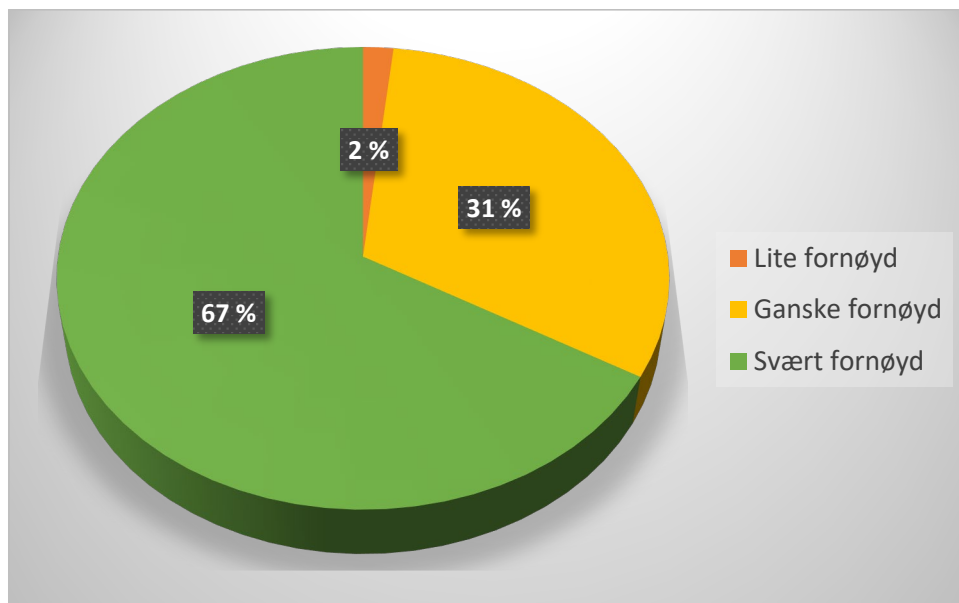
Barnas omsorgspersoner blir langt oftere informert enn barna. To tredeler av respondentene, 65 prosent svarte at de alltid deler informasjon med dem. De øvrige, 35 prosent, oppga at dette varierer; informasjonen deles noen ganger. Flere undersøkelser har vist at manglende informasjon om barnet som flytter inn til dem, er en av de største utfordringene i den oppgaven de skal utføre (Backe-Hansen et al., 2013). På den bakgrunn er det overraskende at ny kunnskap om barnet, som barnverntjenesten oppfatter som svært verdifull (jfr. funn formidlet foran), ikke rutinemessig deles med dem som i praksis har det daglige ansvaret for barnets omsorg og behov for oppfølging.

I barneverntjenesten hvor vi gjennomførte intervju, var de ansatte opptatt av at språket i rapportene gjorde det vanskelig å formidle innholdet videre, det gjaldt overfor omsorgspersoner, barna og deres opprinnelige foreldre. Når det gjaldt de sistnevnte, hadde de erfart at de måtte forklare foreldrene innholdet med andre ord. Også overfor fosterforeldre kunne det være behov for å forenkle beskrivelser og begreper. Når det gjaldt barna, viste de til at rapportene ble lagt i barnas mappe, blant annet med henblikk på at barna skulle kunne lese

dem når de ble 18 år og hadde tilgang til sine saksdokumenter. Av hensyn til alle disse involverte, kunne barnevernsarbeiderne ønske seg at rapportene avslutningsvis hadde en konsentrert og samlet konklusjon som var skrevet i et enklere språk.

7.3 Kartleggingsmodellens styrker og forbedringsmuligheter

Vi spurte de barnevernansatte hvor fornøyd de samlet sett var med kartleggingstilbudet.



Figur 7.5 Samlet fornøydhet med kartleggingstilbudet.

Kun én av de som svarte, var lite fornøyd med kartleggingstilbudet, og de fleste, vel to tredeler, var svært fornøyd. Respondentene hadde anledning til å utdype sine svar med egne ord, noe flere benyttet anledningen til.

Denne barnevernansatte formidlet styrker ved tilbudet som også flere trakk fram:

«Det gjøres en helhetlig kartlegging på kort tid som oppleves fint for de barna jeg har henvist. De omsorgspersonene som har deltatt har også vært svært fornøyd. I tillegg er rapportene et viktig dokument i forhold til hjelp til barnet videre, og også i forbindelse med ankesaker, tilbakeføringssaker osv. Et svært godt tilbud jeg virkelig ønsker meg videre!»

Flere viser til at det er ulikt hvor godt barneverntjenesten kjenner barna de flytter. I noen tilfeller har de kjent barnet og familien over lang tid, og er kjent med helsemessig fungering og behov. Som en av respondentene sa: *«Da kan det være at man opplever at det ikke er så mye nytt i Care-rapporten»*. Men vedkommende uttrykte i tillegg, og i likhet med det vi har vist til foran, at dette ikke alltid er tilfelle, fordi de også må flytte barn og unge som de har lite kjennskap til fra før.

Som vi også har vist tidligere, mente flere at det var viktig for barneverntjenesten å få dokumentert barnas særlige behov fra andre enn barneverntjenesten selv: *«Det er svært nyttig med en annen stemme enn barneverntjenestens som sier noe om hva barnet trenger»*.

Vi har også spurt respondentene om hvordan de innhenter informasjon om barnas helse- og omsorgsbehov når de ikke benytter CARE-modellen. Det dominerende svaret er at barneverntjenesten samler informasjon fra relevante aktører som kjenner barnet. De nevner fastlege, helsestasjon, skolehelsetjeneste, barnehage, skole, PPT og eventuelt BUP. I tillegg vises det til barneverntjenestens samtaler med barn og foreldre og deres egne observasjoner. Én påpeker at *«ofte er det store barn/ungdommer som klarer selv fint å sette ord på deres behov og mangler»*.

Kun en av barnevernsarbeiderne antyder at de i en del tilfeller ber om særskilte utredninger, og da vises det til små barn som henvises til BUPs spe- og småbarnsteam.

Forbedringsmuligheter

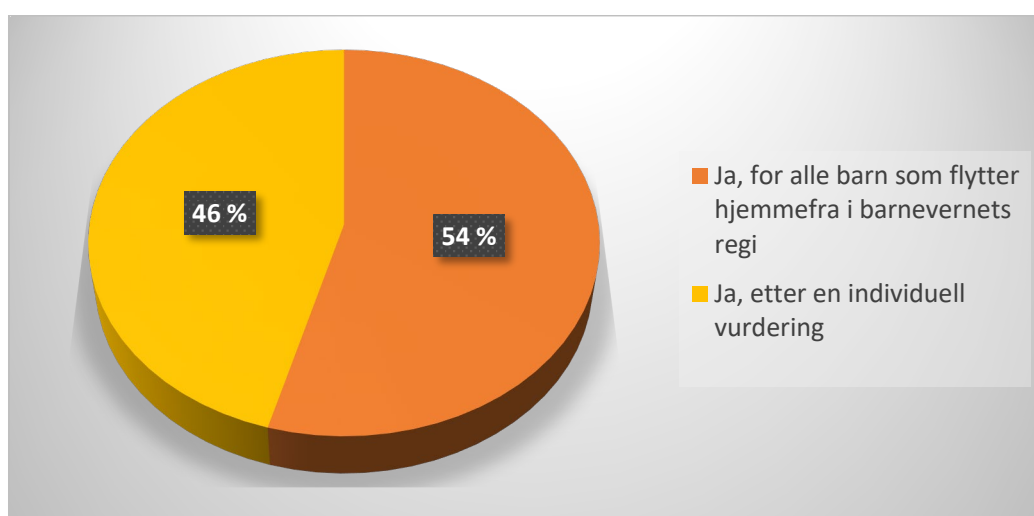
Vi har spurt om de ansatte i barnevernet har forslag til forbedring av kartleggingene og rapportene. 17 av de 54 respondentene har gitt innspill på dette. Det er imidlertid ikke noen områder som trekkes fram av mange. Innspillene må derfor ses mer som enkeltstående enn representative synspunkter. De kan likevel peke på aspekter som bør tas med i betraktning når et lignende kartleggingstilbud skal vurderes. Disse kan oppsummeres slik:

- Henvisningene er arbeidskrevende. Det pekes her på at mye av informasjonen som teamene etterspør ligger i f.eks. fylkesnemndsvedtak som i en del saker følger som vedlegg.
- Foreldre bør også intervjues.
- Det bør gjøres mer observasjon av barna. Kanskje to dager.
- Noe usikkerhet ved «tyngden ved rapporten» når den er basert på så kort utredningstid. Særlig med tanke på at konklusjonene kan være svært alvorlige. Det bør komme fram i hvilken grad konklusjonene bygger på anamnesen eller konkrete observasjoner.
- En del barn befinner seg i midlertidige situasjoner (beredskapshjem), og deres fungering og behov kan endre seg ved flytting til nye omsorgspersoner.
- Mye er kjent for barnevernet fra tidligere, og tiltakene er ofte tett og god veiledning til fosterforeldre, noe barneverntjenesten uansett hadde planer om å gi.
- Noe varierende hvor konkrete, og dermed nyttige, anbefalingene er.
- Rapportene er lange og ikke så lett å orientere seg i. Fagspråket er krevende og må «oversettes» til omsorgspersoner. *«Det er ønskelig med et mer forståelig språk»*.

7.4 Bør kartleggingstilbudet gjøres til en rutine og en rettighet?

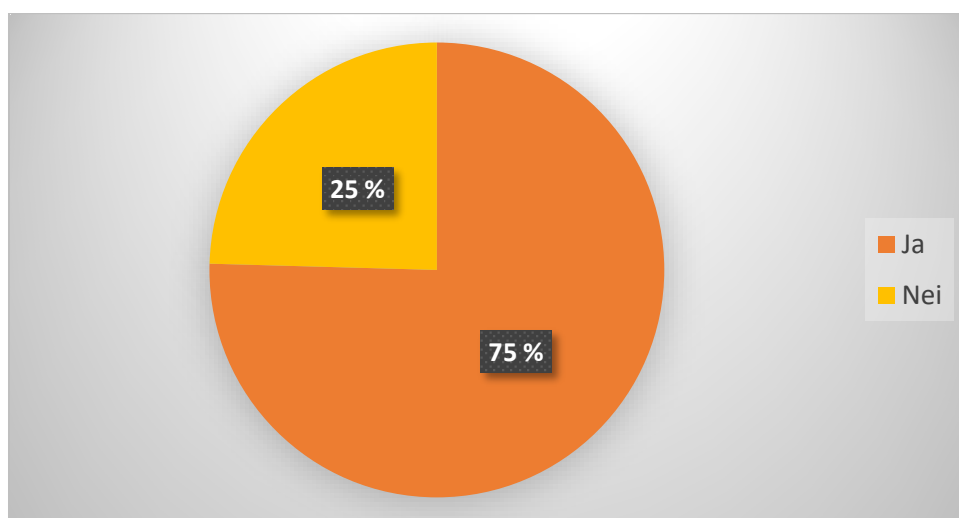
Avslutningsvis ble de ansatte i barneverntjenestene bedt om å vurdere om det er et generelt behov for kartlegging av helse- og omsorgsbehov for barn som flyttes fra hjemmet.

Alle som svarte, mente det var behov for et slikt kartleggingstilbud. Det var imidlertid delte meninger om alle barn bør kartlegges (54 prosent) eller om det bør gjennomføres på grunnlag av en individuell vurdering (46 prosent). I tråd med dette, mente 60 prosent at deres barneverntjeneste burde benytte tilbudet for alle barn som flytter hjemmefra i regi av barnevernet, mens 40 prosent mente de ville benytte tilbudet etter en individuell vurdering.



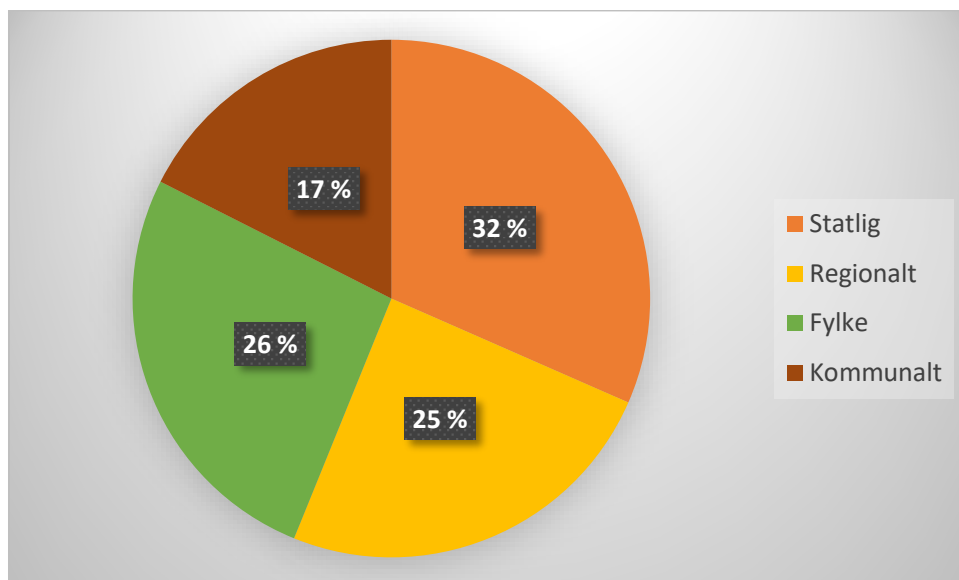
Figur 7.6 Bør barn som flyttes fra hjemmet få tilbud om rutinemessig kartlegging av helse- og omsorgsbehov?

75 prosent mente at barn som barnevernet har flyttet bør ha en lovfestet rett til kartlegging.



Figur 7.7 Bør barns rett til en slik kartlegging lovfestes?

Mens det var et klart flertall som mente at rett til kartlegging burde lovfestes, var det en viss uenighet når det gjelder hvor kartleggingstilbudet burde plasseres. Et flertall av de som hadde gjort seg opp en mening, mente kartleggingsansvaret burde ligge i helsetjenesten (57 prosent), mens 43 prosent pekte på barnevernet. Det var også ulike meninger når det gjelder hvilket forvaltningsnivå tilbudet bør plasseres på.



Figur 7.8 På hvilket forvaltningsnivå bør tilbudet plasseres?

7.5 Oppsummering

Et klart flertall av ansatte i barneverntjenestene som har erfaring med henvisning av barn til kartlegging, var i denne surveyen svært fornøyd med kartleggingstilbudet. Kartleggingen gir viktig kunnskap om barnet på mange områder, og anbefalingene oppleves for de fleste som nyttige. Enkelte svarer at de er helt enig i slike påstander, selv om de samme «kun» er «ganske enige» i at rapportene ga kunnskap de ikke hadde fra før eller at anbefalingene er tilstrekkelig konkrete. Dette kan forstås som at en samlet framstilling av barnets behov, slik rapportene gir, har stor verdi for barneverntjenestene.

En gevinst ved kartleggingene som det antakelig ikke var kalkulert med ved oppretting av tilbudet, er at rapportene ofte gir et viktig supplement til barnevernets saksframstilling for fylkesnemnd og domstol. Dette gjenspeiler seg i uttalelser fra teammedarbeidere om at de ikke var forberedt på at de kunne bli innkalt til å være vitne i slike saker.

Samlet indikerer funnene at kartleggingene er viktige for å bøte på barneverntjenestens manglende kunnskap om barnet i barnevernssaken. På den annen side er det interessant å merke seg at nesten halvparten av respondentene mener at barneverntjenesten bør gjøre en

individuell vurdering av om det enkelte barn som flyttes bør gjennomgå en slik kartlegging. De barnevernsansatte gir heller ikke noen entydig anbefaling om hvilken faglig og forvaltningsmessig forankring kartleggingstilbudet bør ha. Dette er tema vi vil komme tilbake til i den avsluttende drøftingen.

Våre spørsmål om hvorvidt barneverntjenesten gjør barn og omsorgspersoner kjent med innholdet i rapportene, gir lite eksakt kunnskap. Det er imidlertid noe overraskende at så mange som en tredel svarer at de bare «noen ganger» deler informasjon fra rapportene med omsorgspersonene. Ikke minst sett på bakgrunn av at anbefalingene fra teamene i stor grad retter seg mot den daglige omsorgen barnet gis, er det grunn til å finne nærmere ut hvordan anbefalingene faktisk bidrar til bedre hjelp og oppfølging av det enkelte barn.

8 Hvordan fungerer modellen – teammedlemmenes erfaringer

I dette kapittelet er det erfaringene til de som har satt kartleggingsmodellen ut i livet som formidles. I og med at denne modellen er en nyskapning, vil det de formidler kunne gi viktige innspill når det gjelder ulike aspekter ved modellen: organisering og praktisk utforming, faglig innhold og utfordringer, kontakten med barna og deres omsorgspersoner, samt samhandling med de kommunale barneverntjenestene som henvisende instans.

8.1 Organiseringen

Heltid og deltid

Som vi har sett foran, har de aller fleste teammedarbeiderne en deltidsstilling i teamene. Det vil si at de veksler mellom å arbeide i kartleggingsteamet og arbeide i den ordinære driften ved sin institusjon. Unntaket er psykologen i BUP-teamet, som er i 100% og som også har en koordinator-funksjon for dette teamet. BUP-teamet har dessuten en sekretær i 100% stilling. De ansatte som vi har intervjuet, har alle vist til at det er krevende å organisere personalressursene slik at oppgavene i teamet kan gjennomføres på en effektiv og kvalitativ god måte. De har pekt på at fleksibilitet hos teammedarbeiderne har vært viktig for å få det til å fungere. Videre at organiseringen er sårbar for sykemeldinger, noe som det imidlertid har vært lite av.

Det å arbeide 100 % i teamet medfører et større ansvar, for eksempel når det gjelder å skrive rapporter. Når de andre har annen tilhørighet i fagmiljøet ellers «på huset» i tillegg, kan arbeidshverdagen oppleves som mer isolert:

«Jeg mister litt tilhørighet til poliklinikken når jeg jobber 100% i teamet. Jeg blir litt innkapslet her. Jeg savner også en fagperson å diskutere saker med. Det hadde vært litt mer fleksibelt med to psykologer i teamet, f.eks. ved kurs o.l. Det er fordeler og ulemper med 100% og 50%.»

Flere er inne på slike fordeler og ulemper. Deltidsstillinger og to tilhørigheter gir den ansatte større variasjon i arbeidsoppgaver. En fordel ved at to personer deler samme funksjon/ kompetanse i teamet (som psykolog, barnevernfaglig, lege), er at det blir mulig å «hoppe inn for hverandre» når situasjonen krever det. Den største ulempen synes å være vansker med å samle hele teamet til drøftinger på tidspunkt utenom selve kartleggingsdagen, noe som særlig får konsekvenser for den som har hovedansvar for å utarbeide rapporten i etterkant:

«Det blir mye for den ene (som er ansvarlig for rapporten) når alle forsvinner til sitt»

Kapasiteten ved teamene var en utfordring flere pekte på. Det ble vist til urealistiske forventninger fra starten av:

«Vi har måttet justere målsetningen. I starten var det et mål å ha 3 barn pr. uke og levere rapporten i løpet av en uke. Alt var nytt, nye verktøy. Krevende periode, heseblesende. Nå har det gått seg til, ting er blitt mer innarbeidet. Tar tid å få satt det, finne en form og rytme. Og en mengde som passer inn.»

En utfordring når man er i deltidsstilling er at man i praksis ofte ikke er ferdig med å skrive rapport på et barn før du er i gang med neste barn. I tillegg skal du veksle mellom to jobber. Som en beskrev: *«Vi blir dratt ut og inn i sakene»*. Denne medarbeideren mente at dette var en uheldig side ved organiseringen, og at: *«skulle vi fortsatt med dette, måtte vi organisere det annerledes, sånn at vi kunne jobbet samlet og synkront med rapportene»*.

Ansvar for å skrive rapportene

Nettopp ansvaret for å skrive rapportene er fordelt ulikt i de to teamene. I BUP-teamet skriver alle teammedlemmer rapporter, utenom legen som har den minste stillingsandelen. I Bufetat-teamet er det psykologene og den ene legen som har denne oppgaven. De barnevernfaglige skriver kun delene av rapportene som er relatert til de sidene av kartleggingen de selv har hatt ansvar for. Denne ansvarsfordelingen kan ut fra teammedarbeidernes uttalelser både henge sammen med kompetanse og med hvilken type utredninger og rapporter som inngår i den vanlige virksomheten ved de to institusjonene. Kartleggingen av psykisk helse og behov er sentralt i modellen, og naturlig nok er dette i større grad «allmennpraksis» i BUP enn i barnevernet. Det ble blant annet vist til at det å beskrive barnet ut fra DC: 0-5 akse-systemet, krever mer opplæring og erfaring enn det samtlige teammedlemmer i Bufetat-teamet hadde opparbeidet seg.

Teammedarbeiderne i BUP understreket at det å ha ansvar for rapportskrivning har betydning for rollen du har rundt kartleggingen av det aktuelle barnet.

«Jeg forbereder meg annerledes ... er veldig forberedt på de sakene jeg selv har ansvar for. Vi er også veldig flinke til å informere hverandre, men saken sitter mer under huden når du har gjort det selv.»

Erfaringene som teammedlemmene har gjort seg tilsier at det har betydning for både forberedelse og etterarbeid/rapportskriving dersom det er flere å dele dette arbeidet.

Tverrfagligheten

«Det mest verdifulle med arbeidet i teamet er tverrfagligheten»

Alle som er intervjuet fremhevet verdien av den tverrfaglige sammensetningen av teamene, og flere mente dette er en vesentlig grunn til at det oppleves interessant og lærerikt å delta i kartleggingsarbeidet. En fra BUP-teamet sa det slik: *«Det er helt nødvendig at vi jobber*

tverrfaglig – derfor det er så gøy å jobbe med dette. Vi har veldig likeverdige relasjoner i alt vi drøfter».

En fra Bufetat-teamet understreket betydningen av et flerfaglig blikk i kartleggingene:

«Det at vi er det tverrfaglige teamet, er helt supert. Jeg har lært veldig mye av at vi har hatt med lege og psykologene. Det har gitt mye i kartleggingene. Vi ser ting med litt ulike briller. Ulike folk inn i gruppa har vært veldig nyttig. Ikke minst å få inn det helsemessige blikket har vært veldig nyttig. Legene jobber helt annerledes enn oss, ikke minst hvordan de skriver. Vi har lært mye av hverandre.»

Samtidig understreker flere at det er både viktig og nødvendig med lang klinisk erfaring fra teammedlemmene: *«Alle i teamet er erfarne. Vi har sett mange barn og vært innenfor feltet i mange år. Det har vært en fordel»*

Kartleggingsmetodene

Medarbeidere fra begge teamene fortalte at det før oppstart ble brukt god tid på å komme fram til den pakken av metoder og kartleggingsverktøy som skulle benyttes. Alle var involvert: *«Det var noe vi gjorde i fellesskap»*. Selv om enkelte mente at dette krevde for mye tid, opplevdes involveringen for de fleste som interessant og lærerikt. En av utfordringene var å finne verktøy som ikke var mer omfattende enn at de kunne inngå i en en-dags-kartlegging.

De fleste teammedlemmene mente at den sammensetningen av kartleggingsverktøy som er benyttet er hensiktsmessig og relevant. En av dem undret seg likevel over at de ikke etter en del erfaring hadde tatt seg tid til å vurdere om det var behov for noen justeringer i kartleggingens innhold. En av de andre mente at det kunne være behov for å inkludere observasjoner av lek i «pakken».

Betydningen av organisatorisk tilhørighet

Teammedarbeiderne hadde få kommentarer knyttet til betydningen av teamenes organisatoriske tilhørighet, henholdsvis innenfor spesialisthelsetjenesten/BUP og statlig barnevern/barn- og familiesenter. Fra BUP-teamet ble det påpekt at kartleggingstilbudet måtte plasseres innenfor klinikkens pakkeforløp. Etter at henvendelsene til teamet økte i prosjektperioden, ble det vanskelig å finne tid til alle kartleggingene og ventetiden økte tilsvarende. Kartleggingstilbudet fikk dermed konsekvenser for hvordan avdelingen totalt sett kunne oppfylle forventningene i pakkeforløpet.

I begge teamene var det flere som trakk fram positivt utbytte av arbeidet innenfor kartleggingsmodellen i forhold til deres øvrige arbeidsoppgaver og funksjoner. De hadde fått lærdom og kompetanse de kunne ta med seg over i den «ordinære» jobben ved BUP eller barn- og familiesenteret. En sa bl.a.: *«Jeg har tatt med meg mye fra CARE over i BUP. Særlig traumekartleggingen: jeg har fått trent opp mange muligheter til å trygge barnet. Mye mengdeerfaring.»*

Også en av legene hadde dratt nytte av CARE-erfaringene: *«Jeg har lært masse av å jobbe med CARE. Jeg skjeler til CARE-legeundersøkelsen når jeg skal planlegge legeundersøkelsen i pakkeforløp»*

8.2 Gjennomføringen av kartleggingen

Selve kartleggingsdagen

Flere av de vi intervjuet fortalte at de fra kollegaer utenfor teamene hadde fått spørsmål og møtt skepsis til om det kunne være mulig og forsvarlig å fullføre en kartlegging av et barn i løpet av én dag. Teammedlemmene er imidlertid samstemte i at deres erfaringer tilsier at denne kartleggingsmodellen både er forsvarlig og hensiktsmessig. Til dels er de selv overrasket over at de ikke har støtt på flere problemer i utføringen. Som en sa: *«Jeg hadde trodd vi skulle møte mere motstand»*. Hun var overrasket over at det lot seg gjøre å gjennomføre alle metodene, også med de små barna. En annen sa det slik: *«Det som har overrasket meg er at disse barna, som ofte har komplekse problemer, tåler dette veldig godt.»*

Bufetat-teamet formidlet samtidig at det for de minste barna var behov for mere til rettelegging og fleksibilitet, blant annet å gi barna rom for flere pauser og bruke mere tid.

Gjennom kartleggingen vil vanskelige forhold og situasjoner i deres bakgrunn være tema for mange barn. Dette gjelder ikke minst når det skal gjøres en traumeutredning. Enkelte pekte da også på at denne delen kunne være den mest krevende: *«.. men mange barn er veldig slitne på slutten av dagen. Noen har måttet få hjelp etter traumekartleggingen»*. Og en annen utdypet dette: *«Vi må trygge dem skikkelig. Noen blir veldig aktiverte. Må bruke mye tid på å snakke med barna før og etter traumekartleggingen.»*

Flere av teammedarbeiderne trekker fram at omsorgspersonene som følger barna ofte har en viktig rolle når det gjelder å legge til rette og gjennomføre programmet: *«Det er voksne som har vært veldig til stede for barna den tiden de har vært her»*.

Reiseavstand er en utfordring, slik vi har sett at enkelte omsorgspersoner erfarte (kapittel 4). Det er mulig for de som bor i ytterkant av regionen å komme dagen før og overnatte på hotell, hvor utgiftene dekkes av barneverntjenesten. I en tidlig fase av prosjektperioden var det også vurdert om teamet i noen grad kunne reise ut og gjennomføre kartleggingen andre steder. Det ble, ifølge flere, tidlig klart at dette ikke lot seg gjøre. Det skyldes behovet for tilrettelegging, egnete lokaler samt konsekvenser for teamenes økonomiske og tidsmessige ressurser.

Informasjonsinnhenting og -bearbeiding

En vesentlig del av kartleggingen skjer faktisk i forkant av selve kartleggingsdagen. Det dreier seg i første rekke om den informasjonen om barnet og barnevernssaken som barneverntjenesten skal formidle når de sender henvisning til temaet.

Flere informanter peker på at det tar mye tid å sette seg inn i denne informasjonen. Særlig tidkrevende er det i de tilfeller barnet har en lengre historie i barnevernet og hvor for eksempel flere saksfremstillinger til fylkesnemnda følger henvisningen: *«Store, omfattende dokumenter skal gjennomgås og kokes ned»*. Det er et mål at denne informasjonen skal gjennomgås før selve kartleggingen og være tilgjengelig for de øvrige teammedlemmene. Å samle barnets historie og tegne en tidslinje ser ut til å være et viktig formål. Flere formidlet at en slik oversikt er noe som mangler i mange av sakene de får oversendt. En av teammedarbeiderne diskuterte hensikten med dette arbeidet: *«Dette er historikk barneverntjenesten har fra tidligere og kanskje ikke har behov for. Hvor hensiktsmessig er det å bruke så mye tid til dette?»* Hun påpeker at informasjonen er viktig når de i rapporten *«skal sammenfatte barnets situasjon.»* Men: *«Kunne kanskje ha spart inn noe her. Veldig mye arbeid å gå igjennom. Sikkert ingen ulempe for barneverntjenesten å få dette samlet. Vi har et mål om kronologi og oversikt over barnets historikk. Men hvilken verdi dette har, er jeg usikker på»*.

Det kan se ut som om det bør klargjøres hva som er hensikten med å systematisere saksinformasjonen. Er det for teamenes egen del, ved at det bidrar som grunnlag for å vurdere de funn man gjør gjennom kartleggingsdagen, eller er det fordi det er viktig for barneverntjenesten?

8.3 Rapportenes innhold

Rapportene som skrives etter kartleggingen er på sett og vis det konkrete produktet av teamenes arbeid. Det er da heller ikke tvil om at både skrivearbeidet og selve innholdet i rapportene har vært et sentralt tema i det pilotarbeidet disse teammedarbeiderne har vært med på.

«De som jobber med dette må elske å skrive, for det er mye skriving.» Dette var en oppsummerende kommentar fra en av informantene. Som vi har sett, skriver alle ansatte i BUP-teamet (bortsett fra en av legene) rapporter. En av disse hadde erfart at *«vi skriver veldig forskjellig»*. Samtidig tilføyde hun at det ikke betydde at man kom til ulike konklusjoner. Forskjellene dreide seg mest om rapportenes omfang. I begge teamene syntes det å være en generell oppfatning av at de skrev noe kortere rapporter mot slutten enn i begynnelsen av prosjektperioden: *«I starten var 'alt' viktig, nå lager vi kortere rapporter, mindre om*

bakgrunn.» Samme informant mente imidlertid også at det var en kvalitet at rapportene var omfattende, og hun viste til at de ikke hadde fått noen tilbakemeldinger på at rapportene var for lange.

Vurderingene og anbefalingene

«Det handler ikke bare om klipp og lim. Det må henge sammen».

Etter en kartleggingsdag sitter teamet med et stort materiale som skal analyseres og vurderes. Dette er en krevende oppgave rent faglig, men også fordi det kan være vanskelig å avsette tid for teamet til sammen å drøfte funnene og informasjonen de sitter på. Dette henger sammen med at de fleste skal kombinere arbeidet i teamet med sin stilling og oppgaver utenfor teamet. En av teammedarbeiderne som har ansvar for å sammenfatte rapporten opplevde dette som særlig utfordrende. Hun understreket at det handlet om kvalitetssikring av vurderingene og å dra nytte av tverrfagligheten. Å etablere en slags konsensus; *«hvor ligger nivået, hva er ‘alvorlig’ og hva er ‘betydelig’? Denne type arbeid krever at det er flere hoder som drøfter det vi har sett og hvor vi lander.»* I Bufetat-teamet var dette en særlig utfordring i og med at den ene legen kun var til stede på senteret selve kartleggingsdagen.

Det blir pekt på behovet for å kunne «ta et skritt tilbake» samtidig som det er et sterkt tidspress på å få ferdig rapportene.

De fleste barna som er til kartlegging har levd med store belastninger over lengre tid, slik de ble beskrevet av de teamansatte. Det som blir avdekket gjennom kartleggingen og informasjonsbearbeidingen kan peke i flere retninger, slik denne informanten uttrykte det:

«Ting er vanskelig og komplekst, og dette er vi blitt mer klar over. Nevro og traumer går ofte hånd i hånd. Jeg har merket at vi er blitt likere, men ingen av oss er skråsikre lenger. Ulempen er at anbefalingene kan bli litt vage.»

En av de ansatte i BUP-teamet mente at *«vi er litt mer drøftende»* i disse rapportene enn det de vanligvis er etter BUP-utredninger.

Enkelte pekte også på mulige begrensninger i informasjonsgrunnlaget slik modellen fungerer. Det dreier seg om at de ikke har mulighet for å observere barnet i sine vanlige omgivelser: *«Situasjonen under kartleggingen er særlig tilrettelagt. Situasjonen kan være noe annet i barnehagen enn her hos oss med tre voksne som legger til rette».* Dette ble særlig framhevet av de som kartla de yngste barna. En understreket at *«barnet i samspill avhenger av den personen barnet kommer til kartleggingen med. Beredskapshjemforeldre er ofte veldig proffe».* I den forbindelse var det noen som mente at de ville fått et bedre bilde av barna dersom de hadde møtt dem sammen med sine opprinnelige foreldre.

En av teammedarbeiderne trakk også fram den betydning barneverntjenestenes beskrivelse av barna og saken deres fikk gjennom henvisningsskjema og tilsendte saksdokumenter. Denne informasjonen ble et viktig informasjonsgrunnlag, samtidig som man kunne anta at framstillingen kunne være annerledes dersom den var gitt av foreldre eller andre aktører i barnas liv.

Når det gjelder teamenes anbefalinger om videre oppfølging av barnet, retter de seg i stor grad mot omsorgspersonene (jfr. kapittel 6). I Bufetat- teamet er den daglige omsorgen, for eksempel i fosterhjemmet, sentral: *«Samspillsveiledningen kommer raskt for oss. Det har med vår bakgrunn å gjøre»*, mente en i dette teamet. De var dermed opptatt av om anbefalingene til barneverntjenesten resulterer i at fosterforeldre og fosterbarn får den hjelpen de trenger.

Andre mente anbefalingene var tydeligst når det gjaldt involvering/henvisning til andre tjenester, og at *«jeg kunne ønske meg mer spesifikke anbefalinger, konkrete utviklingsoppgaver for det enkelte barn. Dette dreier seg mest om råd til fosterforeldre.»*

8.4 Kontakt med barneverntjenestene

«Vi aner ikke hvordan barneverntjenestene tar imot rapportene, om de oppleves meningsfylte.» Det har ikke vært noe system for tilbakemelding fra barneverntjenestene om innholdet i eller nytten av rapportene. Tilbakemeldingene som er mottatt, er blitt gitt tilfeldig når noen fra barnevernet av ulike grunner har tatt kontakt eller ved at teamansatte og barnevernsansatte har møttes i andre sammenhenger og delt synspunkter og erfaringer.

«... Når barneverntjenesten ringer, prøver jeg å bruke tid på å diskutere med dem. Men det kunne vært nyttig å møte dem for å oppsummere resultater. Vi har jo en oppsummering med omsorgspersonene på slutten av utredningen.»

En av teammedarbeiderne sa hun gjerne så at teamet hadde ansvar for et mindre geografisk område og dermed betjent færre barneverntjenester. Det ville gi grunnlag for oftere og bedre dialog, både bedre informasjon om tilbudet og større mulighet for tilbakemelding på arbeidet.

Mer kontakt med barneverntjenestene ville gitt muligheter for justering av modellen eller formen på rapportene. Man kunne fått vite om rapportene er for omfattende, eller om det er noe som savnes. Direkte kontakt kunne også gitt mulighet for å sjekke om språket i rapportene var forståelig. *«Klarer barneverntjenestene å bruke rapporten overfor omsorgspersonene, og får barna tiltakene som anbefales?»*, lurte en av medarbeiderne på.

«Jeg skulle gjerne hatt møte med barnevernet og eventuelt fosterforeldre i ettertid. Vi kunne lest litt kjappere og skrevet kortere. Vi vet jo lite om hvordan barneverntjenesten bruker rapporten eller hvor mye de involverer fosterforeldre ... Kunne gjerne ha flyttet noe av ressursbruken fra forarbeidet til etterarbeidet.»

Flere av teammedarbeiderne fortalte at de av barneverntjenester var blitt oppnevnt eller spurt om å la seg oppnevne som vitner når barnas sak skulle behandles i fylkesnemnd eller domstol. Dette var en oppgave som det ikke var tatt høyde for verken når det gjelder tidsbruk eller rolle, men som de samtidig ikke kunne si nei til.

8.5 Alt i alt

I noen av intervjuene kom vi inn på spørsmålet om kartleggingstilbudet som de har vært med å prøve ut, bør være et tilbud til alle barn som flytter hjemmefra etter vedtak av barnevernet, eller om det bør være behovsbasert. Et argument for det siste kunne for eksempel være at rutinemessig kartlegging ville innebære å bruke ressurser på barn som ikke trenger det. Ingen av de vi spurte mente at det var tilfelle. Flere erfarte at barna viste mange positive sider i kartleggingssituasjonen. Men: *«Vi finner nesten alltid noe som barnet vil ha nytte av å få hjelp til.»* En av medlemmene i BUP-teamet mente imidlertid at de som allerede har et tilbud ved BUP, ikke bør prioriteres til CARE-tilbudet. *«Jeg synes ikke vi skal overta jobben til BUP»*, sa hun.

Avslutningsvis i intervjuene spurte vi hva som er belastende og hva som er mest positivt med å arbeide i kartleggingsteamet. En av de ansatte i BUP-teamet mente at barna hun møtte på kartleggingsdagen skilte seg fra de hun arbeidet med i poliklinikken. I poliklinikken var det større variasjon, mens alle barna barnevernet hadde flyttet hadde hatt det svært vanskelig. *«Det vi opplever i løpet av dagen kan være vanskelig å legge fra seg. Særlig når barna er på alder med egne barn.»* En av de andre informantene sa det slik: *Jeg har jo jobbet inn mot dette feltet lenge. Har hørt mange vonde historier. Det er mest følelsesmessig vanskelig å møte barn som er i en uavklart situasjon. Jeg får lyst å ta alle med hjem.*

Samtidig som teammedarbeidere formidlet at de møtte barn som hadde blitt påført mange og store belastninger, var flere også opptatt av å fremheve barnas styrke og resiliens. Samtidig med en opplevelse av å jobbe på en måte de hadde tro på, ga det håp for barna. En oppsummerte det slik:

«Det er veldig meningsfylt for disse barna å sette inn en jobb her og nå i stedet for å ha en langvarig utredning. Få øyeblikksbildet. Det utfordrer alle metodene våre også, de er jo ikke skapt for så kortvarig utredning. Skal ha respekt for det. Men det er veldig verdifullt å oppsummere barnets historie og ha en mening om hva det betyr her og nå. Det er uansett ferskvare. Disse barna trenger at så mange mennesker tenker på hva de har behov for her og nå.»

8.6 Oppsummering

Samlet sett gir medarbeiderne i teamene uttrykk for stor entusiasme for og tilfredshet med å arbeide med kartlegging av barna som barnevernet har flyttet ut av hjemmet. Det koordinerte

tverrfaglige arbeidet verdsettes høyt, og i begge teamene ser de gevinster ved å veksle mellom arbeidet med kartleggingsmodellen og arbeidet i henholdsvis BUP-poliklinikken og barna – og familiesenterets avdelinger.

Ingen reiser tvil ved hensiktsmessigheten ved å kunne gjennomføre en en-dags-kartlegging for denne målgruppen, men de peker også på visse utfordringer eller avveininger.

Organiseringen er særlig utfordrende. Selv om de fleste synes å være tilfreds med å kombinere deltids teamarbeid med deltids arbeid i avdeling, er det flere som peker på vansker med denne ordningen. Vanskene er i liten grad knyttet til å gjennomføre selve kartleggingsdagen: Derimot oppstår det vansker med å finne felles tid for å gjøre samlede tverrfaglige vurderinger, og med det sikre grunnlaget for de omfattende rapportene.

Kartleggingsdagen og de metodene som inngår i den, oppleves som hensiktsmessige og meningsfulle. Kartlegging av de minste barna krever ofte individuell tilpasning, og en del barn blir slitne mot slutten av dagen. De fleste synes å være enige i at det er viktig å ikke trekke for bastante konklusjoner ut fra kartleggingen. Blant annet ut fra at de kun møter barna i én setting.

Rapportene med anbefalinger som skrives etter kartleggingen er det synlige produktet teamene leverer fra seg. Arbeidet er mer tidkrevende enn det en antok før oppstart. Omfanget på rapportene har vært et tema blant medarbeiderne. Selv om de gir uttrykk for å ha funnet en form de mener fungerer, er det fortsatt spørsmål knyttet til det arbeidet som nedlegges når det gjelder å samle og systematisere barnas barnevernshistorie. Denne historien synes å være et viktig grunnlag for teamenes vurderinger og anbefalinger. Sånn sett kan de kanskje sies å være viktigere for teamene selv enn for barneverntjenestene som er mottakere av rapportene.

Teammedarbeiderne er samstemte om at det ville være hensiktsmessig med et møte med barneverntjenesten når rapporten på barnet er ferdigskrevet.

9 Barn av mødre under LAR

9.1 Bakgrunn

Behandling med metadon og buprenorfin kalles legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i Norge, og tilbys opioidavhengige pasienter. Om lag 30 prosent av pasientene i LAR er kvinner, de fleste i fruktbar alder. Når kvinnene blir gravide eksponeres derfor barna for opioider i svangerskapet. I Norge har det vært stort fokus på denne gruppen barn – ofte kalt «LAR-barna» i media. Selv om det ikke er forskningsmessig grunnlag for påstander om at disse barna er «skadet» – verken på kort eller lang sikt, er det enighet om at opioideksponerte barn utgjør en risikogruppe med behov for oppfølging. Dette ligger nedfelt i «Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder (IS-1876)». Klinisk erfaring og resultater fra pågående forskning viser at mange av disse familiene har kontakt med barneverntjenesten i form av hjelpe- eller kontrolltiltak. For noen resulterer dette i omsorgsovertakelse og flytting av barnet til fosterhjem eller barneverninstitusjon.

9.2 Datagrunnlag for kapittelet

Dette kapittelet er basert på samtaler med omsorgspersoner til seks barn av mødre i LAR. Tre av disse valgte å la barnet delta i CARE-kartleggingen, mens tre valgte å avstå.. De aktuelle barna er i alderen 2-14 år. Fem av barna bor hjemme, mens én bor i barneverninstitusjon, men med kontakt med mor.

9.3 Begrunnelse for helsekartlegging

De fleste barn eksponert for LAR-legemidler flyttes ikke ut av hjemmet av barneverntjenesten, men blir boende hos sine foreldre. I vår undersøkelse av kohorter av barn født i 2005-2009 (n=67), bodde 81 prosent hos én eller begge foreldre da de gikk i 2.-3. klasse på barneskolen. 25 prosent av disse familiene hadde på dette tidspunktet kontakt med barneverntjenesten og omtrent halvparten opplyste å ha hatt tiltak fra PPT, BUP eller Habiliteringstjenesten for barn i løpet av barnets liv. Dette betyr altså at omtrent like mange barn *aldri* hadde mottatt noen av disse hjelpetiltakene. Sytti prosent av foreldrene svarte at de var fornøyd med oppfølgingen barnet fikk. Vi fant også at 30 % av barna som fortsatt bodde med sine foreldre i 8-årsalder hadde opplevd en eller flere flyttinger. Hyppige flyttinger er i seg selv en risikofaktor for barns trivsel og utvikling.

Internasjonal litteratur, og vår egen forskning, viser at barn i risiko – i dette tilfellet opioid-eksponerte barn – har økende sannsynlighet for utviklingsvansker og psykiske problemer etterhvert som de blir eldre. Forekomst av vansker er sammenlignbar med den man finner hos fosterbarn (Sarfi, et.al. 2014). Opiodeksponerte barn som blir boende hos sine foreldre har færre vansker enn de som flyttes i fosterhjem. Barnas vansker synes i stor grad å være knyttet til foreldrenes fysiske og psykiske helse med de konsekvenser det får for kvaliteten på omsorgen for barnet. Særlig er foreldrenes rusmestring en sentral faktor for en stabil oppvekstsituasjon.

Familier med hjemmeboende barn der mor har vært eller er i LAR, vil ha nytte av kunnskap om barnets utvikling og helsetilstand. Slik kunnskap er også viktig for å kunne tilby barnet og familien egnede hjelpetiltak uten nødvendigvis å involvere barneverntjenesten.. Dette var bakgrunnen for å inkludere gruppen «barn født av kvinner i LAR» i CARE-studien. Mange foreldre i LAR er opptatt av informasjon om hvorvidt opioideksponering i svangerskapet kan ha hatt konsekvenser for barnets utvikling og fungering. En helsekartlegging vil derfor også kunne være nyttig for å avkrefte mistanker om utviklingsavvik og berolige foreldrene. Slik informasjon kan bidra til å dempe engstelse, eller peke på eventuelle hjelpetiltak i tråd med foreldres ønske.

9.4 Hvordan har det gått?

CARE modellen la opp til at henvisning til kartlegging skulle sendes fra barneverntjenesten sammen med bl.a. informasjon fra tidligere kontakt med hjelpeapparatet. Siden de fleste i LAR gruppen ikke hadde pågående kontakt med barnevernet, ønsket ikke noen foreldre at visse typer tidligere informasjon om barnet og familien skulle innhentes, blant annet om årsaken til og utfallet av kontakt med barnevernet. Vi laget derfor et eget informasjonsskriv om undersøkelsen til foreldre i LAR (se vedlegg 2). På tross av dette viste det seg at kun et fåtall familier i LAR benyttet seg av kartleggingstilbudet i løpet av prosjektperioden.

Hvordan ble informasjonen om studien og kartleggingstilbudet formidlet til familier i LAR?

Informasjon om tilbudet gjennom CARE ble gitt til målgruppen i LAR på følgende måter:

- Det ble gitt grundig informasjon om kartleggingen på halvårlige møter for ledere av de regionale LAR-tiltakene i Norge, og spesielt til de som hadde ansvaret for de aktuelle målkommunene for CARE-studien. Det ble også lagt vekt på å finne individuelle løsninger for hvordan henvisning kunne foregå.
- Informasjon om kartleggingen ble formidlet til brukerorganisasjonen ProLARnett, som har spesielle arrangementer for småbarnsforeldre.

- Forskere på SERAF informerte aktuelle familier som deltok i deres pågående oppfølgingsundersøkelse.
- Informasjon om studien ble også gitt til behandlere på Ruspoliklinikken, Ullevål Sykehus.

Hvorfor valgte noen å delta?

Selv om det var få foreldre i LAR som valgte å la barna kartlegges i CARE studien, er det viktig å høre hvilke erfaringer de foreldrene som faktisk deltok, gjorde seg. Vi spurte først om hvorfor de valgte å la barnet gjennomføre kartleggingen. En av mødrene sier:

«Det var viktig for oss å vite om det var noe spesifikt med ham vi trengte mer hjelp til».

En annen nevner håpet kartleggingen ville bidra til om at barnet kunne få tilbud fra BUP:

«Ville ha hjelp til å komme in på BUP. Hadde fått avslag på avslag» (mor til tenåringsjente)

En av de som valgte ikke å delta, angret i ettertid:

«Har egentlig tenkt i ettertid at det var litt dumt. (...) Fordi skolen sier at hun er litt sein av seg. Og hvis en sånn utredning hadde funnet ut hvorfor hun er sein og ikke bare skyldt på Subutexen, hadde det kanskje vært hjelp å få? Da hun var liten, fulgte jo helsestasjonen opp og det var mye mas med ruseksponering og sånt. Men hun var jo normal på alle kurver og jeg var rusfri så jeg skjønnte aldri greia. Men på skolen er det ikke så tett oppfølging så der kan jo barn ha problemer som ikke merkes før det er for seint» (mor til barneskolejente)

Hvordan opplevde de kartleggingsdagen?

Foreldrene som fulgte barn til kartleggingen, fortalte om gode erfaringer:

«De var veldig flinke til å forklare hva undersøkelsen gikk ut på. Vi syntes det var veldig greit» (mor til barneskolegutt).

«Veldig fin måte å gjøre ting på. Det var veldig intensivt, tok hele dagen. Men det er mye bedre enn når man skal tilbake mange ganger. Det tar jo tid å bryte isen hver gang. Nå ble alt gjort intensivt. Alle vi møtte var greie» (ansatt på barnevern-institusjon, mor til tenåringsgutten var med).

Hva kom ut av kartleggingen?

En av mødrene syntes kartleggingen ga interessant og viktig informasjon:

«Ble overrasket over at han var sterk på det visuelle området. Dette er brukt i ettertid i konkret hjelp på skolen. Veldig fint at det også ble fokusert på ressurser. Så ble vi overrasket over at det ble avdekket balanseproblemer. Så nå vet vi hvorfor han strevde med å lære seg å sykle» (mor til barneskolegutt).

For denne gutten har kartleggingen gitt konkrete resultater:

«Absolutt. Vi gikk med rapporten i hånda og fikk straks plass på BUP. Han har fått diagnosen ADD og får behandling på BUP. Så har han fått el-sykkel fra hjelpemiddelsentralen» (mor til barneskolegutt).

En annen mor har også opplevd at barnet fikk hjelp etter kartleggingen:

«Jeg har tatt med meg dette skrivet (kartleggingsrapporten) til skolen. Så nå har hun fått assistent» (mor til tenåringsjente).

9.5 Hvorfor nådde vi ikke flere barn i LAR-familier og hva kan gjøres bedre?

Vi mener en viktig årsak til at såpass få LAR-familier benyttet seg av kartleggingstilbudet, er at informasjonen ikke nådde ut til kvinnene/familiene. Selv om LAR-lederne i de aktuelle fem fylkene viste stor interesse for prosjektet, vet vi ikke hvordan informasjonen ble formidlet videre. LAR er organisert ulikt i kommunene; noen pasienter har direkte kontakt med rus-/LAR-konsulenter, mens andre bare har kontakt med fastlegen som forskriver LAR-medikamenter til dem.

Motvilje mot å avdekke forhold som kunne føre til bekymring for barnets omsorgssituasjon og dermed involvering av barnevernet, var nok også en grunn. Mange foreldre i LAR oppgir å ha dårlige erfaringer med barnevernet fra nåværende eller tidligere barn. En av mødrene vi intervjuet, uttrykte seg slik:

«Dette er visst noe som kan brukes for unger som er født i LAR. Da lurer jeg på om enkelte foreldre ville bli innmari mistenksomme når de ser alle greiene som skal gjøres. Skjema fylles ut og sånt. Ganske mye jobb. Så står det noe om at dette er laget for unger i barnevern? Det er i hvert fall uaktuelt for mange.» (mor til tenåringsgutt)

Moren til en jente i barnehagealder uttrykker noe av det samme:

«Bestemte meg for å droppe det. Jeg har som jeg sa helsestasjonen. Det har jo vært 1-årskontroll og 2-årskontroll. Selv om de vet at jeg er i LAR, tror de ikke det er noe gærnt med henne. Så skulle disse testgreiene gjøres på et barnevernssted der mange har vært innom og ikke fått ungen med seg hjem etterpå. Jeg husker jeg tenkte at shit – tenk om de finner noe på henne som de synes er galt så kommer barnevernet. Nei takk.»

Det er også mulig at informasjonen som ble gitt til foreldre i LAR ikke var tilstrekkelig, eller ikke forklarte tydelig nok fordelene med en slik undersøkelse, og hva den skulle brukes til.

Et annet forhold som kan forklare manglende rekruttering, har med usikkerhet i forhold til utfylling av skjemaer og forståelse av spørsmål. Mange foreldre i LAR har problemer med å forholde seg til skjemautfylling og vil trenge bistand for å få dette til. Mengden skjemaer som skal fylles ut er også av betydning for motivasjon.

Med kjennskap til denne gruppen familier og barn, vet vi at det er en motvilje hos mange mot å eksponere seg som LAR-bruker på grunn av den negative fokusering på LAR-graviditeter i media. I tillegg har mange opplevd stigmatisering og negative kommentarer knyttet til eget barn og graviditet. Noen foreldre unnlater å opplyse at de er i LAR til skole og barnehage, av

frykt for at familien og barna skal utsettes for stigmatisering. Noen velger også å holde tilbake slike opplysninger til egne barn.

Blant dem vi intervjuet var det en mor som lot tenåringssønnen ta avgjørelsen:

«Snakket med (ham) om hva han synes om at vi kunne dra på en sånn utredning for at de kunne finne ut om han kunne få noe annen hjelp enn den han allerede har. Da sa han at det var uaktuelt å dra til Tønsberg for å bli testa. Hadde hatt nok av det før. Så da ble saken også avgjort for mitt vedkommende.»

9.6 Konklusjon

På bakgrunn av oppfølgingsundersøkelsen av kvinner i LAR og deres barn som vi har gjennomført, mener vi det er berettiget å tilby også disse barna en helsekartlegging i tråd med CARE -modellen. Vi fant en viss diskrepans mellom barns hjelpebehov og hvilke tjenester de mottok. For eksempel viste det seg å være et udekket behov for tiltak fra PPT, men også behov for bistand fra BUP i enkelte tilfeller. Samtidig meldte familiene som var klar over barnas hjelpebehov at det var veldig vanskelig å komme til både hos PPT og BUP. En slik grundigere kartlegging kunne blant annet bidratt til at barna lettere fikk tilbud fra ulike hjelpeinstanser. Dette var også motivasjonen for noen av de som valgte å delta i kartleggingen, slik vi også så i et av intervjuene.

For å nå disse familiene med informasjon om et slikt kartleggingstilbud tror vi det er nødvendig at informasjonen gis av den instans som er nærmest familien og som de har tillit til. LAR er en del av spesialisthelsetjenesten, men plasseringen i systemet varierer. Det vil trolig være av stor betydning at den behandler/instans som familien er i kontakt med og har tillit til både må kunne forklare fordelene med helsekartlegging av barnet, og trygge foreldrene på at opplysningene ikke vil tilflyte andre enn de som evt. er avtalt.

Det er betegnende for stigmatiseringsfrykten at det er foreldre til de minste barna som kvier seg mest for kontakt med hjelpeapparatet – i dette tilfellet kartlegging på Telemark barne- og familiesenter. Av de 67 mødrene i vårt oppfølgingsprosjekt hadde bortimot 80 prosent kontakt med barnevernet ved barnets fødsel. Barneverntjenestene er altså tidlig inne når en kvinne i LAR blir gravid. Følelsen av en stadig trussel om omsorgsovertakelse kan resultere i frykt for at kartlegging av barnet, inkludert observasjon av mor-barn samspillet, kan få negative følger.

Erfaringen viser at barnevernet ofte trer ut av familier som er i LAR dersom omsorgen vurderes som god nok. Mange familier rapporterer at det er mye oppmerksomhet rundt barnet i de tidligste leveårene, mens oppfølging har en tendens til å dabbe av når barnet blir eldre. Dette synes mange er paradoksalt, siden det er nettopp senere, når eventuelle problemer dukker opp, at det kan være behov for kartlegging fra hjelpeapparatet. For de

minste barna kunne kartlegging av barnets helse etter CARE-modellen kunnet inngå i oppfølgingen som anbefales i «Nasjonal retningslinje for gravide i LAR og oppfølging av familien frem til barnet når skolealder». Samtidig er behovet for slik kartlegging økende også med økende alder på barnet. Tilbudet må derfor være tilgjengelig for familier i LAR også etter at barnet har nådd skolealder.

10 Konklusjoner og anbefalinger

I avslutningskapittelet oppsummerer vi i korte trekk hovedfunnene fra evalueringen av CARE-modellen, før vi trekker frem noen momenter som må vurderes hvis modellen skal være utgangspunkt for innføring av et nytt landsdekkende kartleggingstilbud.

10.1 Hva har vi funnet?

Evalueringen av CARE-modellen viser stor oppslutning om denne måten å kartlegge barn i risiko på. Alle involverte aktører – omsorgspersoner, teammedlemmer, barneverntjenester og barna selv – er i all hovedsak fornøyd med kartleggingstilbudet og måten det er organisert på.

Kartleggingen oppleves viktig og meningsfylt

Funnene tyder på at det oppleves meningsfylt å gjennomføre en slik én-dags kartlegging, selv om opplegget har visse begrensninger. En slik komprimert kartlegging er ofte ikke tilstrekkelig for å stille diagnose, og det har heller ikke vært målet med kartleggingen. Likevel har det vist seg at kartleggingen i flere tilfeller avdekker behov og vansker som gjør at kriteriene for gitte diagnoser oppfylles. Kartleggingsteamene har da beskrevet dette i rapportene, for å synliggjøre alvorlighetsgrad i barnas strev. Funnene fra kartleggingsdagen gir sammen med den omfattende informasjonen som innhentes på forhånd, et godt fundament for å peke på hva barnet særlig strever med og anbefalinger om retningen på den videre oppfølgingen.

Evalueringen viser at organiseringen og gjennomføringen av kartleggingen fungerer godt, selv om dagen kan oppleves krevende, særlig for de minste barna. Det har åpenbart hatt betydning at teammedlemmene har solid klinisk erfaring, får barna til å samarbeide, og kan utvise fleksibilitet med tanke på å tilrettelegge kartleggingsdagen for det enkelte barn. Dette stiller krav til egnede lokaler, men også til gode forberedelser forut for hver kartlegging.

Informasjonen fra kartleggingen, inkludert det som er samlet inn fra omsorgspersoner, skole, barnevern og andre instanser på forhånd, har gitt grunnlag for å peke på barnets behov både når det gjelder psykisk helse, fysisk helse, tannhelse og i den daglige omsorgen. Den tverrfaglige kompetansen i teamet, slik den kommer til uttrykk i rapportene, fremheves som verdifull av barneverntjenestene. Tverrfagligheten er også en motiverende faktor for teammedlemmene. Omsorgspersonene har satt pris på å få mer informasjon om barnet de har omsorg for, og som enten bekreftet at de var på rett vei, eller som ga dem ny forståelse for barnets behov.

Anbefalinger for barn med store belastninger

Evalueringen har vist at de aller fleste barna som har vært kartlagt, har mye de strever med. Mange har vært gjennom svært belastende opplevelser, og vurderes å fylle kriteriene for kliniske diagnoser. Barnas belastninger gjenspeiles i de anbefalingene som gis. I stor grad dreier dette seg om oppfølging av barna fra førstelinjetjenester som fastlege, helsestasjon/skolehelsetjeneste, PPT, eller tilrettelegging i barnehage eller skole. For mange anbefaler teamene også ny utredning eller behandling i psykisk helsevern for barn og unge (BUP), hvis barnet i det nye omsorgsmiljøet viser tegn til vedvarende psykiske eller atferdsmessige vansker. Dette betyr at man må følge barnets trivsel og fungering nøye med tanke på om og når slik henvisning bør skje. Disse anbefalingene innebærer at omsorgspersoner og barneverntjeneste får en viktig oppgave i å observere barnets utvikling.

Traumebevisst omsorg – omsorgspersonene som barnets viktigste hjelpere

En betydelig del av kartleggingsteamenes anbefalinger retter seg mot omsorgspersonenes daglige samhandling med og ivaretagelse av barna. Slik vi leser rapportenes anbefalinger, er det nettopp disse som framstår som barnets viktigste hjelpere. Omsorgspersoner kan være barnets egne foreldre, beredskapsforeldre, institusjonspersonale, eller (som for de fleste i denne studien) fosterforeldre. Disse barna trenger mer enn «vanlig god omsorg». De trenger gjennomtenkt, tilrettelagt og til dels terapeutisk ivaretagelse. Traumeperspektivet står sentralt i kartleggingene, og traumeinformert omsorg og samhandling vektlegges svært ofte i teamenes anbefalinger. Særlig var dette tydelig i 7-17-teamets anbefalinger. En helt sentral oppgave for barneverntjenesten blir da ut fra anbefalingene å sikre omsorgspersonene kompetent, stabil og vedvarende veiledning.

Fornøyde barneverntjenester med stort oppfølgingsansvar

Barneverntjenestene er gjennomgående svært fornøyd med kartleggingstilbudet. De fremhever verdien av den samlede fremstilling av barnets behov rapporten fra kartleggingen gir, som gjør dem bedre i stand til å sikre barnet hjelp og tjenester tilpasset den enkelte.

Når en flytter et barn ut av hjemmet tar myndighetene på seg et stort ansvar for barnets videre utvikling. Gjennom rapportenes anbefalinger blir viktige sider ved dette ansvaret tydeligere, mer omfattende og mer konkret.

Kartleggingene tillegges vekt i saker for fylkesnemnd og domstol

Evalueringen viser at barneverntjenestene synes kartleggingsrapportene er viktige når de skal fremme sak om omsorgsovertakelse for fylkesnemnda. Kartleggingen har ofte gitt et bedre og bredere bilde av barnet enn det barneverntjenesten hadde på forhånd, ikke minst har de belyst hvordan manglende omsorg, overgrep eller mishandling har påvirket barnets helse. I tillegg vurderer barneverntjenestene det som viktig at kartleggingsteamene

representerer en annen kompetanse og posisjon enn deres egen. Rapportenes beskrivelser av barna får derved en annen legitimitet når viktige beslutninger om barnet skal fattes. Medlemmer av kartleggingsteamene har av denne grunn vært forespurt om å stille som vitner når rapportene legges frem for fylkesnemnd og tingrett. Dette er ofte svært tidkrevende, og var en side ved tilbudet som ikke var planlagt, og heller ikke tatt hensyn til ressursmessig.

Utfordringer med å rekruttere barn av mødre i LAR til kartlegging

Modellen i CARE var tenkt også å kunne tilbys barn av mødre i legemiddelassistert rehabilitering (LAR), da det har vært stor politisk interesse for og bekymring rundt disse barnas utvikling. Det viste seg imidlertid vanskelig å rekruttere barn i denne gruppen. Mange av disse familiene har ikke kontakt med barneverntjenesten, som var den primære mottaker for informasjon om tilbudet, og som også var tenkt som henviser. Selv om det ble lagt betydelig arbeid i å nå ut til disse familiene gjennom LAR-systemet, har informasjonsflyten vært krevende. Det eksisterer ikke et åpenbart kontaktpunkt for barn av mødre i LAR. Det er heller ikke gitt hvem som skal være henvisende instans, eller hvem som skal gi utfyllende opplysninger om barnet til kartleggingsteamene. Det ble også uklart hvem som skulle ha ansvar for oppfølging av behovene og anbefalingene rapportene presenterte. En del mødre i LAR var også skeptiske til kartlegging av barnet på grunn av usikkerhet om rapportene kunne bli brukt mot dem, for eksempel av barnevernet. De familiene i LAR som faktisk deltok i kartleggingen, uttrykte imidlertid at de var svært fornøyde.

10.2 Momenter som må vurderes ved innføring av en kartleggingsmodell

Til tross for den gjennomgående positive evalueringen av CARE-modellen, er det flere momenter som bør drøftes hvis CARE skal benyttes som utgangspunkt for en nasjonal tjenestemodell. Det dreier seg om *hvem* som bør kartlegges, *når* kartleggingen bør skje, *organisering og plassering* av teamene, og ulike sider ved *oppfølging og bruk* av kartleggingsrapportene.

Skal alle barn kartlegges?

Vi har sett i CARE-studien at barneverntjenestene ikke har henvist alle aktuelle barn til kartlegging, og at en del tjenester mener at henvisning bør skje etter en individuell vurdering. En fordel med en viss 'siling' er at en slipper å bruke ressurser på barn som antakelig ikke vil ha nytte av slik kartlegging. Vi vet imidlertid at de aller fleste barn i disse utsatte gruppene har uavdekkede og udekkede helse- og omsorgsbehov. Dersom henvisning skal basere seg på individuell vurdering, er det en stor fare for at en del barn som trenger det, ikke får

tilpasset og nødvendig hjelp i tide. Man kan også spørre seg hvem som skal gjøre denne vurderingen av barnets behov for kartlegging, og hvilken kompetanse disse da må inneha. En fordel med rutinemessig kartlegging av alle barn som barneverntjenesten flytter ut av hjemmet, er at man unngår enkeltpersoners skjønn og vurderinger, og slik reduserer faren for forskjeller når det gjelder tilgang til viktig og nødvendig hjelp for barnet.

På hvilket tidspunkt bør kartlegging skje?

Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet anbefaler i sin rapport «Helsekartlegging av barn i barnevernet» at helsekartlegging fortrinnsvis gjennomføres før barnet flyttes ut av hjemmet. Dette begrunnes med behovet for å gi barnet tidlig hjelp og styrke grunnlaget for de vidtrekkende beslutninger flytting av et barn innebærer. Det er imidlertid forhold som taler mot dette. For det første skjer det en prinsipiell, men også faktisk, endring i omsorgsansvaret for barnet etter at det er fattet flyttevedtak i barnevernet. Forut for vedtaket er det barnets foreldre som har ansvaret for oppfølging av barnets helse- og omsorgsbehov, mens dette ansvaret etter vedtaket går over til det offentlige ved barneverntjenesten. Videre vil en kartlegging før barnet flyttes bety at en må basere seg på samarbeid med og samtykke fra foreldrene. Det vil da være foreldrene som følger barna til kartlegging, og foreldrene som gir opplysninger om barnet til kartleggingsteamet, i en situasjon der de ofte vil være i konflikt med barneverntjenesten som initierer kartleggingen. En stor andel av barna flytter dessuten akutt, og muligheten til en forberedt henvisning «på rette tidspunkt» vil være vanskelig. Det kan også anføres at barn før flytting kan leve under svært belastende forhold, som ikke reflekterer deres behov etter at flytting til en trygg omsorgsbasis har funnet sted. Endelig er kartleggingen avhengig av gode og nøytrale observasjoner og beskrivelser av barnet fra dets omsorgsgiver, noe foreldre med mangelfull omsorgsevne kan ha vanskelig for å gi.

Kartlegging i CARE skulle etter planen, og i henhold til internasjonale retningslinjer, skje ca. fire uker etter flytting. Dette lot seg ofte ikke gjennomføre, enten på grunn av sent mottatt henvisning, eller ventetid hos teamene. Fordelen med tidlig kartlegging er at barnet kan få tidlig hjelp og best mulig oppfølging i sin nye omsorgsbasis. Samtidig viser evalueringen at mange barneverntjenester har unnlatt å henvise barn på grunn av uavklart omsorgssituasjon, eller fordi barnets tilværelse fortsatt var så turbulent at kartlegging ikke ble ansett tilrådelig. Vi fant også at enkelte omsorgspersoner ikke syntes de kjente barnet godt nok ved tidspunktet for kartleggingen. Det er også viktig at de akutte reaksjonene på selve flyttingen ikke er for fremtredende. Vi tror likevel kartlegging kort tid etter flytting har klare fordeler, ikke minst når det gjelder å finne det beste omsorgstilbudet for barnet, slik som valg av fosterforeldre eller institusjon.

Hvor bør kartleggingsteamene plasseres?

Dette dreier seg både om institusjonell tilhørighet, avstander og forvaltningsmessig nivå. CARE-teamene var plassert hhv ved et barne- og familiesenter under Bufetat (statlig barnevern; barn 0-6 år), og ved en barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling i Sykehuset Vestfold HF (spesialisthelsetjeneste; 7-17 år). Det synes å være fordeler og ulemper med begge løsninger hvis en skal ta hensyn til utbyggingen av eksisterende tjenester og tilbud. Bufetats institusjoner har et mye snevrere aldersspenn enn det BUP-avdelinger betjener. De har heller ikke i dag den tverrfaglige kartleggingskompetansen på plass på samme måte som i BUP. Men selv i BUP kreves det for dette arbeidet en særskilt kompetanse og arbeidsform, kunnskap om tidlige traumers effekter på barn, og innsikt i og forståelse for barnevernets arbeid. Begge vertsinstitusjonene var i utgangspunktet fylkesdekkende, men betjente i CARE fire fylker ut over deres eget. Dette medførte lang reisevei for en del barn og familier. Et alternativ kunne være å legge teamene til de elleve barnehusene som er etablert for undersøkelse av barn utsatt for mishandling eller overgrep. Fordelen med det er at de er godt tilrettelagt for barn i alle aldre, de innehar tverrfaglig kompetanse, og kan behandle helseopplysninger selv om de verken er en del av barnevernet eller helsetjenesten, men underlagt politiet. Et annet alternativ kan være sosialpediatrisk seksjon ved barneavdeling, der man også finner tverrfaglig kompetanse om barn utsatt for vold og overgrep. Alternativt kan en tenke seg en ambulant ordning, med team som reiser rundt og gjennomfører kartlegging. Erfaringen fra CARE er imidlertid at tilrettelegging med rom for samtaler, hvile, mv er så viktig for gjennomføring av kartleggingen, at det ble sett som vanskelig å flytte rundt. På bakgrunn av teammedlemmenes egne utsagn, er det også grunn til å anta at tilhørighet til et større fagmiljø er viktig for teamene.

Organiseringen av teamene og deres arbeid

I CARE har begge teamene hatt to fagpersoner som deler på en funksjon (psykolog, barnevernfaglig, lege) i nesten alle roller. Dette var ikke en del av modellen, men skjedde etter ønske fra teammedlemmer og/eller vertsinstitusjonene. Det at utprøvingen var tidsmessig avgrenset kan ha hatt betydning for hva som ble ansett ønskelig ved roking av personalet. Delingen av funksjoner, ved at man f.eks. jobber 50 prosent i teamet og 50 prosent i sin opprinnelige stilling, har både fordeler og ulemper. Fordelene er knyttet til at dette oppleves fleksibelt, og gjør at den enkelte kan opprettholde tilknytningen til tidligere fagmiljø. En ulempe kan være at dette innebærer behov for tilgang til flere kompetente fagpersoner, og at det kan være vanskelig å samle hele teamet i forbindelse med for- og etterarbeid med rapportene.

Det holder ikke å avdekke behov, hvis ikke det finnes hjelp

Gjennom kartleggingene i CARE avdekkes omfattende hjelpe- og veiledningsbehov. Hvis det å få avdekket disse behovene skal få konsekvenser, må det finnes gode hjelpetilbud til barna og omsorgspersonene, slik at behovene kan bli imøtekommet. Både barneverntjenester og omsorgspersoner svarte at rapportene ga dem enklere og raskere tilgang til tjenester for barna når de kunne vise til kartleggingsrapporten. Samtidig vet vi at flere av tjenestene som barna har behov for, allerede har for liten kapasitet i forhold til dagens etterspørsel. Våre funn tyder på at ikke alle barneverntjenester har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å gjennomføre de tiltak og den veiledning som anbefales. Det betyr at noen tjenester må oppdimensjoneres og at veiledningstilbudet til fosterforeldre må styrkes, for at kartleggingen skal få den ønskede betydningen for barnas helse og utvikling.

Hvordan bør rapportene følges opp?

Et beslektet tema angår rutiner for oppfølging av rapportene. I mange tilfeller gis barnevernet og omsorgspersonene et stort ansvar for å sørge for at barnet får den hjelpen og omsorgen som anbefales. Samtidig har vi sett at nødvendig informasjon om barnets situasjon ikke alltid blir gitt videre til barnets omsorgspersoner etter kartleggingen. I barneverntjenestenes tilbakemeldinger, og i vårt eget arbeid med koding av rapportene, ser vi at strukturen for en del av rapportene med fordel kunne vært forbedret. Det dreier det seg om tydelig å samle anbefalinger i et eget avsnitt, og bruke et språk som er mer tilgjengelig for omsorgspersoner, og – etter hvert som barnet blir eldre – for barnet selv.

Et ønske fra både teammedlemmer og barneverntjenester er å ha mulighet til å møtes ved overlevering av rapportene. Dette vil gi anledning til direkte kommunikasjon om behov og anbefalinger, men vil kreve noe mer tid, planlegging og ressurser.

Kartleggingsrapportene i fylkesnemnd og domstol

Som vi har sett er rapportene fra kartleggingen et viktig dokument for barneverntjenesten i de tilfeller der barnas sak i ettertid skal behandles av fylkesnemnd eller annen domstol. Det medfører ofte at teammedarbeidere blir bedt å være vitne i sakene. I tillegg til at teamene representerer en mer uavhengig instans enn barneverntjenestene, har spesifikk informasjon om barnet og barnets behov ofte vært etterlyst i barneverntjenestens saksfremlegg.

I enkelte tilfeller har teamene uttalt seg om samvær mellom barna og deres foreldre. Noen barneverntjenester ønsker at teamene skal inkludere observasjoner av barna sammen med biologiske foreldre samt foreldres egne beskrivelser av barna. Dette vil innebære en betydelig utvidelse av teamenes oppgave og funksjon, og bør ikke anbefales uten en nøye vurdering.

Det er viktig å ta høyde for at kartleggingene ofte omfatter barn som har saker som verserer for nemnd og/eller domstol, og at rapportene vil bli brukt i en slik sammenheng. I evalueringen har vi ikke vurdert de juridiske sidene ved denne praksisen, men vi vil anbefale at dette gjøres av en helsejurist som del av en eventuell videre utvikling av tjenesten.

Skal kartlegging også omfatte andre utsatte barn?

CARE-kartleggingen var tenkt også å kunne prøves ut på et antall barn av mødre i LAR, da disse også utgjør en kjent risikogruppe med hyppig behov for oppfølging. Rekruttering av denne gruppen til kartleggingstilbudet må skje på andre måter enn for barn som flyttes av barnevernet. Først og fremst må informasjon om tilbudet formuleres tydelig og formidles av noen familien har tillit til. Det kan være fastlege, eller en rus-/LAR-konsulent. Det vil også være viktig at familien har mulighet til å samtale om rapporten i etterkant av kartleggingen, slik det også er skissert for barna henvist fra barneverntjenesten. For denne gruppen er det ekstra viktig å oppnå forståelse for barnas behov og for tiltakene som anbefales. Anbefaling om kartlegging kan tenkes inkludert i «Nasjonal retningslinje for gravide i LAR og oppfølging av familien frem til barnet når skolealder», men bør også omfatte eldre barn og ungdommer som vokser opp hos foreldre i LAR.

Litteratur

- American Academy of Pediatrics (2015). Health Care Issues for Children and Adolescents in Foster Care and Kinship Care. *Pediatrics*, 136
- Andenæs, A. (1991). Fra undersøkelseobjekt til medforsker? Livsformsintervju med 4-5-åringene. *Nordisk Psykologi*, 43(4), 274-292. doi:10.1080/00291463.1991.11675821
- Backe-Hansen, E., Kjelsaas, I., Bruvoll, A. G., Ellingsen, D., Westberg, N. B., & Guldvik, M. K. (2019). Oppfølging av fosterhjem og fosterbarn. *MENON-PUBLIKASJON NR*, 112, 2019.
- Backe-Hansen, E.; C. Madsen, C; L.B Kristofersen; B. Hvinden (2014). *Barnevern i Norge 1990-2010. En longitudinell studie*. ISBN: 978-82-7894-512-4. 208 s.
<http://www.hioa.no/content/download/66053/1388234/...>
- Backe-Hansen, E; T. Havik, A. Backer Grønningsæter (red.) (2016) Fosterhjem for barns behov. Rapport fra et fireårig forskningsprogram. *NOVA Rapport 16/13*
- Backe-Hansen, E.; Ø. Christiansen; T. Havik (2013). *Utsiktet flytting fra fosterhjem, En litteratursammenstilling*. ISBN: 978-82-7894-458-5. 68 s.
- Barneombudet (2015). Grenseløs omsorg. *Barneombudets fagrapport 2015*
- Barne- ungdoms- og familiedirektoratet & Helsedirektoratet (2016). *Oppsummering og anbefalinger fra arbeidet med helsehjelp til barn i barnevernet*. Oslo: Barneungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet
- Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (2020). *Helsekartlegging av barn i barnevernet. Vurdering av behov for presisering og/eller en endring i barnevernloven og helselovgivningen*
- BUFetat region vest (2016). Utsiktede flyttinger 2013-15. *Rapport*
- Christiansen, Ø., & N. Anderssen (2010). From concerned to convinced: reaching decisions about out-of-home care in Norwegian Child Welfare Services. *Child & Family Social Work*, 15(1), 31-40.
- Dæhlen, M. (2017). Betydningen av opphold i fosterhjem for livet som voksen – en kunnskapsoversikt. *Tidsskriftet Norges Barnevern 04 / 2017 (Volum 94)*
- Dæhlen, M.; M. Løvgren; C. Madsen (2017). *Med hjelp fra barnevernet - En registerstudie av skolegang, tiltak og meldinger*. ISBN: 978-82-7894-609-1. 39 s.
- Falch-Eriksen, A. (2018). *Stabilitet i fosterhjem. Internasjonal forskning om barnets behov for trygghet og forutsigbarhet*. ISBN: 978-82-7894-657-2. 86 s.
<http://www.hioa.no/content/download/149062/4147119>
- Fossum, S.; C. Lauritzen; S.A. Vis; A., Ottosen & K.B. Rustad (2015). Samhandling mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge—en litteraturgjennomgang. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 92(04), 282-297
- Fossum, S.; C. Lauritzen; S.A. Vis (2014): *Samhandling og samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern-en kunnskapsoversikt*. RKBU Nord.
- Haavind, H. (1987) *Liten og stor: mødres omsorg og barns utviklingsmuligheter*. Universitetsforlaget
- Harris, W. W.; A. F Lieberman., & Marans, S. (2007). *In the best interests of society. Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3-4), 392-411
- Havik, T., M. Hjelmås, M. Johansson, & R. Jakobsen (2012). *Plasseringer i beredskapshjem – Hvor lenge varer de og hvorfor? Tidsskriftet Norges Barnevern*, 89(04), 250-266
- Heiervang, E., K. M. Stormark, A J. Lundervold, M. Heimann, R Goodman, Maj-Britt Posserud, A. K. Ullebø, K. J Plessen, I Bjelland, S.A. Lie, C. Gillberg (2007) Psychiatric Disorders in Norwegian 8- to 10-Year-Olds: An Epidemiological Survey of Prevalence, Risk Factors, and Service Use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* Volume 46, Issue 4, April 2007, Pages 438-447
- Holmes, J. (1993). *John Bowlby and Attachment Theory*. Routledge, London

- IS-1876 *Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder*
- Jozefiak, T., N.S. Kayed, T. Rimehaug, A.K. Wormdal, A.M. Brubakk, & L. Wichstrøm, L. (2016). Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. *European child & adolescent psychiatry*, 25(1), 33-47.
- Jørgensen, T. W., & H. Steinkopf (2013). Traumebevisst omsorg. *Fosterhjemskontakt* 1: 10, 17
- Larsen, M., V. Baste, R. Bjørknes, T. Myrvold & S. Lehmann (2018). Services according to mental health needs for youth in foster care? – A multi-informant study. *BMC Health Services Research*, 18:634 (2018) 18:634 <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3365-6>
- Lee T, Fouras G, Brown R. (2015). Practice parameter for the assessment and management of youth involved with the child welfare system. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(6): 502-17
- Lehmann S, Havik OE, Havik T, Heiervang ER. (2013). Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 21;7(1):39
- Melby, L., Ulset, G., Paulsen, V., Wågø, S. I., Høyland, K., & Kaasbøll, J. (2020). Nytt institusjonstilbud for unge med samtidig behov for omsorg og psykisk helsehjelp. Sluttrapport. *SINTEF Fag Meld. St. 17* (2015–2016) Trygghet og omsorg — Fosterhjem til barns beste
- NICE public health guidance 28. Looked-after children and young people. [Guidance.nice.org.uk/ph28](https://www.guidance.nice.org.uk/ph28) (May 2015)
- Nordanger, D. Ø., & Braarud, H. C. (2017). *Utviklingstraumer: regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Fagbokforlaget
- NOU 2016:16 *Ny barnevernlov. Sikring av barns rett til omsorg og beskyttelse*.
- NOU 2018:18 *Trygge rammer for fosterhjem*
- Sarfi, M. et.al. (2014) "Mental health and adaptation in 7/8 year-old children prenatally exposed to methadone and buprenorphine (OMT)" *Conference presentation at the 16th ISAM annual meeting* Oct.2.-6 2014 Yokohama, Japan
- Spitz, R. A., & Wolf, K. M. (1946). Anaclitic depression; an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 313–342. <http://dx.doi.org/10.1080/00797308.1946.11823551>
- Steinkopf, H., Nordanger, D., Halvorsen, A., Stige, B., & Milde, A. M. (2020). Prerequisites for Maintaining Emotion Self-regulation in Social Work with Traumatized Adolescents: A Qualitative Study among Social Workers in A Norwegian Residential Care Unit. *Residential Treatment for Children & Youth*, 1-16.
- Vinnerljung, B., H. Forsman, H. Jacobsen, S. Kling, H. Kornør, S. Lehmann (2015). *Nordens Barn – Barn kan inte vänta*. Nordens Välfärdscenter

Vedlegg 1 Kartleggingsmetoder valgt av teamene i Skien (0-6 år) og Tønsberg (7-17 år)

- **Crowell prosedyren**
Samspillsobservasjon med videoopptak av barn og omsorgsperson. Syv samspillssekvenser analyseres; frilek, lek med såpebobler, fire oppgaver i økende vanskelighetsgrad, en atskillelse- og gjenforeningssekvens. Videoopptak 30 minutter. Utviklet av Crowell og Feldman. Norsk versjon ved Heidi Jacobsen.
- **Ages and Stages Questionnaires Social-Emotional (ASQ-SE)**
Spørreskjema om barnets sosiale og følelsesmessige utvikling. Besvares av omsorgsgiver. I alt 8 versjoner for aldre 6 til 60 måneder. Utviklet av Squires, Bricker og Tomblay, oversatt av RBUP Øst og Sør.
- **Test of Sensory Function in Infants (TSFI)**
Vurdering av reaksjon på sensorisk stimulering for alder 4 til 18 måneder. Har 24 ledd med deloppgaver som måler barnets evne til å tolerere dype taktile trykk, respons/reaksjon på ulike gjenstander på kroppen, oppdagelse av gjenstanden, og fjerne den ved evt ubehag. Testen måler også barnets oppmerksomhet og evnen til å følge bevegelser med øynene. Siste del undersøker barnet respons på bevegelser i rommet. Utviklet av Degangi og Greenspan.
 - **Vurdering av utvikling og trivsel (DAWBA)**
Nettbasert spørreskjema og intervju om psykisk helse fra 2 år. Besvares av omsorgsgiver og skole-/barnehagepersonale. Inkluderer SDQ; et screeningskjema om vanlige symptomer og funksjonstap som følge av disse. I intervjuet er hvert tema strukturert med spørsmål om symptomer, varighet og funksjonstap, samt åpne spørsmål hvis det rapporteres problemer. Utviklet av professor Robert Goodman, oversatt av Einar R. Heiervang.
 - **Sjekkliste for psykososiale belastninger / traumer**
Spørreskjema om traumeerfaringer, besvart av barnevernstjenesten / henviser. Henviser gir her oversikt over stressorer / belastninger i barnets liv, varighet og alvorlighet. Hentet fra de diagnostiske klassifikasjonssystemene DC:0-5 og ICD-10. Oversatt og tilrettelagt av teamene.
 - **Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)**
Spørreskjema om et bredt spekter av akutte og kroniske posttraumatiske symptomer hos barn 3-11 år som har opplevd traumatiske hendelser, overgrep, mishandling eller vold i hjemmet. Besvares av omsorgsgiver. Utviklet av John Briere, oversatt av Annika Melinder.
 - **Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)**
Selvrapporteringskjema om traumatiske hendelser for barn 10-17 år. Utviklet av John Briere, oversatt av Annika Melinder.
 - **Kartlegging av traumeerfaringer og -symptomer (KATES)**
Spørreskjema utviklet for å fange opp potensielt traumatiserende hendelser for barn 6-18 år. Administreres som et intervju med barnet/ungdommen. Utviklet av NKVTS.
 - **Child and Adolescent Trauma Screen (CATS):**
Spørreskjema om symptomer på posttraumatisk stress hos barn 6-18 år utsatt for traumatiske hendelser. Administrert som intervju med ungdom. Utviklet av Goldbeck & Berliner, oversatt ved NKVTS.
 - **Reactive Attachment and Disinhibited Social Engagement Disorder Assessment (RADA)**
Skjema for kartlegging av symptomer på Uhemmet Sosial Samspills-Forstyrrelse (DSED) eller Reaktiv Tilknytnings Forstyrrelse (RAD). Utviklet av Minnis, Lehmann og Monette, norsk versjon ved Stine Lehmann.
- **Bayley Scales of Infant and Toddler Development (Bayley III) - SCREENER**
Test for utviklingsvurdering av sped- og småbarn. For alder 1-42 måneder. Tar 30-90 minutter. Hver deltest skåres i en av følgende kategorier: kompetent, begynnende risiko og risiko. Utviklet av Nancy Bayley. Norsk versjon 2009.
 - **Wechsler Intelligence Scale for Children - Fourth edition (WISC-IV)**

Test for vurdering av kognitive evner for barn 6 til 16 år. Det ble valgt ut 10 deltester.
Tidsforbruk: 60–80 minutter. Utviklet av David Wechsler. Norsk versjon, 2009.

- **Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI-IV)**

Test av kognitive ferdigheter hos barn 2;6 til 7;7 år. Det er valgt ut 7 deltester som utgjør en screening. Tar 30-60 minutter. Utviklet av David Wechsler. Norsk versjon 2015.

- **Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF)**

BRIEF er et standardisert spørreskjema for bedømming av eksekutive funksjoner hos barn og ungdom. Det har tre deler; selvevaluering fra 11 år, et foreldreskjema og et lærerskjema.

- **Sensory profile 2**

Spørreskjema for å kartlegge barns sensoriske profil. Flere versjoner avhengig av barnets alder. Besvares av omsorgsperson. Vurderes om barnet søker eller unnviker sanseinntrykk, er sensorisk følsom, eller har nedsatt registrering. Det kartlegger prosessering av generelle, auditive, visuelle, somatosensoriske, vestibulære, proprioceptive, orale og sensoriske stimuli. Utviklet av Dunn 2014. Avsluttet bruken av dette skjemaet underveis i prosjektet.

- **Legeundersøkelse**

Oppsett for dette utarbeidet av teamene i samarbeid med barnelege. Gjennomgang av tilsendt informasjon om barnets helse, fysiske plager, sykehusinnleggelser, behandlinger, naturlige funksjoner, vaksinasjoner. Fysisk undersøkelse av organstatus, vekst, nevrologisk og motorisk status.

- **Intervju / samtale med barn/ungdom**

Kartlegging av risiko og beskyttelsesfaktorer. Relasjoner: vennskap, skole, bosted, interesser. Ruskartlegging. Selvmordskartlegging. Kartlegging av affektive vansker og risikoatferd. Affektbevissthet. Mal utviklet av teamet i Tønsberg basert på ulike metoder.

- **Intervju / samtale med omsorgsperson**

Kartlegging av risiko og beskyttelsesfaktorer. Relasjoner: vennskap, skole, bosted, interesser. Stresssituasjoner, reaksjoner. Mal utviklet av teamet i Tønsberg basert på ulike metoder.

Eventuelt:

- Alarm Distress Baby Scale (ADBB). Skala for vurdering av sosial tilbaketrekning hos spedbarn i alder 2-24 måneder. Utviklet av Guedeney & Fermanian.
- Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). Skjema som kartlegger affektbevissthet.
- Registrering av mulige reaksjoner på skremmende hendelser. Utviklet av RVTS Sør. RVTS Øst, Aline poliklinikk.
- Voldsrisiko skjekkliste: V-RISK-10. Utviklet av Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst.

Vedlegg 2 Informasjonsskriv til foreldre i LAR



CARE-prosjektet

Henvisning til kartlegging av barn av kvinner i LAR (Legemiddelassistert rehabilitering)

Som et prosjektbasert tiltak siden 2017 kan barn i alderen 0-18 år i Agder-fylkene, Telemark, Vestfold og Buskerud henvises til en tverrfaglig kartlegging av helse og omsorgsbehov ved henholdsvis Telemark barne- og familiesenter (barn 0-6 år) og Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA), Sykehuset Vestfold (barn 7-17 år). Tilbudet gjelder barn under barnevernets omsorg, og barn som er eksponert for LAR-legemidler i svangerskapet og som bor hos sine biologiske foreldre.

Informasjon om utviklingsprognosen for barn eksponert for opiater i svangerskapet formidles på ulik måte av fagfolk og oppfattes ulikt av foreldre. Dette kan gi grobunn for bekymringer, og mange foreldre ønsker derfor informasjon om barnets utviklingsstatus for å forsikre seg om at alt er bra – eller å få hjelp til å få utredet videre eventuelle vansker barnet måtte ha.

Kartleggingen som tilbys i regi av CARE-prosjektet genererer en rapport for hvert enkelt barn som sendes henviser. Her vil det fremgå om barnet trenger videre oppfølging, og hvilken type oppfølging som i så fall anbefales. Rapporten utløser i seg selv ikke tiltak, men kan være nyttig for å utløse lokale hjelpetjenester.

Vi ber om at vedlagte informasjonsskriv blir gitt til aktuelle foreldre, og gjerne som utgangspunkt for samtale med familien om en henvisning til kartlegging. Det er viktig å understreke at rapporten fra utredningen av disse barna ikke sendes barnevernet, men går direkte tilbake til deg som henviser.

Vi håper du på denne måten kan bistå med å rekruttere barn til dette kartleggingstilbudet. Dette nye tjenestetilbudet vil bli evaluert av bl.a. forskere ved Universitetet i Oslo. Dersom du har spørsmål, ta gjerne kontakt med prosjektledelsen, eller teamene i Skien eller Tønsberg, se kontaktinfo nedenfor.

Henvisning av barn 0-6 år sendes til:

Telemark barne- og familiesenter, BSA Dokumentsenter, Pb 2233, 3103 Tønsberg.

Kontaktpersoner: Rita Kaasa tlf 46618267 (sekretær), Anne Valen tlf. 46618266 (enhetsleder)

Henvisning av barn 7-17 år sendes til:

Sykehuset i Vestfold HF, CARE-prosjektet, PB 2168, 3103 Tønsberg

Kontaktpersoner: Elisabeth Slagstad, tlf 41703014 (sekretær), Elena Karlsen, teamleder)tlf.

(sentralbord) 33346700

Aktuelle vedlegg (etter samtykke): Informasjon fra utredninger/vurderinger, Opplysninger om/fra barnehage/skole, PPT, helsestasjon, Sjekklister om traumeerfaringer (vedlagt dette skriv)

Med vennlig hilsen

Einar R. Heiervang

Einar.heiervang@medisin.uio.no

Professor, prosjektleder

Monica Sarfi

a.m.sarfi@medisin.uio.no

Forsker, prosjektmedarbeider

Universitetet i Oslo

Til kvinner som brukte LAR-medikament i svangerskapet



Invitasjon til:

CARE studien

- **Hvorfor blir med?**

Mange av dere kan ha gjort seg tanker om metadon eller buprenorfin (Subutex) vil kunne påvirke barnets utvikling senere.

Enkelte media har hatt uheldige oppslag om skader på barn som er født etter et svangerskap hvor mor har brukt LAR-legemidler. Dere som har et slikt barn, vet at dette ofte ikke er riktig. Vi som har forsket på dette området i flere år (Monica Sarfi & Gabrielle Welle-Strand), vet også dette. Mange andre forhold enn eksponering for LAR-legemidler i svangerskapet er viktig for at et barn skal få en god utvikling.

- **Hva kan du få svar på?**

Likevel kan mange av dere sitte igjen med spørsmål om barnets som dere ønsker svar på, for eksempel:

- Hvordan er barnets utvikling sammenlignet med andre barn på samme alder?
- Har barnet spesielle utfordringer som det kan trenge hjelp med?
- Eller fungerer barnet godt og har en god utvikling?

For å få svar på slike spørsmål, finnes det nå et helt nytt tilbud i regi av CARE-studien: Et erfarent tverrfaglig team lokalisert innen Bufetat (i Skien) eller BUP (i Tønsberg).

Teamet kan med spørreskjema, tester og intervjuer kartlegge barnets helse- og omsorgsbehov ved en dags utredning.

CARE-studien har også en annen målgruppe som er barn som er offentlig omsorg, men barn i LAR vil utgjøre en helt egen gruppe. CARE-studien inkluderer derfor to adskilte målgrupper, og vi vet at mange av dere ikke har eller ønsker kontakt med barnevernet.

Dette tilbudet om kartlegging av hjelpebehov skal evalueres under ledelse av forskere ved Universitetet i Oslo, og kan bli et nasjonalt tilbud hvis det viser seg å fungere godt i forhold til barn og familier med ulike behov.

- **Hvordan kan du bli med?**

For at du og ditt barn skal kunne delta, må det sendes en henvisning fra barnets fastlege. Du vil bli spurt om å samtykke til at teamet får opplysninger om barnet fra andre instanser (barnehage, skole, PPT), men dette er frivillig og ikke et krav for henvisning.

Kartleggingen gjennomføres på en enkelt dag. Barnet undersøkes av et tverrfaglig team med blant annet psykolog og lege. Du vil bli bedt om å beskrive barnet ditt ved å svare på spørreskjema og i samtale/intervju. Disse har spørsmål om barnets psykiske og fysiske helse. I tillegg vil barnet bli testet/observert.

- **Hva skjer med resultatene?**

Resultatene vil bli sammenfattet i en rapport tilbake til legen som har henvist barnet ditt.

Rapporten er ikke tilgjengelig for andre instanser.

Rapporten vil ha forslag til hva som bør gjøres hvis det viser seg at barnet har helse- og omsorgsbehov som bør følges opp.

Vi ønsker at så mange som mulig vil delta i studien, uavhengig av om dere opplever å ha et barn med utfordringer eller hjelpebehov,

eller om dere allerede har kontakt med instanser som ABUP/BUP, PPT, barnevernstjenesten, osv.

- **Evaluering**

De som har deltatt i denne kartleggingen vil bli kontaktet etterpå for å høre hvordan de opplevde kartleggingen, hvordan det går, og om barnet har fått hjelp for sine behov. Dette gjør vi for å finne ut om dette nye tilbudet virkelig fører til at barn og foreldre får hjelpen de trenger.

Forskerne som skal evaluere denne modellen for kartlegging er knyttet til et prosjekt (CARE-studien) finansiert av Norges Forskningsråd. Forskerne har taushetsplikt og oppbevarer alle personopplysninger oppbevares sikkert. Resultat av evalueringen presenteres anonymt for gruppen.

Vi håper at dere som foreldre gjennom å delta på prosjektet vil få økt tillit til hjelpeapparatet. Målet med dette nye tilbudet er å sikre barna rask og riktig hjelp for å få en god utvikling.

Ta gjerne kontakt med oss hvis du har spørsmål / lurer på noe.

Kontakt informasjon: mail og telefoner.

Monica Sarfi, psykologspesialist/forsker
a.m.sarfi@medisin.uio.no Tlf:95881826

Einar R. Heiervang, professor/prosjektleder
Einar.heiervang@medisin.uio.no tlf. 95881826

Henvisning av barn 0-6 år sendes til:

**Telemark barne- og familiesenter, BSA
Dokumentsenter, Pb 2233, 3103 Tønsberg.**

Kontaktpersoner:

Rita Kaasa tlf. 46618267 (sekretær)

Anne Valen tlf. 46618266 (enhetsleder)

Henvisning av barn 7-17 år til:

**Sykehuset i Vestfold HF, CARE-prosjektet
PB 2168, 3103 Tønsberg**

Kontakt personer:

Elisabeth Slagstad (sekretær) Tlf: 41703014

Elena Karlsen (teamleder) Tlf. (sentralbord):
33346700

Henvisningens innhold:

- Barnets navn, fødselsnummer, hjemkommune
- Forelders navn, adresse, telefon
- Opplysninger om familien

Aktuelle vedlegg (etter samtykke):

- Informasjon fra tidligere utredning/vurderinger
- Opplysninger om/fra skole, barnehage, PPT, helsestasjon
- Utfylt sjekkliste om belastninger