

ARBEIDSFORSKNINGSINSTITUTTET AFI

Effektevaluering av tverrfaglig helsekartlegging (THK)

Delrapport

Anne Grete Tøge, Maria Ekre, Marte Pettersen Bjørnebek,
Dag Ellingsen, Ira Malmberg-Heimonen, Joakim Finne og
Åsmund Hermansen

STORBYUNIVERSITETET
ARBEIDSFORSKNINGSINSTITUTTET AFI

AFI RAPPORT 2026:09



ARBEIDSFORSKNINGSINSTITUTTETS RAPPORTSERIE

THE WORK RESEARCH INSTITUTE'S REPORT SERIES

AFI-rapport nummer 2026:09

Tittel: Effektevaluering av tverrfaglig helsekartlegging (THK): delrapport

Forfattere: Anne Grete Tøge, Maria Ekre, Marte Pettersen Bjørnebek, Dag Ellingsen, Ira Malmberg-Heimonen, Joakim Finne, Åsmund Hermansen

Kvalitetssikrer: Daniele Evelin Alves

Prosjekt: Effektevaluering av tverrfaglig helsekartlegging

Prosjektleder: Anne Grete Tøge

Finansiør: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet

Publiseringsdato: 26. juni 2026

Antall sider: 46 ekskl. vedlegg

Forsidefoto/illustrasjon: Canva

Emneord: Barnevern, tverrfaglig helsekartlegging, fosterhjem, barnevernstjenestens informasjonsgrunnlag, evaluering

Resymé: Denne delrapporten presenterer resultater fra de ferdig analyserte delene av OsloMets effektevaluering av tverrfaglig helsekartlegging (THK), gjennomført på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Rapporten undersøker særlig om THK bidrar til at barnevernstjenesten får et bedre og mer helhetlig informasjonsgrunnlag om barns helse-, omsorgs- og hjelpebehov ved omsorgsovertakelser. Datagrunnlaget består av kvalitative intervjuer med ansatte i barnevernet og nye omsorgspersoner samt en spørreundersøkelse blant ansatte i barnevernet.

Funnene viser at THK gjennomgående oppleves som et nyttig verktøy for å samle, systematisere og legitimere informasjon om barnets behov. Kartleggingen bidrar særlig til å styrke samarbeid og felles forståelse mellom barnevern, helse- og hjelpetjenester. Samtidig tyder resultatene på at THK oftere bekrefter og konkretiserer eksisterende bekymringer heller enn å tilføre helt ny kunnskap. Erfaringene varierer imidlertid, noe som kan ha sammenheng med varierende henvisningsprosesser, kapasitet, tidsbruk og oppfølging etter kartleggingen.

Samlet peker resultatene på at THK kan samle, styrke og tydeliggjøre beslutningsgrunnlaget i barnevernets arbeid og legitimere oppfølgingsbehov for barn som flyttes ut av hjemmet.

ISBN 978-82-7609-509-8

ISSN 2703-836X

DOI: <https://doi.org/10.21378/mjar-rh11>

© Arbeidsforskningsinstituttet AFI, OsloMet – storbyuniversitetet, 2026

© Work Research Institute (AFI), OsloMet – Oslo Metropolitan University, 2026

© Forfatter(e)/Author(s)

Arbeidsforskningsinstituttet AFI
OsloMet – storbyuniversitetet
Pb. 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Work Research Institute AFI
OsloMet – Oslo Metropolitan University
P.O.Box 4 St. Olavs plass
N-0130 OSLO

Telefon: +47 93 29 80 30

E-post: postmottak-afi@oslomet.no

Nettadresse: oslomet.no/om/afi

Publikasjonen kan lastes ned gratis fra [arkivet](#)

Publications are available for free download from the [archive](#)

Forord

Denne delrapporten inngår i effektevalueringen av tverrfaglig helsekartlegging (THK), som gjennomføres av OsloMet på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Evalueringens overordnede formål er å fremskaffe kunnskap om hvorvidt tverrfaglig helsekartlegging virker etter hensikt. Dette innebærer å undersøke om tiltaket bidrar til at barnevernet får tilstrekkelig informasjon om barnets hjelpe- og helsebehov, om barn som kartlegges ved flytting ut av hjemmet får mer treffsikker hjelp og oppfølging enn de ellers ville fått, og om tiltaket på sikt kan bidra til en mer stabil omsorgssituasjon og redusere risikoen for utilsiktede flyttinger.

THK er utviklet med utgangspunkt i erfaringene fra det norske CARE-prosjektet (Myrvold, Christiansen, Monica, Sarfi & Heiervang, 2020) og representerer en ambisjon om å styrke barnevernets arbeid gjennom mer systematisk og helhetlig kartlegging av barns helse- og omsorgsbehov. Ordningen innebærer et tett samarbeid mellom barnevern, helsetjenester og andre relevante aktører og stiller samtidig store krav til koordinering, kapasitet og oppfølging i tjenestene. Evalueringen skal bidra med kunnskap både om hvordan ordningen faktisk brukes og om hvilke forutsetninger som må være til stede for at intensjonene skal realiseres i praksis.

Effektevalueringen er organisert i flere delstudier basert på ulike datakilder, inkludert kvalitative intervjuer, spørreundersøkelser, registerdata og barnevernsjournaler. Denne delrapporten presenterer resultater fra de delene av datagrunnlaget som er ferdig analysert på rapporteringstidspunktet, og omfatter i hovedsak kvalitative intervjuer og spørreundersøkelsen blant ansatte i barnevernet. Rapporten er utarbeidet for å understøtte Bufdirs videre arbeid med utvikling av ny modell for THK.

Prosjektgruppen består av professorene Åsmund Hermansen (Institutt for sosialfag), Ira Malmberg-Heimonen (Institutt for sosialfag) og Dag Ellingsen (Arbeidsforskningsinstituttet AFI), forskerne Anne Grete Tøge (prosjektleder, AFI) og Joakim Finne (AFI), samt de vitenskapelige assistentene Maria Ekre (AFI) og Marte Pettersen Bjørnebek (AFI), alle ved OsloMet. Dag Ellingsen og Maria Ekre har gjennomført de kvalitative intervjuene og de kvalitative analysene. Ira Malmberg-Heimonen, Anne Grete Tøge, Maria Ekre og Marte Pettersen Bjørnebek har, med innspill fra resten av prosjektgruppen, stått for spørreundersøkelsen og analysene av surveydataene. Joakim Finne er hovedansvarlig for journalanalysen, mens Åsmund Hermansen er hovedansvarlig for registeranalysen. Disse analysene vil bli gjennomført når nødvendige data blir tilgjengelige. Alle medlemmene av prosjektgruppen har medvirket til utarbeidelsen av rapporten og stiller seg fullt og helt bak rapportens innhold og konklusjoner.

Vi vil rette en stor takk til alle som så langt har bidratt i prosjektet, enten gjennom intervjuer, spørreundersøkelser eller tilrettelegging for datainnsamling i tjenestene. En særlig takk går til ledere og ansatte i barneverntjenester og omsorgspersoner som har delt sine erfaringer og refleksjoner. Videre vil vi takke referansegruppen, Kristin Gudnor Furuholmen, Arne Kristian Myhre, Lisbeth Vibeke Hauglann, Petter Hjerpetjøn Larsen, Ragnhild Bjørknes, Halvor Fauske, og Elisabeth Backe-Hansen for kritiske vurderinger og forslag til hvordan vi best kan gjennomføre studien. Vi vil også takke Bufdir for godt samarbeid og konstruktive innspill.

På vegne av forskerteamet,

Oslo, juni 2026

Anne Grete Tøge
Prosjektleder
OsloMet – storbyuniversitetet

Innhold

Forord	1
Sammendrag	4
English summary.....	5
1 Innledning.....	7
2 Data og metode.....	10
2.1 Kvalitative intervjuer.....	10
2.2 Spørreundersøkelse	11
3 Resultater	15
3.1 Resultater fra kvalitative intervjuer	15
3.2 Resultater fra spørreundersøkelse til ansatte	24
4 Oppsummering og konklusjoner	40
4.1 THK som informasjonsgrunnlag for barnets behov i barnevernstjenesten.....	40
4.2 THK sin betydning for treffsikker hjelp og oppfølging	41
4.3 Endringer i THK-modell	42
4.4 Metodediskusjon.....	43
Referanser	45
Vedlegg 1: Intervjuguide for ansatt ved barnevernskontor.....	47
Vedlegg 2: Intervjuguide til leder av barnevernskontor u/erfaring.....	49
Vedlegg 3: Intervjuguide til nye omsorgspersoner	50
Vedlegg 4: Intervjuguide til nye omsorgspersoner uten erfaring med THK.....	52

Figurer

Figur 1: Ansattes erfaring fra barnevernet og geografisk fordeling (n = 502).....	12
Figur 2: Ansattes erfaring fra barnevernet fordelt på ansiennitet (n = 502).....	12
Figur 3: Lederes vurdering av andel ansatte som har vært involvert i THK-saker (N = 39)...	24
Figur 4: Ansattes erfaring og kjennskap til THK (N = 501).	24
Figur 5: Fordeling av typer erfaring med THK blant ansatte med erfaring (N = 183).....	25
Figur 6: Ansattes vurdering av i hvilken grad THK benyttes ved egen tjeneste (N = 502).....	25
Figur 7: Kan du si noe om hvorfor THK benyttes i denne graden ved ditt kontor? (N = 230). Åpne svar med tematisk koding. Flere kategorier per svar. Absolutte forekomster.	26
Figur 8: Ansattes vurdering av nytten av informasjon fra THK i arbeidet, på ulike områder. N = 181	27
Figur 9: Ansattes vurdering av nytten av informasjon fra THK, fordelt på region, gjennomsnitt med 95 % konfidensintervall.....	28
Figur 10: Ansattes vurderinger av samarbeid, koordinering og felles forståelse i THK-saker. N = 221	28
Figur 11: Ansattes vurdering av samarbeid og koordinering i THK-saker, fordelt på region, gjennomsnitt med 95 % konfidensintervall.....	29
Figur 12: Opplevd innvirkning av THK på det daglige arbeidet (N = 135). Åpne svar med tematisk koding. Flere kategorier per svar. Absolutte forekomster.	30
Figur 13: Ansattes vurderinger av tidsbruk i arbeidet med barnets sak ved bruk av THK. N = 180	30
Figur 14: Ansattes vurdering av tidsbruk knyttet til forberedende og administrative oppgaver ved THK, fordelt på region, gjennomsnitt med 95 % konfidensintervall.....	31
Figur 15: Er det noe du ønsker å dele om hvordan THK har påvirket tidsbruken din? (N=70). Åpne svar med tematisk koding. Flere kategorier per svar. Absolutte forekomster.	32
Figur 16: Vurderinger av bruk og opplevelse av THK-rapporten. N = 222	33
Figur 17: Kan du beskrive dine erfaringer med rapporten? (N=117).....	35
Figur 18: Vurdering av tidsbruk, informasjon om barnets behov og nytte i videre oppfølging. N = 190	35
Figur 19: THK sammenlignet med andre kartleggingsmetoder (N = 292). Åpne svar med tematisk koding. Flere kategorier per svar. Absolutte forekomster.	36
Figur 20: Forslag til forbedringer i gjennomføringen av THK (N = 190). Åpne svar med tematisk koding. Flere kategorier per svar. Absolutte forekomster.	37
Figur 21: Hva oppleves som særlig nyttig ved THK? (N=147). Åpne svar med tematisk koding. Flere kategorier per svar. Absolutte forekomster.	37

Tabeller

Tabell 1: Deskriptiv oversikt over ansatte og ledere i barnevernstjenester (N = 11).....	10
Tabell 2: Oversikt over nye omsorgspersoner (N = 8).....	11

Sammendrag

Denne delrapporten presenterer resultater fra de ferdig analyserte delene av OsloMets effektevaluering av tverrfaglig helsekartlegging (THK), gjennomført på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Formålet med effektevalueringen er å fremskaffe kunnskap om hvorvidt THK virker etter hensikt, herunder om tiltaket bidrar til at barnevernet får tilstrekkelig informasjon om barnets hjelpe- og helsebehov, om barn som gjennomgår THK får mer treffsikker hjelp og oppfølging, samt om THK kan bidra til mer stabile omsorgsforløp.

Effektevalueringen er organisert i tre delprosjekter som belyser disse forskningsspørsmålene. Denne rapporten bygger på kvalitative intervjuer med ansatte i barnevernstjenester og nye omsorgspersoner (fosterforeldre og ansatte på institusjon), samt en spørreundersøkelse blant ansatte i barnevernet. Rapporten belyser primært det første forskningsspørsmålet, det vil si om THK bidrar til at barnevernet får tilstrekkelig informasjon om barnets hjelpe- og helsebehov. De kvalitative intervjuene gir i tillegg enkelte innsikter i erfaringer med oppfølging etter gjennomført THK.

Resultatene viser at THK gjennomgående oppleves som et nyttig verktøy for å samle, systematisere og faglig legitimere informasjon om barnets helse-, omsorgs- og hjelpebehov. Både intervjuene og spørreundersøkelsen fra ansatte i barnevernstjenester indikerer at THK bidrar til et mer strukturert og samlet informasjonsgrunnlag, som kan være lettere å anvende i vurderinger av barnets behov og i samarbeid med andre tjenester. Samtidig tyder intervjuene på at kartleggingen ofte ikke bringer frem vesentlig ny informasjon om barnet, men snarere bekrefter og konkretiserer vurderinger og bekymringer som allerede er kjent for barnevernstjenesten. Spørreundersøkelsen gir et mer sammensatt bilde, der rundt to av tre ansatte i stor eller svært stor grad er enig i at kartleggingen gir ny innsikt i barnets behov. Samlet peker funnene mot at THK særlig bidrar til å gjøre informasjon mer helhetlig, tilgjengelig og legitimert, snarere enn at den nødvendigvis alltid tilfører vesentlig ny informasjon.

Når det gjelder spørsmålet om hvorvidt barnevernet får tilstrekkelig informasjon, tyder funnene på at THK kan styrke informasjonsgrunnlaget i saker hvor eksisterende kunnskap er fragmentert eller mangelfull. Funnene peker særlig på at kartleggingen oppleves som nyttig når informasjon må samles og systematiseres på tvers av tjenester og aktører. Samtidig viser variasjonen i erfaringer at dette ikke gjelder i alle saker, og at betydningen av THK avhenger av hva som foreligger av informasjon i forkant og hvordan resultatene følges opp i etterkant.

Spørreundersøkelsen viser videre at mange ansatte har kjennskap til THK, men at graden av erfaring varierer betydelig. Rundt én av tre ansatte oppga å ha direkte erfaring med ordningen. Erfaringene varierer blant annet med hvor mye ordningen brukes av tjenesten og i hvilken grad det finnes etablerte rutiner for henvisning og oppfølging. Ansatte med erfaring vurderer gjennomgående informasjonen fra kartleggingen som nyttig, særlig for å forstå barnets behov og for å støtte beslutnings- og samarbeidsprosesser. Samtidig peker både kvalitative og kvantitative funn på variasjon i hvordan ordningen fungerer i praksis, blant annet knyttet til henvisningsprosesser, ventetid, tidsbruk og oppfølging.

Samlet sett tyder resultatene på at THK kan styrke informasjonsgrunnlaget i barnevernets arbeid, særlig gjennom mer systematisk sammenstilling og legitimering av informasjon om barnets behov. Samtidig varierer erfaringene med ordningen. Hvorvidt THK også bidrar til mer treffsikker hjelp og mer stabile omsorgsforløp, vil bli tema for prosjektets sluttrapport.

English summary

This interim report presents findings from the completed data collections of OsloMet's effect evaluation of Interdisciplinary Health Assessment («tverrfaglig helsekartlegging» (THK) in Norwegian), commissioned by the Norwegian Directorate for Children, Youth and Family Affairs (Bufdir). The overall aim of the effect evaluation is to examine whether the initiative helps child welfare services obtain sufficient information about children's health and support needs, whether children receive more targeted and appropriate services and follow-up, and more stable care trajectories over time.

The effect evaluation is organised into three sub-projects addressing these research questions. This report draws on qualitative interviews with child welfare professionals and new caregivers (foster parents and residential care staff), as well as a survey of employees in the child welfare services. The report primarily addresses the first research question, namely whether THK contributes to child welfare services obtaining sufficient information about children's health and support needs. In addition, the qualitative interviews provide some insights into experiences with follow-up after the completion of the assessment.

The findings indicate that THK is generally perceived as a useful tool for collecting, systematising, and validating information about children's health, care, and support needs. Outputs from both the qualitative interviews and the survey of child welfare professionals suggest that THK contributes to a more structured and comprehensive information base, which may be easier to use when assessing children's needs and collaborating with other services. At the same time, the interviews suggest that the assessment provides limited new knowledge about the child. Rather, the assessment tends to confirm and elaborate on existing assessments and concerns already identified by child welfare services. The survey results present a more mixed picture, with approximately two-thirds of respondents agreeing to a large or very large extent that the assessment provides new insights into children's needs. Overall, the findings suggest that THK primarily contributes by making information more comprehensive, accessible, and professionally legitimised, rather than necessarily generating substantial new information.

Regarding whether child welfare services obtain sufficient information, the findings suggest that THK can strengthen the information base in cases where existing knowledge is fragmented or incomplete. The assessment appears to be particularly valuable when information must be gathered, integrated, and systematised across multiple services and professional disciplines. At the same time, the variation in experiences indicates that these benefits are not realised in all cases. The value of THK depends both on the information available prior to the assessment and on how the findings are followed up in practice.

The survey further indicates that awareness of THK is widespread among child welfare professionals, although many have no direct experience. Approximately one-third of respondents reported having direct experience with THK. Experiences appear to vary according to the extent to which THK is used within individual services and whether established referral and follow-up procedures are in place. Professionals with experience generally regarded the information generated through THK as valuable, particularly for understanding children's needs and supporting decision-making and interagency collaboration. At the same time, both the qualitative and quantitative findings indicate variation in how THK is implemented in practice, including referral procedures, waiting times, workload, and follow-up.

Overall, the findings suggest that THK can strengthen the information base for child welfare practice, particularly through a more systematic integration and professional validation of

information about children's needs. At the same time, experiences with the programme vary. Whether THK also contributes to more targeted support and more stable care trajectories will be examined in the project's final report.

1 Innledning

Barn som flyttes ut av hjemmet gjennom barnevernets omsorgsovertakelser utgjør en relativt liten, men særlig sårbar gruppe. Ved utgangen av 2024 hadde barnevernstjenesten omsorgsansvaret for 6 402 barn i Norge, og i løpet av året ble det registrert 741 nye barn med vedtak om omsorgsovertakelse (Bufdir, 2026). Omsorgsovertakelser har gått ned over tid, men berører fortsatt mange barn hvert år. Halvparten av barna under barnevernets omsorg ved utgangen av 2024 var i alderen 13–17 år. Sannsynligheten for å være under barnevernets omsorg øker med barnets alder. Samtidig har nedgangen i omsorgsovertakelser over tid vært størst blant de yngste aldersgruppene (SSB, 2025). Bliksvær, Åsheim, Andrews og Pauksztat (2025) peker på flere og sammensatte årsaker til nedgangen, slik som styrket forebyggende arbeid i kommunene, noe økte ressurser og kompetanse i barnevernstjenesten, samt økt bruk av frivillige hjelpetiltak i barnevernet.

Basert på tilgjengelig statistikk viser Bliksvær et al. (2025) at mangler i den daglige omsorgen var den mest brukte hjemmelen for omsorgsovertakelser i 2023, med begrunnelser som høyt konfliktnivå og vold i hjemmet, foreldrenes psykiske problemer eller andre forhold ved foreldrene eller familien som hyppige begrunnelser for vedtak. Tidligere analyser av barnevernssaker fra 1990 til 2010 viser at plasseringer utenfor hjemmet som regel henger sammen med omsorgssvikt, belastninger i hjemmet og levekårsutfordringer. Blant eldre barn gjelder dette også atferdsvansker. Årsakene er som regel sammensatte og utvikler seg over tid, heller enn å være knyttet til enkeltstående hendelser (Backe-Hansen, 2014). Barn som plasseres utenfor hjemmet har ofte omfattende og sammensatte behov. Studier av norske utvalg av barn i barnevernet dokumenterer høy forekomst av psykiske helseplager, samt behov som spenner over flere livsområder, inkludert utvikling, fungering i skole og tilpasning til ny omsorgssituasjon (Haune et al., 2025a; Lehmann, Havik, Havik & Heiervang, 2013; Vis, Holtan & Thomas, 2012). Samtidig er det dokumentert at disse behovene ikke alltid kartlegges eller følges opp på en systematisk måte (Haune et al., 2025b).

Tverrfaglig helsekartlegging (THK) er et spesialisert tiltak på andrelinjenivå, der kartleggingen gjennomføres av tverrfaglige spesialistteam utenfor den kommunale førstelinjetjenesten, som barnevern, skole og fastlege. Formålet er å identifisere helse-, omsorgs- og hjelpebehov hos barn som flyttes ut av hjemmet ved omsorgsovertakelse (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), 2025).

CARE-modellen har vært et sentralt bidrag i utviklingen av THK (Myrvold et al., 2020). Modellen var en dagsbasert tilnærming til tverrfaglig kartlegging av helse- og omsorgsbehov hos barn i barnevernet, og kan forstås som en forgjenger til THK. Erfaringene fra implementeringen av CARE er derfor viktige for denne evalueringen. Samarbeidspartnere i CARE-prosjektet har vært RKBU Vest ved NORCE og By- og regionforskningsinstituttet NIBR ved OsloMet – storbyuniversitetet. Prosjektet ble finansiert i samarbeid med Helsedirektoratet, Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) region Sør og Sykehuset i Vestfold HF.

Datagrunnlaget i CARE-prosjektet var omfattende, og inkluderte blant annet spørreundersøkelser og intervjuer med omsorgspersoner (fosterforeldre/beredskapsforeldre), unge, og ansatte, samt analyser av kartleggingsrapporter. Hovedresultatene fra evalueringen av CARE-modellen viste at de ansatte i barnevernstjenestene og omsorgspersoner generelt var fornøyd med kartleggingen. Til tross for at tidsrammen var snever og kartleggingen oftest ikke bidro til å fastsette en diagnose, ga den i de fleste tilfeller et godt bilde av det barna strevde med. Erfaringene var positive, til tross for at kartleggingsdagen kunne oppleves som krevende for barna. Rapporten fra CARE-prosjektet viste også at oppfølgingsansvaret barnevernet har for barnas helse og utvikling ble tydeligere og mer konkretisert gjennom kartleggingen. Evalueringen av CARE-modellen

inneholder også anbefalinger for videre implementering, som for eksempel at barn skal kartlegges, at kartleggingen gjennomføres før barna flyttes ut av hjemmet, og at det sikres at det finnes tilbud som dekker behovene som ble avdekket i kartleggingen.

Basert på resultatene fra CARE-prosjektet, og de sosiale og helsemessige utfordringene disse barna har, fikk Bufdir i oppdrag fra Barne- og Familedepartementet (BFD) å prøve ut en ordning med tverrfaglig helsekartlegging. Siden august 2021 har Bufdir, i samarbeid med Bufetat og BFE (Barne- og familieetaten i Oslo kommune), utviklet og implementert THK. Fra 2023 har Bufdir videreført tiltaket gjennom prosjektet «Utrulling og implementering av tverrfaglig helsekartlegging». THK er nå implementert i alle regioner i Bufetat, men kapasiteten dekker fortsatt bare en del av målgruppen. Teamenes måltall tilsier en intensjon om å gjennomføre ca. 520 kartlegginger årlig, mens den faktiske kapasiteten anslås å ligge noe lavere, rundt 480 kartlegginger i 2026. I 2024 ble det, i samarbeid mellom Helsedirektoratet og Bufdir, fastsatt en nasjonal faglig retningslinje for helsekartlegging av barn i barnevernet, for å bidra til et mer likeverdig tilbud i hele landet (Helsedirektoratet, 2024). THK er dermed blitt en nasjonal ordning som skal sikre at barn som flyttes ut av hjemmet får en helhetlig og strukturert vurdering av helse- og omsorgsbehov, og at kunnskapen fra kartleggingen brukes i beslutninger om tiltak, plassering og videre oppfølging.

THK starter med at barnevernstjenesten henviser barnet til ordningen. I forkant av kartleggingen innhenter et tverrfaglig team relevant dokumentasjon om barnet fra blant annet barnevern, skole, barnehage og helsetjenester. Selve kartleggingen gjennomføres som hovedregel i løpet av én dag og utføres av et team bestående av barnelege, psykolog fra BUP, psykolog fra Bufetat og barnevernsfaglig kompetanse, i noen tilfeller supplert med sykepleier, fysioterapeut og/eller tannlege. Kartleggingen omfatter samtaler, observasjoner og undersøkelser av for eksempel språk, motorikk, kognisjon, traumer, samspill og psykisk og fysisk helse. På bakgrunn av kartleggingsresultatene utarbeides en rapport til barnevernstjenesten som sammenfatter barnets behov og gir vurderinger og anbefalinger for videre oppfølging, med mål om å gi et bedre grunnlag for beslutninger og samarbeid rundt barnet (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), 2025).

I Prop. 83 L (2024–2025) foreslår regjeringen en ny innretning av THK. Forslaget innebærer både et utvidet formål og endringer i organiseringen av tilbudet. Kartleggingen skal i større grad bidra til at flere barn får en vurdering av sine helse- og omsorgsbehov, og at denne vurderingen i større grad henger sammen med videre helsehjelp og oppfølging. Et sentralt element i forslagene er økt involvering av ordinære helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer en dreining bort fra en modell der kartleggingen i hovedsak gjennomføres av spesialiserte team uten henvisningsmulighet, til en modell der flere deler av tjenesteapparatet bidrar direkte inn i kartleggingsprosessen. Hensikten er å styrke kontinuiteten mellom kartlegging og oppfølging og å redusere avstanden mellom identifiserte behov og faktisk tjenestetilbud.

I 2024 fikk OsloMet i oppdrag av Bufdir å gjennomføre en effektevaluering av tverrfaglig helsekartlegging (THK) i perioden 2024–2027. Evalueringen undersøker om THK bidrar til at barnevernet får tilstrekkelig informasjon om barnets helse-, omsorgs- og hjelpebehov, om barn som gjennomgår THK får mer treffsikker hjelp og oppfølging, og om THK bidrar til mer stabile omsorgsforløp og redusert risiko for utilsiktede flyttinger over tid.

Evalueringen er organisert i tre delprosjekter som belyser disse forskningsspørsmålene. Delprosjekt 1 undersøker om THK bidrar til at barnevernet får tilstrekkelig informasjon om barnets helse-, omsorgs- og hjelpebehov. Delprosjekt 2 undersøker om barn som gjennomgår THK får mer treffsikker hjelp og oppfølging enn barn i tilsvarende situasjoner uten THK. Delprosjekt 3

undersøker om THK bidrar til mer stabile omsorgsforløp og redusert risiko for utilsiktede flyttinger over tid.

Denne rapporten er en delrapport fra evalueringen og bygger på datakilder der datainnsamling og analyser var ferdigstilt på rapporteringstidspunktet. Analysene tar utgangspunkt i den opprinnelige modellen for THK slik ordningen var organisert og praktisert i datainnsamlingsperioden. Rapporten belyser primært delprosjekt 1 gjennom kvalitative intervjuer med ansatte i barnevernet og nye omsorgspersoner, samt en spørreundersøkelse blant ansatte i barnevernet. Datamaterialet gir i tillegg enkelte innsikter i erfaringer med oppfølging etter gjennomført THK, samt i ansattes vurderinger av hvilke forhold ved ordningen som bør videreutvikles, endres eller videreføres i den videre utviklingen av THK. Analyser av hvorvidt THK bidrar til mer treffsikker hjelp og oppfølging, samt mer stabile omsorgsforløp, vil bli presentert i prosjektets sluttrapport, som etter planen ferdigstilles i fjerde kvartal 2027.

2 Data og metode

2.1 Kvalitative intervjuer

Vi har gjennomført kvalitative intervjuer med kontaktpersoner og ledere i barnevernstjenester, samt nye omsorgspersoner for barn som har gjennomgått en omsorgsovertakelse. Nye omsorgspersoner består av fosterforeldre og avdelingsleder ved en barnevernsinstitusjon. Formålet med intervjuene var å få innsikt i hvordan THK brukes i praksis, hvordan kartleggingene oppleves og hvordan kartleggingsfunnene bidrar til oppfølgingen av barna. Totalt ble 16 intervjuer gjennomført i perioden mars–oktober 2025. Tre av intervjuene ble gjennomført med to informanter hver. Dermed har vi intervjuet totalt 19 informanter fordelt på 16 intervjuer. Elleve informanter var ansatte og ledere fra fem ulike barnevernstjenester, og åtte var nye omsorgspersoner, inkludert syv fosterforeldre og en avdelingsleder ved institusjon.

For rekruttering av relevante ansatte og ledere i barnevernstjenesten fikk vi oversikt over hvilke tjenester som hadde erfaring med THK gjennom kontakt med enhetsledere for alle THK-team per e-post. Målet var å rekruttere tjenester med og uten erfaring med THK fra ulike geografiske regioner med varierende populasjonsstørrelse. Etter dette ble ledere av utvalgte tjenester kontaktet per telefon eller e-post. Ledere fra tre tjenester med erfaring med THK og to uten erfaring takket ja til intervju. Ledere tipset oss om ansatte i tjenesten. Totalt ble det gjennomført 10 intervjuer med ledere og ansatte i barnevernstjenesten. To intervjuer ble avholdt fysisk i region øst, og resten digitalt. Se tabell 1.

Tabell 1: Deskriptiv oversikt over ansatte og ledere i barnevernstjenester (N = 11)

Erfaring THK	Ja	Ja	Ja	Nei	Nei
Region	Øst	Sør	Midt-Norge	Vest	Vest
Gjennomføring	Fysisk	Digitalt	Digitalt	Digitalt	Digitalt
Informanter	2	3	3	1	2
arbeidstittel	Kontaktperson avd. omsorg	To kontaktpersoner avd. omsorg	Kontaktperson avd. omsorg	Leder	Leder og leder avd. barn og ungdom*
	Kontaktperson avd. tiltak	Leder avd. ungdom	Kontaktperson avd. omsorg		

*Notat * Intervjuet sammen.*

For rekrutteringen av fosterforeldre ble et informasjonsark publisert på Facebook-siden til Norsk Fosterhjemsforening den 4. september 2025. Denne oppfordret nye omsorgspersoner, med og uten erfaring med THK, til å ta kontakt med oss dersom de ønsket å delta i et intervju for å dele erfaringene sine som fosterforeldre. Videre ble en avdelingsleder ved institusjonen kontaktet og invitert til intervju via forskernes nettverk. Se tabell 2, som gir en oversikt over de nye omsorgspersonene vi intervjuet. Av hensyn til informantens personvern innhentet vi ikke direkte identifiserende opplysninger som navn, regionstilhørighet eller presis alder på fosterbarn.

Tabell 2: Oversikt over nye omsorgspersoner (N = 8)

Erfaring THK	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Nei
Ny omsorgsperson	Fostermor	Fostermor	Fostermor og fosterfar*	Avdelingsleder ved institusjon	Fostermor	Fostermor og fosterfar*
Erfaring med fosterbarn, antall barn	2	1	1	4	1	6

Notat * Intervjuet sammen.

Behandling av personopplysninger er ivarettatt i tråd med SIKT-retningslinjene (referansenummer: 456156). Skriftlige samtykker ble innhentet før intervjuene. I tillegg ble intervjupersonene informert muntlig før båndopptakeren ble slått på. Alle intervjuene ble transkribert ved hjelp av Autotekst og deretter korrekturlest. Lengden på intervjuene varierte fra 28 til 66 minutter, med et gjennomsnitt på 41 minutter. Intervjuene var semistrukturerte og ble analysert tematisk (Clarke & Braun, 2017). Se vedlegg 1-4 for intervjuguider.

Koder ble utviklet gjennom en trinnvis og systematisk prosess. Innledningsvis ble intervjuene gjennomlest for å oppnå en helhetlig forståelse av materialet, og interessante mønstre i datamaterialet ble notert ned. Deretter ble gjennomgående meningsbærende koder identifisert i deskriptive kategorier. Etter at hele datamaterialet var ferdigkodet, ble kodene sammenlignet og sortert i temaer basert på likheter og sammenhenger. Til slutt ble det utarbeidet temabeskrivelser som tydeliggjorde hva hvert tema omhandlet, og hvordan hvert tema relaterte til problemstillingen.

2.2 Spørreundersøkelse

I regi av delprosjekt 1 gjennomførte vi høsten 2025 en digital spørreundersøkelse blant ansatte i barnevernstjenestene ved bruk av Nettskjema. Formålet var å belyse hvordan THK oppleves av ansatte i barnevernet, inkludert hvordan organiseringen fungerer, hvordan informasjonen fra kartleggingen benyttes, og hvordan rapportens omfang og tidsbruk vurderes.

Datainnsamlingen tok utgangspunkt i en oversikt over alle barnevernstjenester i Norge som er omfattet av THK-ordningen. Vi samlet inn kontaktinformasjon til ledere i disse tjenestene og sendte informasjon om og invitasjon til deltakelse i prosjektet til ledere i 198 barnevernstjenester. Lederne mottok en e-post med en kort beskrivelse av studien og spørreundersøkelsen, samt en faktaboks til ansatte med informasjon om frivillighet, anonymitet, omtrentlig tidsbruk og tilgang til spørreskjemaet via QR-kode og direkte lenke. Lederne ble bedt om å videreføre informasjonen til relevante ansatte i egen tjeneste. For å øke svarprosenten ble det sendt to purringer i løpet av datainnsamlingsperioden. Spørreundersøkelsen var åpen fra 27. november til 23. desember 2025.

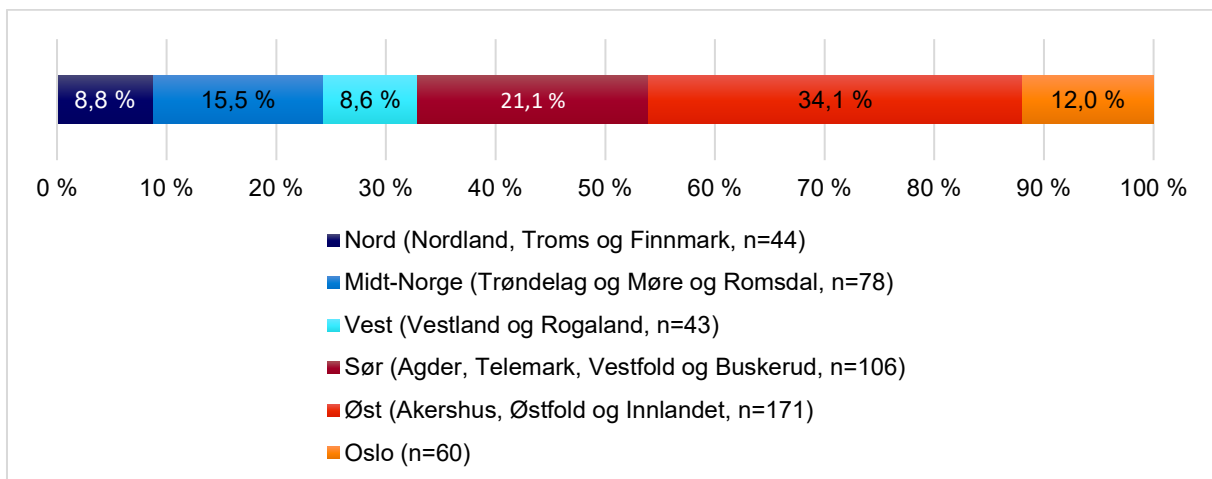
Totalt besvarte 503 personer spørreundersøkelsen. Basert på tilgjengelig statistikk var det om lag 7400 ansatte i barnevernstjenesten i Norge i 2024¹, noe som isolert sett tilsvarer en svarprosent på rundt 7 prosent. Dette tallet undervurderer imidlertid den faktiske svarprosenten, ettersom undersøkelsen ikke ble distribuert til alle barnevernstjenester eller alle ansatte i sektoren. Enkelte tjenester i Rogaland og Vestland er ikke omfattet av ordningen og ble derfor ikke invitert. Vi har ikke oversikt over hvor mange ansatte som faktisk mottok invitasjonen til undersøkelsen, og det

¹ <https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/sysselsettingsstatistikk/statistikk-om-barnevernstjenesten3/>

er derfor ikke mulig å beregne en presis svarprosent, men kan bare konkludere med at den er høyere enn 7.

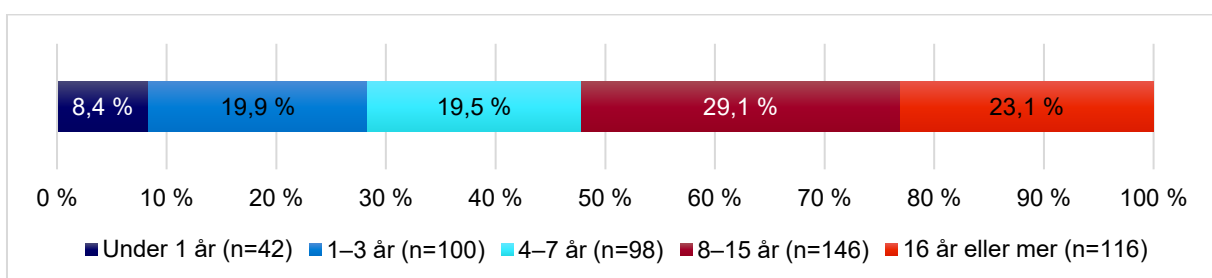
Undersøkelsen var anonym, og vi samlet ikke inn opplysninger som kunne identifisere enkeltpersoner eller barnevernstjenester. Dette innebærer også at vi ikke har mulighet til å vurdere representativiteten i utvalget, for eksempel ved å sammenligne respondenter og ikke-respondenter. Det er derfor usikkert i hvilken grad respondentene er representative for ansatte i barnevernet som helhet, og resultatene bør tolkes som beskrivelser av erfaringer blant dem som har valgt å delta, snarere enn som generaliserbare estimater for hele populasjonen.

Respondentene var geografisk fordelt på alle regioner, med størst andel fra Øst og Sør, og lavere andeler fra de øvrige regionene (se figur 1). Flertallet (66 prosent) oppga at de var kontaktpersoner eller saksbehandlere. Videre oppga 8 prosent at de var miljøterapeuter/terapeuter, 6 prosent teamledere, 5 prosent fagteamledere eller fagkoordinatorer, 8 prosent ledere og 10 prosent at de hadde andre roller. Respondentene kunne krysse av for flere roller, og prosentene summerer seg derfor til mer enn 100. De ansatte oppga også hvilke arbeidsområder de jobber innenfor. Her arbeidet flest med tiltak (50 prosent) og undersøkelser (35 prosent). Videre oppga 30 prosent at de jobbet innen omsorg, 23 prosent med fosterhjem, 21 prosent innen ettervern, 14 prosent innen akutt/beredskap og 16 prosent innen andre områder. Også her kunne respondentene krysse av for flere alternativer, og prosentene summerer seg derfor til mer enn 100.



Figur 1: Ansattes erfaring fra barnevernet og geografisk fordeling (n = 502).

Når det gjaldt arbeidserfaring (se figur 2), fordelte respondentene seg fra ansatte med under ett års erfaring til ansatte med lang fartstid i barnevernet. Samlet sett hadde et klart flertall flere års erfaring, og over 70 prosent hadde mer enn fire års arbeidserfaring.



Figur 2: Ansattes erfaring fra barnevernet fordelt på ansiennitet (n = 502).

Flere spørsmål i undersøkelsen var betinget av tidligere svar. Respondentene fikk derfor ulike oppfølgingsspørsmål avhengig av rolle, erfaring med THK og i hvilken grad THK ble benyttet ved egen tjeneste. Enkelte spørsmål ble kun vist til ledere, mens andre spørsmål kun ble vist til ansatte med direkte erfaring med THK eller til respondenter som oppga at THK ble benyttet ved tjenesten. I presentasjon av resultatene oppgis det fortløpende hvilke respondentgrupper de enkelte spørsmålene er stilt til.

For flere av spørsmålene undersøkte vi om de tematisk og empirisk handlet om det samme og kunne tolkes som uttrykk for en felles underliggende dimensjon. Dette gjaldt særlig spørsmål om ansattes erfaring med THK, opplevelse av nytte, samhandling og samarbeid, tidsbruk og bruk av THK-rapporten. For å vurdere dette gjennomførte vi først analyser av intern konsistens ved hjelp av Cronbach's alpha. Denne analysen brukes for å undersøke om spørsmålene innenfor et tema henger godt nok sammen til at det er meningsfullt å slå dem sammen til én samlet skår (Bland & Altman, 1997; Cronbach, 1951; Tavakol & Dennick, 2011).

For å undersøke dette videre gjennomførte vi også en eksplorativ faktoranalyse på utvalgte grupper av spørsmål. Formålet var å undersøke om spørsmålene i hovedsak måler én felles dimensjon eller om de representerer flere ulike forhold (Costello & Osborne, 2005; Fabrigar, Wegener, MacCallum & Strahan, 1999). Når enkelte spørsmål hadde svak sammenheng med de øvrige eller innholdsmessig skilte seg ut, ble de vurdert både metodisk og teoretisk før de eventuelt ble tatt ut.

På bakgrunn av analysene ble det konstruert flere samlede skalaer som måler sentrale dimensjoner ved ansattes erfaringer med THK. Disse omfatter erfaring med THK, opplevd nytte av informasjon fra kartleggingen, samarbeid og koordinering, samt tidsbruk, som er delt i forberedende/administrative oppgaver og beslutnings- og tiltaksarbeid. I tillegg ble det utviklet mål for bruk og vurdering av THK-rapporten, delt i henholdsvis nytte/bruk og forståelighet/omfang. Skalaene ble beregnet som gjennomsnittet av respondentens svar på de inkluderte spørsmålene, der alle ledd ble gitt lik vekt. Skårene reflekterer dermed den gjennomsnittlige vurderingen på tvers av de aktuelle indikatorene.

Etter at skalaene var etablert, undersøkte vi hvordan de fordelte seg i utvalget, blant annet ved hjelp av gjennomsnitt og standardavvik. Deretter analyserte vi forskjeller mellom ulike regioner og mellom ansatte med ulik arbeidserfaring. For dette brukte vi parvise sammenligninger av gjennomsnitt. Denne analysen gjør det mulig å undersøke om noen grupper skiller seg fra andre uten å være bundet til én bestemt referansekategori. Ettersom vi gjennomfører flere sammenligninger, må analysene korrigeres for gjentatte hypotesetester. Det finnes flere mulige korreksjonsmetoder (Midway, Robertson, Flinn & Kaller, 2020), men vi har valgt Tukey fordi den er mindre konservativ enn flere alternativer, noe som er hensiktsmessig i et forholdsvis lite utvalg der strengere korreksjoner kunne ha økt risikoen for å overse reelle forskjeller. Alle statistiske analyser er gjennomført i Stata MP 19.5.

Spørreundersøkelsen inkluderte også syv åpne spørsmål som ble gjennomgått av to forskere i Excel. Ved bruk av tematisk analyse ble koder utviklet med utgangspunkt i deltakernes formuleringer og innholdet i fritekstsvarene. Etter innledende kodeprosess ble kodene gjennomgått i fellesskap med sikte på å utvikle en felles forståelse og sikre konsistens på tvers av datamaterialet. Overlappende koder ble slått sammen, og kodebeskrivelsene ble presisert. Deretter ble kodene organisert i overordnede temaer for hvert enkelt spørsmål. I kapittel 4.2.2. blir hvert spørsmål med temaer presentert, sammen med frekvensen av hvor mange ganger hvert tema forekommer i materialet. Frekvensene benyttes som en indikasjon på temaenes utbredelse og tolkes i lys av den kvalitative konteksten. Et svar kan inneholde flere koder og dermed være representert i flere temaer.

I arbeidet med rapporten har forskergruppen benyttet generativ kunstig intelligens (ChatGPT, OpenAI) som et støtteverktøy i enkelte deler av forsknings- og skriveprosessen. Verktøyet ble brukt til å bistå i utvikling og forbedring av syntaks for statistiske analyser i Stata, til språklige forbedringer av tekstutkast og til oversettelse av sammendraget til engelsk. ChatGPT ble ikke benyttet til datainnsamling, analyse, koding, fortolkning av resultater eller faglige vurderinger. Alle analyser, resultater, tolkninger og konklusjoner er gjennomført og kvalitetssikret av forskerne. Forskergruppen har gjennomgått og revidert alt innhold generert med støtte fra ChatGPT og har det fulle ansvaret for rapportens innhold.

3 Resultater

3.1 Resultater fra kvalitative intervjuer

Kapittelet presenterer resultater fra en tematisk analyse av kvalitative intervjuer med ansatte i barnevernstjenesten og nye omsorgspersoner, både med og uten erfaring med THK. Målet med de kvalitative intervjuene var todelt. Det første målet var å belyse forskningsspørsmålene i delprosjekt 1, som var hvorvidt THK fører til at barnevernet får tilstrekkelig informasjon om barnets helse, omsorgs- og hjelpebehov. I tråd med delprosjekt 2 var målet også å belyse om barn som gjennomgår THK får mer treffsikker hjelp og oppfølging enn barn i samme målgruppe som ikke gjennomgår THK. Det andre målet med de kvalitative intervjuene var å bidra til en god forståelse av hvordan kartleggingen fungerer, for å sikre treffsikre spørsmål i spørreundersøkelser for ansatte i barnevernstjenesten og nye omsorgspersoner.

Analysen av intervjuene resulterte i fire overordnede temaer. Det første temaet, **Støtte i arbeidet** belyser hvordan THK oppleves som et støttende arbeidsverktøy for ansatte i barnevernstjenesten og nye omsorgspersoner. Det andre temaet, **begrensninger og kritiske perspektiver ved kartleggingen** synliggjør praktiske utfordringer og etiske dilemmaer ved THK. Det tredje temaet, **tjenester uten erfaring med THK**, peker på at barnevernets egne kartlegginger av helsebehov ofte blir nedprioritert. Det fjerde temaet, **ulik praktisk gjennomføring**, viser variasjoner i henvisningsrutiner, strukturelle forskjeller mellom kartleggingsteamene og behovet for ulike praksiser for barn og ungdom.

Temaene belyser forskningsspørsmålene på ulike måter. Det første temaet gir tydelig støtte til at THK styrker informasjonsgrunnlaget for ansatte i barnevernstjenesten og nye omsorgspersoner, noe som kan bidra til mer målrettet oppfølging. Det andre temaet nyanserer disse funnene ved å vise begrensninger og betingelser for nytteverdi. Det tredje temaet gir et sammenligningsgrunnlag ved å vise hvordan barns helsebehov kartlegges uten THK, mens det fjerde temaet synliggjør variasjon i implementeringen, noe som er viktig å ta hensyn til videre i effektevalueringen.

Tema 1: Støtte i arbeidet

Flertallet av de ansatte vi har intervjuet omtalte THK som et tiltak som gir støtte i arbeidet med barn og ungdom under omsorgsovertakelse. THK blir i stor grad opplevd som et relevant verktøy for både ansatte i barnevernstjenesten og nye omsorgspersoner ved at det bidrar til å samle, systematisere og legitimere informasjon om barns behov.

Bekreftelse og legitimering av informasjon

Flere ansatte beskriver at informasjonen de får presentert i rapportene fra en kartlegging ofte samsvarer med observasjoner og vurderinger de selv har gjort i arbeidet med barnet. I noen tilfeller bidrar kartleggingen til å avkrefte eller bekrefte ytterligere bekymringer. Slik fremstår ikke kartleggingen nødvendigvis som en kilde til ny kunnskap, men heller som et verktøy som gir faglig tyngde og legitimitet til allerede etablerte vurderinger. Dette fremheves særlig som betydningsfullt i møte med andre instanser.

Det har vært fint med bekreftelse på ting som vi visste. Jeg har brukt rapportene ganske mye. Både i form av at tiltakene vi har hatt inne, i hjemmet, og i ny omsorgsbasis. Skole og barnehage har også fått innsikt i deler av rapportene, eller i hvert fall oppsummeringen, med tanke på tilrettelegging. Jeg kan ikke huske at det har kommet opp noe som er veldig overraskende, men det er mer en bekreftelse og konkretisering av punkter som er viktige å følge opp. (barnevernsansatt)

Flere informanter fremhever betydningen av at det er et nøytralt og profesjonelt team som gjennomfører kartleggingen. Dette på tross av at barnevernstjenesten i forkant av en kartlegging samler og sender en omfattende dokumentasjon om det gjeldende barnet eller den unge til THK-teamet, som inngår i saksgrunnlaget for kartleggingen. Informantene legger særlig positiv vekt på at det er et team som ikke kjenner barnet fra før av, enten gjennom tidligere kartlegging i kommunal forstand eller på grunn av geografisk kontekst. At det er et nøytralt team, beskrives som en styrke ved kartleggingen, blant annet fordi vurderingen oppleves som mer objektiv. Videre blir teamet beskrevet som profesjonelt i arbeidet det leverer. Både når det gjelder ivaretagelsen av barnet på kartleggingsdagen, samhandlingen med barnevernstjenesten og i THK-rapporten. Rapporten nevnes som et nyttig grunnlag for ansatte i barnevernet sin videre beslutninger knyttet til plassering og oppfølging.

Jeg tenker jo at det er en stor fordel at man får fagfolk med en utenforstående rolle til å analysere hva barnet trenger. Det er nyttig med tanke på valg av plasseringssted. Og hva man skal tenke på og ha fokus på videre. Det er også nyttig inn i en nemndsbehandling. Vi mener jo alltid at vi har rett i at barnet skal bytte omsorgsbasis. Eller vi mener at det er det riktige, men man kan jo aldri være helt 100 % sikker. Så da er det godt med flere vurderinger. At den er tverrfaglig, er positivt. At det ikke bare er barnevern, men også legeundersøkelse. Det gir et mer helhetlig blikk på barnet. (barnevernsansatt)

Kartleggingen oppleves som verdifull, ikke fordi den nødvendigvis tilfører ny informasjon, men fordi den systematiserer, bekrefter og legitimerer eksisterende kunnskap om barnet på en måte som er anvendbar i videre samarbeid og beslutningsprosesser.

Hjelp i møte med andre instanser

THK fremheves som et nyttig verktøy i samarbeid med andre instanser. Flere ansatte i barnevernstjenesten beskriver at rapporten som utarbeides i forbindelse med kartleggingen bidrar til å tydeliggjøre ansvar, forenkle henvisningsprosesser og etablere en felles forståelse på tvers av tjenester. Rapporten trekkes frem som en forenkler av kommunikasjonen mellom tjenester, noe som bidrar til å etablere en felles forståelse av barnets behov:

Jeg synes at kartleggingen har vært veldig nyttig for videre oppfølging. Spesielt det som fremkommer i rapporten. Det er en del ganske konkrete anbefalinger og ting å ta hensyn til fremover. Jeg opplever at de anbefalingene har stort gehør hos f.eks. BUP og PPT og det systemet der. At de fulgte de anbefalingene ganske godt opp, da. (barnevernsansatt)

Dette tyder på at THK ikke bare bidrar til bedre informasjonsdeling, men også kan gi økt gjennomføringskraft i oppfølgingen, ved at anbefalingene i større grad tas til følge av andre tjenester.

Videre skisseres THK som en helhetlig kartlegging som gir et mer sammensatt og strukturert bilde av barnet enn det informantene tidligere har hatt tilgang til. Kartleggingen fremheves som et sentralt beslutningsgrunnlag for videre tiltak og oppfølging ved at informasjonen fra ulike instanser samles og sees i sammenheng. Denne samordningen beskrives som særlig verdifull i et tjenestelandskap der informasjon om barnet ofte er fragmentert og fordelt mellom flere aktører.

Ja, for du ser det i sammenheng. Rapportene er jo på en måte hele suppa sammen, hvor man både har PPT, skolen, hjemmet og historien til barnet. Alt sammen opp i ei suppe, og så blir det til en rapport hvor vi kan gå fram på det viktigste. Og da ser en at det henger sammen med det og det. Dette har kanskje noe med det å gjøre. Så det er jo på en måte et sammendrag av alt. Hvor det er barnet sitt sammendrag av alt. Det er ikke ... Dette sier skolen om det. Dette sier fosterhjemmet om det. Dette sier PPT. Dette sier BUP. Men du har det samla. Jeg tror egentlig det er det som er det beste. At det er samla på én plass. (barnevernsansatt)

Nye omsorgspersoner beskriver at kartleggingen kan ha stor betydning for hvordan de opplever sin rolle i møte med instanser. Flere informanter, både med og uten erfaring, beskriver at de som nye omsorgspersoner i stor grad opplever å ha et betydelig ansvar for å koordinere kontakten mellom tjenester og sikre at relevant informasjon blir formidlet videre.

Vi hadde noen tanker når vi leste om tverrfaglig helsekartlegging. Og vår erfaring er jo at vi sitter litt i førerstolen, at dersom ting skal skje så er det vi som må ta initiativ til det og flette inn aktuelle aktører. Vi synes at det er trist at det skal være sånn. Det er kanskje ikke alle fosterforeldre som står på sånn. Eller at de vet hva de skal gjøre. Slik at det kan dette mellom to stoler. (ny omsorgsperson uten erfaring)

I denne sammenhengen fremheves THK som et tiltak som bidrar til å avlaste dette ansvaret, blant annet ved å tydeliggjøre videre henvisningsløp og forbedre kommunikasjonen mellom instanser.

Min erfaring er at THK er et særdeles nyttig verktøy. Ved at du kan sørge for enten å belyse allerede kjent tematikk, eller få kartlagt og plassert atferd enten på det psykiske eller somatiske. Vi er jo ikke noen helseinstans som skal sette diagnoser. Vi skal ikke behandle helseplager i den grad som helsetjenesten skal. Dermed er vi avhengige av å kunne få belyst dette fra riktig instans. Og det får du med THK. Du får et startskudd som gjør at du lettere kan peke nesa i riktig behandlingsvei. De går ikke i dybden, men de får kartlagt bredt som gjør at vi kan spisse vår miljøterapi, og ikke minst da ... peke på riktig spesialist i helsetjenesten i neste omgang. (ny omsorgsperson med erfaring)

Undertemaet hjelp i møte med andre instanser belyser hvordan THK kan styrke samordning mellom ansatte i barnevernet, nye omsorgspersoner og hjelpeinstanser når barn flyttes ut av hjemmet. Videre ser vi på hvilken støtte nye omsorgspersoner med erfaring med THK opplever.

THK som støtte for nye omsorgspersoner

Nye omsorgspersoner beskriver kartleggingen som en særlig viktig støtte i deres omsorgsrolle, blant annet ved å gi økt innsikt i barnets behov, ved å bekrefte eksisterende vurderinger og praksis, eller ved å gi konkrete råd. Flertallet av nye omsorgspersoner beskriver dessuten mindre behov for koordinering og økt trygghet i rollen.

Og spesielt med en gruppe med barn som på en måte ikke er helt som alle andre barn. Som har litt andre behov. Og hvis det er ting som er veldig ukjent for den vanlige forelder Ola Nordmann. Det var veldig mye prøving og feiling for vår del. Veldig mye å finne ut av selv. Og det tror jeg var vanskeligere enn om vi hadde fått kartleggingen tidligere. Da barnet fikk kartleggingen fra THK hadde vi allerede funnet ut av veldig mye selv. Men det tok jo tid, veldig lang tid. Det gikk for eksempel fem måneder der ingen av oss sov på natta fordi at vi ikke skjønnte at det var overstimuli i barnehagen som var grunnen til det. Og da fikk vi tilrettelagt i barnehagen. Som ny omsorgsperson kan man ofte føle seg alene, men THK gjør at man ikke står i det alene. Her får du servert mye informasjon sammen med gode løsninger og forslag til tilrettelegging på sølvfat. (omsorgsperson med erfaring)

Samlet sett belyser temaet støtte i arbeidet at THK styrker barnevernstjenestens informasjonsgrunnlag ved å samle, systematisere og faglig legitimere allerede tilgjengelig kunnskap om barnets helse, omsorgs- og hjelpebehov. Informasjonen blir mer anvendbar fordi vurderingene fra et nøytralt, tverrfaglig team blir anerkjent av andre instanser. Samtidig gir kartleggingen sjelden helt ny innsikt. Analysene av intervjuene tyder likevel på at THK kan bidra til mer målrettede tiltak gjennom tydelige anbefalinger, forenklede henvisningsløp og et helhetlig forståelsesgrunnlag som kan støtte mer tilpassede tiltak og videre oppfølging.

Tema 2: Begrensninger og kritiske perspektiver for veien videre

Dette temaet belyser kritiske perspektiver og begrensninger ved THK som kommer til uttrykk på tvers av intervjuene. Selv om THK gjennomgående beskrives som et nyttig og støttende tiltak, identifiserer både ansatte i barnevernstjenesten og nye omsorgspersoner flere utfordringer knyttet til tiltakets gjennomføring, praktiske rammer, oppfølging og etiske implikasjoner. Begrensninger omhandler strukturelle forhold i barnevernstjenesten, aldersrelaterte forskjeller mellom barn og ungdom, samt grunnleggende spørsmål om kartleggingens belastning for barna og bruken i etterkant.

Praktiske og strukturelle begrensninger

Flere ansatte i barnevernstjenesten beskriver henvisning til THK som ressurskrevende. En leder ved en av tjenestene peker på at enkelte ansatte vegrer seg for å sette i gang med en henvisning. Dette knyttes blant annet til omfattende krav til dokumentasjon og utfordringer med å innhente informasjon som er lagret i ulike digitale systemer med begrenset tilgang. En ansatt beskriver at omfanget av merarbeid varierer med hvor oppdatert eksisterende dokumentasjon er og med behovet for å innhente ny informasjon. Likevel fremstår henvisningsprosessen samlet sett som en barriere for å bruke tiltaket.

Det er ganske omfattende. Og så spør det litt hvor ferske de opplysningene vi har til rådighet er. Om det er behov for å innhente ny informasjon. Så det varierer litt, men den er omfattende, den henvisninga. Og det vet jeg at det er flere som synes er omfattende. At det er tidkrevende å fylle den ut. (barnevernsansatt)

For tjenester med lengre avstand til kartleggingsteamet i THK fremheves reisevei som en sentral praktisk begrensning. Flere uttrykker bekymring for at en lang reisevei kan påvirke barnets fungering under kartleggingen og dermed også resultatene. Reisebelastning trekkes særlig frem som problematisk i lys av kartleggingens intensive format og kravet om konsentrasjon over tid.

Ja, for f.eks. hvis man har lang reisevei, vil det være en faktor som spiller inn på resultatene. Hvis du har et barn som har må reise 2-3 timer i bil, og så skal de gjennom masse tester, og samspillsobservasjon er en av dem, så tenker jeg at det uten tvil vil kunne påvirke det man ser. (barnevernsansatt)

Aldersrelaterte forskjeller

Gjennom intervjuene kommer det tydelig fram at det finnes forskjeller i barn og unges forutsetninger for å delta i en kartlegging, samt hvordan kartleggingen oppleves i etterkant. Noen informanter beskriver at yngre barn håndterer selve kartleggingssituasjonen bedre enn ungdom, og at deltakelsen for dem ofte oppleves som mindre emosjonelt belastende.

Veldig mange av dem får reaksjoner etterpå. Både positivt og negativt. Noen syns det er spennende og gøy, men da er det ikke så mye av historikken som de trenger å gå gjennom. Og noen syns det er kjempetøft å sitte der og skulle prate om ting de har opplevd. Og der ser jeg nok kanskje at de som håndterer det best, er de som er små. Som ikke har kommet i den identitetskrisa og skal finne ut av hvem de er. Men som fremdeles er litt der at de tar livet som det faller seg. Ha det gøy her og nå. Så jeg opplever nok at de som kanskje har mest utbytte av det, er de yngre. Mens de som begynner å reflektere litt over hva det egentlig er de har vært igjennom syns det er tøffest. (barnevernsansatt)

En av de nye omsorgspersonene vi intervjuet ved institusjonen, som hadde erfaring fra arbeid med ungdom, vektla at det krever betydelig innsats i forkant for å motivere ungdom til å samtykke til å delta i kartleggingen. Dette innebærer å utrede formålet med kartleggingen, hva den innebærer og hvordan resultatene kan komme til gode i ettertid. Samtidig beskrives det som utfordrende å formidle komplekse sammenhenger på en måte som er tilpasset ungdommens forståelsesnivå og situasjon.

Det er vanvittig mye jobb som ligger inn i motivasjonen for å kunne delta. [...] Vi bruker mye tid på å forklare hva som er gunstig med å delta på en slik kartlegging: «Det er fordi du får identifisert behovene dine ved å kartlegge styrkene dine sammen med helse- og hjelpebehovet ditt. Tjenestene som blir gitt til deg blir i mye større grad tilpasset deg, ut fra hva du trenger...» Dette er jo ikke noe vi snakker med ungdommene så mye om, men at vi også får redusert muligheten for at det blir noen brudd. Hvis vi klarer å tilpasse masse på vår side, så er det større sannsynlighet for at samarbeids grunnlaget blir mye bedre for ungdommene. Og det er jo, som jeg sier, igjen tilbake til forståelsen av ungdommen ... evnen til å kunne prosessere hos ungdommen. Her skal vi si ganske mange vanskelige ting som gjør at det blir komplisert og sammensatt for ungdommen å forstå. (ny omsorgsperson med erfaring)

På en annen side uttrykte en annen omsorgsperson usikkerhet knyttet til hvordan de kunne formidle og hjelpe ungdommen å forstå rapporten fra THK på en god måte:

Jeg tror det er det hun sitter an med var at «nå var du flink, vær så god, her har du et gavekort». Det er jo det hun fikk ut av det selv, tror jeg. Vi har prøvd å snakke med henne om enkelte ting fra den rapporten, men det er særs vanskelig å klare å forklare og å få henne til å forstå. Det blir fort veldig omfattende, og da blir det bare irritasjon og frustrasjon. Det er ikke sikkert vi har de riktige verktøyene som fosterforeldre til å ta de pratene. (ny omsorgsperson med erfaring)

Denne type formidlingskompetanse er ikke nødvendigvis tilgjengelig i fosterhjem. Evnen til å formidle komplekst innhold fra THK-rapporten på en tilpasset måte kan være mer utviklet i institusjoner enn i fosterhjem, og kan ha betydning for hvordan ungdom forstår og nyttiggjør seg av THK-kartleggingen.

Etiske dilemmaer

Intervjumaterialet viser at THK reiser flere etiske problemstillinger knyttet til både gjennomføringen og anvendelsen av kartleggingen. Informantene peker særlig på utfordringer relatert til tillitsbasert informasjonsdeling, til at kartleggingen i stor grad er et øyeblikksbilde, og til at barn og unge kan oppleve kartleggingen som emosjonelt belastende. Videre rapporteres det om mangelfull oppfølging i etterkant av kartleggingen, samt bekymring for at barns behov ikke ivaretas tilstrekkelig, selv om de er identifisert i kartleggingen.

Flere informanter problematiserer hvorvidt det er mulig å kartlegge barns psykiske helse på en tilstrekkelig måte innenfor rammene av en kortvarig kartlegging. Det pekes på at sentral informasjon ofte først kommer frem etter langvarig relasjonsarbeid og at verdien av etablerte behandlingsrelasjoner undervurderes.

Og mye vet vi jo ikke før lenge etter barnet er flyttet inn. Det kan dukke opp ting to år seinere eller et halvt år seinere, mens den helsekartlegginga går maks over to dager. Du kan jo ta blodtrykk og hørselstest og synstest og få svar, men en ser jo helt bort fra betydningen av en relasjon hvis man tror at en skal få kartlagt den psykiske helsen i løpet av en dag eller to. Så det er sterke stemmer her på at dette er å gå baklengs inn i framtiden. Man glemmer verdien av en relasjon og jobbing over år. (barnevernsleder uten erfaring med THK)

Det gjelder veldig mange når det kommer til omsorgsovertaking, at dette er som regel barn som vi har kjent i mange år. Flesteparten av de har også kontakt på BUP som har pågått over år. Så at noen andre skal komme inn på en dag og finne ut mer enn disse som har sittet og jobbet med disse barna er vi jo skeptiske til. (avdelingsleder uten erfaring med THK)

Kartleggingen beskrives også av mange som et øyeblikksbilde som kan være sårbart for forhold ved situasjonen, som dagsform og søvn. Flere informanter uttrykker ambivalens overfor at kartleggingens funn tillegges stor vekt.

Vi vektlegger jo dette ganske tungt, og de har jo samlet inn mye informasjon. Samtidig så er det jo bare to dager barna er der. Og man legger ganske mye i hva man ser av samspill. Noe vi jo

vet kan være veldig varierende. Både hvordan samspillet er og hvordan barn fremstår. Hvis du har hatt en dårlig dag eller en dårlig natts søvn. Eller om det har vært en sykdomsperiode. Det kan være mange ting som påvirker hvordan de to dagene faktisk blir. [...] Det er et veldig tungtveiende dokument med egentlig ganske få observasjoner. Samtidig med masse dokumentasjon, da. De innhenter jo all dokumentasjon. Og de har jo mye analysemateriale. (barnevernsansatt)

Noen informanter uttrykker bekymring for at kartleggingen kan oppleves som belastende og/eller stigmatiserende for enkelte barn.

Så tenker jeg jo på de barna som har et bilde av seg selv at de er annerledes, og redd for å høre at de ikke er verdt noe. Det er en redsel der for at nå skal de finne ut at «jeg er skikkelig gal». «Jeg er skikkelig teit.» «Jeg er skikkelig dum.» Det at de har noen erfaringer med eller har fått bygd opp et bilde av at de er slemme eller at de er fæle eller de er gale ... (barnevernsansatt)

En fostermor og fosterfar som vi intervjuet sammen opplevde at manglende oppfølging i etterkant av kartleggingen undergravde tiltakets nytteverdi. Selv om rapporten opplevdes treffende og informativ, uttrykte de frustrasjon over at barnevernstjenesten ikke fulgte opp med konkrete tiltak.

Fosterfar: Men vi forventa jo at det skulle være en oppfølging i etterkant av den rapporten. Fra barnevernet, som vi føler kanskje ikke har vært.

Fostermor: Vi føler vel ikke bare kanskje. Vi føler vel at det arbeidsverktøyet den helsekartlegginga egentlig er ... Det er bare bortkasta penger. Det er vel det vi føler. For den er rett og slett ikke brukt til noe som helst.

Fosterfar: Den var jo bra, den, og den ga jo på en måte svart på hvitt svar på mye som vi har etterspurt lenge. Og så er det sånn ... ingen som tar tak i den.

Tema 3: Tjenester uten erfaring med THK

Dette temaet belyser hvordan barnevernstjenester uten erfaring med THK kartlegger barns helse- og omsorgsbehov, samt hvilke utfordringer de møter i fravær av en modell som THK.

Barnets omsorgssituasjon kartlegges grundig gjennom barnevernets ordinære arbeid, særlig i forkant av en eventuell omsorgsovertakelse. Når det gjelder helse, tegner det seg imidlertid et annet bilde blant tjenester uten erfaring med THK. Her fremstår kartleggingen som gjennomføres i regi av barnevernet og det kommunale samarbeidet som mer situasjon- og symptomavhengig, snarere enn strukturert og systematisk:

Forsker: Vil du beskrive hvordan barn blir kartlagt uten tverrfaglig helsekartlegging?

Barnevernsleder: Da tenker jeg jo at det blir kartlagt i det kommunale systemet. [...] Vi har gjerne samarbeid med fastlege hvis det er nødvendig, eller samarbeid med helsesykepleier. Vi har kjennskap til den fysiske og psykiske helsen til barnet gjennom samarbeid på et lokalt kommunalt nivå og opp mot spesialisthelsetjenesten. Så vi kjenner jo barna. Barna er jo kartlagt og beskrevet før vi sender sak med omsorgsovertakelse. Så har vi jo kartlagt barnet sitt omsorgsbehov. Og er vi i tvil så kobler vi på helseinstans, men det er avhengig av symptom og eventuelt symptomutfall. Framstår barnet som sunt og friskt, men prega av omsorgssituasjonen, så kobler vi jo ikke på helse. Så er det jo avhengig av at vi ser symptom, og ser grunn til å gjøre det. Men vi gjør det ikke uten at vi ser en grunn.

Dette viser at vurderinger av barns helse i stor grad er symptomstyrte, og at fravær av tydelige tegn på helseutfordringer kan medføre at helsekartlegging ikke gjennomføres, noe som

innebærer en risiko for at underliggende eller mindre helseutfordringer forblir uoppdaget. Utfordringer knyttet til å kartlegge barns helse forsterkes ytterligere i møte med samarbeidende instanser innad i kommunen. En av lederne uten erfaring beskrev samarbeid med fastleger og spesialhelsetjenesten som særlig krevende, blant annet i lys av nasjonale føringer for kartlegging og pasientforløp:

Helt ærlig, jeg syns jo et nasjonalt forløp kan være litt utfordrende. Det er ikke så mange fastleger eller spesialisthelsetjeneste som syns noe om at det er barnevernet som skal si noe om når de skal gjøre hva. Men jeg opplever jo at vi i stor grad har en forståelse. At vi klarer å finne en felles forståelse av hva som bør finnes ut av. I vårt område på spesialisthelsetjenesten så har en vært veldig opptatt av pasientforløp, også på psykisk helse. Og noe av det som er utfordrende med å få kanskje de kartleggingene der, handler jo om at nettopp den situasjonen de befinner seg i, at det er en ustabil omsorgssituasjon som gjør at det er vanskelig å tolke og forstå de signalene som barnet gir, eller den atferden som en ser, kan gjøre at det er vanskelig å få til en type kartlegging og utredning. Fremdeles får vi en del nei på henvisninger på bakgrunn av at barnets omsorgssituasjon ikke er avklart i den situasjonen der. (barnevernsleder)

Dette peker på en strukturell spenning mellom barnevernets behov for helsefaglige avklaringer og helsetjenestens prioriteringskriterier. Særlig fremheves det at en uavklart eller ustabil omsorgssituasjon kan vanskeliggjøre henvisning og utredning hos helseinstanser og i noen tilfeller føre til avslag. Dermed kan nettopp de barna som befinner seg i komplekse og uforutsigbare livssituasjoner risikere å falle mellom tjenestenes ansvarsområder. Samlet sett peker funnene på at fravær av THK kan innebære en mindre strukturert og mindre helhetlig tilnærming til kartlegging av barns helsebehov.

Tema 4: Ulik praktisk gjennomføring

Temaet om ulik praktisk gjennomføring gir innsikt i hvordan det eksisterer betydelige forskjeller i hvordan barnevernstjenestene bruker THK. Dette inkluderer forskjeller i rutiner for henvisning, prioritering og kjennskap til THK, både mellom ulike tjenester og mellom ansatte i samme tjeneste. Variasjonene framstår som et resultat av lokale praksiser, individuelle variasjoner og organisatoriske rammebetingelser, heller enn felles nasjonale retningslinjer. Vi finner forskjeller i hvordan THK praktiseres, hva som skjer under selve THK og i hvordan rapporten som utvinnes fra THK brukes i ettertid av ansatte.

Rutiner for henvisning

Intervjuene viser at det kan være store variasjoner i forløpene som fører frem til en omsorgsovertakelse. I noen tilfeller flyttes barn umiddelbart fra hjemmet ved fødsel, mens andre barn flyttes fra hjemmet først etter en lengre periode med oppfølging i barnevernstjenesten. Enkelte saker kan preges av akutte og dramatiske forløp, mens andre kjennetegnes av mer gradvise prosesser. I forlengelse av dette kommer det i intervjuene frem ulike strategier på tvers av tjenester for hvordan barn og ungdommer henvises til THK. Ved en tjeneste beskrev de ansatte en praksis preget av faste rutiner, der alle barn og ungdommer ved omsorgsovertakelse henvises til THK fortløpende. Ved en annen tjeneste ble det beskrevet en mer selektiv tilnærming, der hver enkelt sak drøftes i fellesmøter før det eventuelt igangsettes en henvisning.

I enkelte forløp kan også barnas omsorgspersoner virke som aktive pådrivere for å få sendt en henvisning, også ved å be om en ny henvisning etter at den første henvisningen til THK er avslått. Intervjuene gir begrenset informasjon om grunnlagene for avslag, men enkelte forhold fremkommer. Dette gjelder blant annet vurderinger av barnets alder, eksisterende kartlegging eller oppfølging fra andre tjenester, samt prioriteringer knyttet til kapasitet i ordningen.

Dette tyder på at tilgangen til THK ikke bare er et spørsmål om behov, men også påvirkes av organisatoriske og strukturelle rammer. Ved avslag fortalte noen tjenester at de henviste alle på nytt, mens andre vurderte enkelte barns sak etter behov. Blant omsorgspersonene som ble intervjuet, oppga kun én at henvisningen ble initiert av barnevernstjenesten.

Kontaktpersonen vår sa at det var et tiltak hvor vi kunne ta denne kartleggingen. Hun meldte oss bare på og så fikk vi innkalling per brev. Vi fikk veldig lite informasjon om det. Annet enn at dette var veldig nytt og hipt og veldig sånn ... Dette skulle være veldig bra, da. (ny omsorgsperson med erfaring)

Noen av omsorgspersonene beskrev at de selv hadde vært aktive i å få barnevernstjenesten til å sende en henvisning til THK. I ett tilfelle hadde en omsorgsperson først fått gjennomført en kartlegging for et fosterbarn på barnevernets initiativ og tok deretter selv initiativ til at også et søsken skulle kartlegges. En annen omsorgsperson fortalte at de, på eget initiativ, tok opp behovet for THK med barnevernstjenesten. Deres kjennskap til tiltaket kom gjennom kontakt med andre fosterforeldre, noe som bidro til at de arbeidet aktivt for at barnevernstjenesten skulle sende en henvisning.

Vi hadde en prosess på det. Vi fikk beskjed om at det barnet var for gammelt. Slik fremstod det som at kommunen ikke var så interessert i å hjelpe oss med henvisningen, men så fikk vi overtalt dem. Vi sto på kravene våre. Og så fikk vi overtalt dem til å skjønne at dette var veldig seriøst. (ny omsorgsperson med erfaring)

Strukturelle forskjeller mellom kartleggingsteam

Intervjuene avdekket strukturelle forskjeller mellom regionale kartleggingsteam når det gjelder formidling av informasjon til fosterforeldre og barn og unge, forberedelser før kartleggingen, kartleggingens varighet og ventetid til kartlegging. Når det gjaldt tid fra henvisning til kartlegging i THK, ble det presentert store variasjoner. Det korteste som ble nevnt var mellom én og to måneder, og det lengste var ni måneder.

Det tror jeg tok ganske raskt tid. Men jeg husker ikke helt nøyaktig. Kanskje en måned. Jeg vil tippe en til to måneder. (barnevernsansatt)

De fleste ansatte pekte på at det var stor variasjon på grunn av varierende kapasitet hos THK-teamet:

Det varierer veldig. Det korteste er vel tre-fire måneder, og lengste er ni. De har jo hatt perioder med dårlig kapasitet og mange henvendelser. (barnevernsansatt)

Tre omsorgspersoner med erfaring av THK skildret tre forskjellige måter teamet har innhentet og gitt dem informasjon om kartleggingen på. Noen ble kontaktet via brev, andre via telefon og den siste gjennomførte et digitalt møte:

Ja, selve teamet ringte meg og gav meg informasjon om hva som kom til å foregå og hvordan det var tilrettelagt. Og de ville gjerne vite litt om den informasjonen jeg satte på fra før. Så de både hentet inn og ga informasjon ganske grundig i forkant via en telefonsamtale. (ny omsorgsperson med erfaring)

Vi hadde et digitalt bli kjent-møte. Så de fikk et bilde av hva behovet var, eller hva vi var bekymra for. [...]. (ny omsorgsperson med erfaring)

Når vi hadde fått innkallingen, så fikk vi et skriv om hva det gikk ut på. Og noen kartleggingsdokumenter som jeg og samboeren min fylte ut. Og så fikk vi vite at barnehagen også hadde fått dem tilsendt. (ny omsorgsperson med erfaring)

Etter at en kartlegging var gjennomført, fortalte nye omsorgspersoner om ulike måter de hadde mottatt THK-rapporten. Mens noen hadde fått den via barnevernet, hadde andre fått den tilsendt av teamet selv. En av de intervjuede nevnte at de fikk tildelt et mobilnummer til teamet, slik at de hadde mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål.

Altså, vi fikk jo rapporten som var ferdig skrevet. Den var vel sendt til barnevernstjenesten, og så fikk ... Fikk vi lese gjennom den, da. (ny omsorgsperson med erfaring)

Nei, de hadde jo en telefonsamtale med meg i etterkant med de funnene de hadde hatt. Og det er også i rapporten skrevet opp et telefonnummer, så vi kan nå dem hvis det er noe som er spørsmål. Og vi kan kontakte dem i ettertid. (ny omsorgsperson med erfaring)

Den har jeg fått i ettertid, ja. Så den er veldig grundig, veldig nøye. Og det er virkelig ingen tvil om hva de fant ut på de testene. (ny omsorgsperson med erfaring)

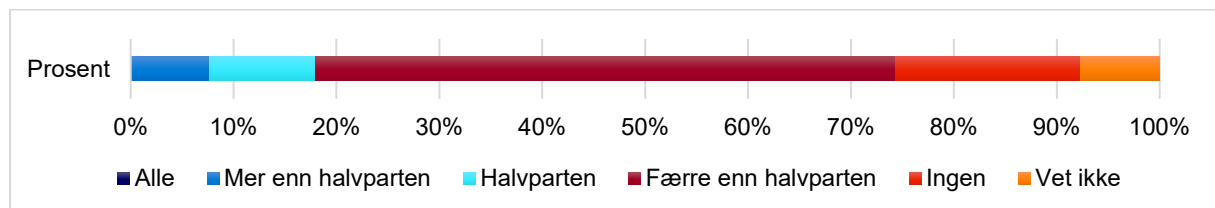
I intervjuene med omsorgspersoner ble det ikke samlet inn personopplysninger som direkte eller indirekte kunne avsløre identiteten deres, herunder geografisk tilhørighet. Derfor vet vi ikke hvilke kartleggingsteam omsorgspersonene har erfaring med. Temaet om ulik praktisk gjennomføring viser hvordan ulik koordinering får betydning for tilgjengelighet, gjennomføring og ansattes og omsorgspersoners opplevde nytte av THK. Dette er tre sentrale prosesser som det er viktig å ta høyde for i en videre effektevaluering. Seleksjon inn i tiltaket, forskjeller i implementering og ulik oppfølging i etterkant kan skape forskjeller som det dermed bør tas høyde for i videre analyser og tolkninger. Dette er nødvendig for å forstå hva THK bidrar med og for å identifisere hvor det er behov for standardisering, kvalitetsforbedring og mer målrettet oppfølging.

3.2 Resultater fra spørreundersøkelse til ansatte

Spørreundersøkelsen gir innsikt i hvordan ansatte i barnevernstjenestene vurderer nytten av informasjonen fra THK, og hvilke forhold som påvirker hvordan ordningen fungerer i praksis. Respondentene består av ansatte og ledere i kommunale barnevernstjenester, og inkluderer ikke øvrige tjenester som fastleger, helsesykepleiere eller andre helseaktører. Enkelte spørsmål berører også om THK oppleves som et bedre grunnlag for oppfølging og tiltaksvalg. Slike vurderinger gir indikasjoner, men kan ikke alene si noe om faktiske virkninger for barna. I fremstillingen nedenfor legger vi derfor størst vekt på hvordan THK brukes i praksis og hvordan informasjonen fra kartleggingen forstås og anvendes.

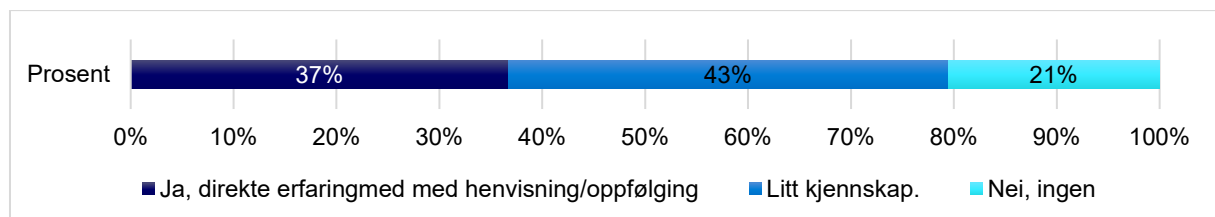
3.2.1 Erfaring med og bruk av THK i tjenestene

Noen spørsmål ble stilt kun til ledere. Spørsmålet om hvor stor andel av de ansatte som hadde vært involvert i THK-saker, ble kun vist til respondenter som oppga at de hadde lederrolle i barnevernet. Om lag halvparten av lederne oppga at færre enn halvparten av de ansatte ved tjenesten hadde vært involvert i THK-saker, og nær en femtedel oppga at ingen hadde vært involvert. Rundt én av ti oppga at omtrent halvparten hadde vært involvert, og en tilsvarende andel oppga at mer enn halvparten hadde vært involvert, eller at de ikke visste. Ingen oppga at alle ansatte var involvert. Som vist i figur 3 vurderte kun om lag en femtedel at halvparten eller flere ansatte hadde vært involvert i THK.



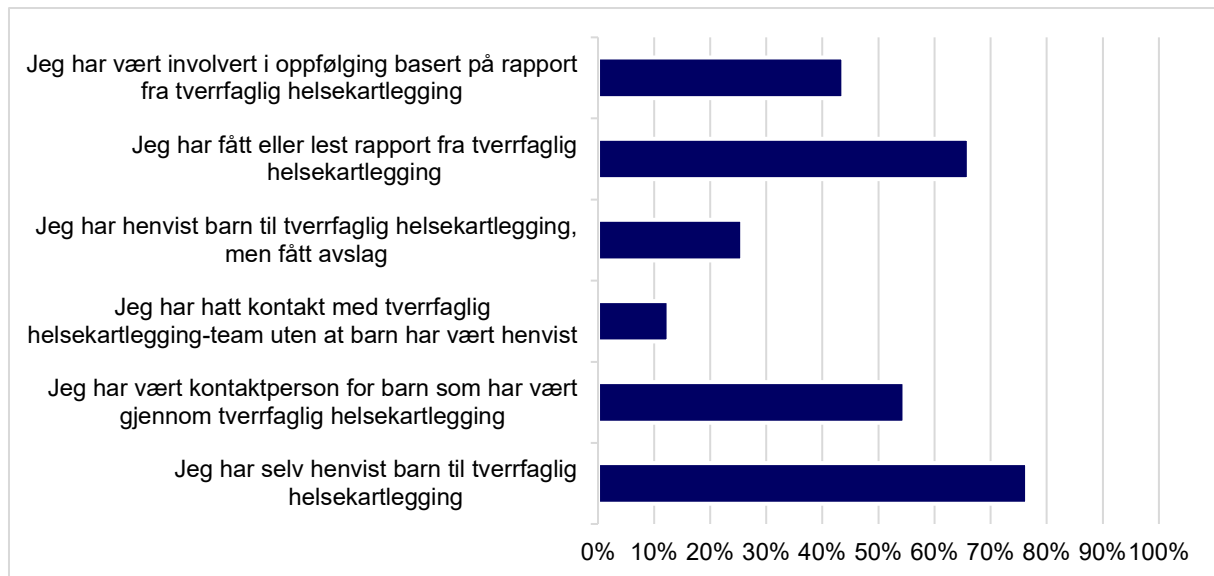
Figur 3: Lederes vurdering av andel ansatte som har vært involvert i THK-saker (N = 39).

Både ledere og ansatte ble spurt om erfaring med THK. Av 501 respondenter oppga 37 prosent direkte erfaring med henvisning eller oppfølging av barn der ordningen var brukt, 43 prosent kjennskap uten direkte erfaring, og 21 prosent verken erfaring eller kjennskap. Fordelingen er vist i figur 4.



Figur 4: Ansattes erfaring og kjennskap til THK (N = 501).

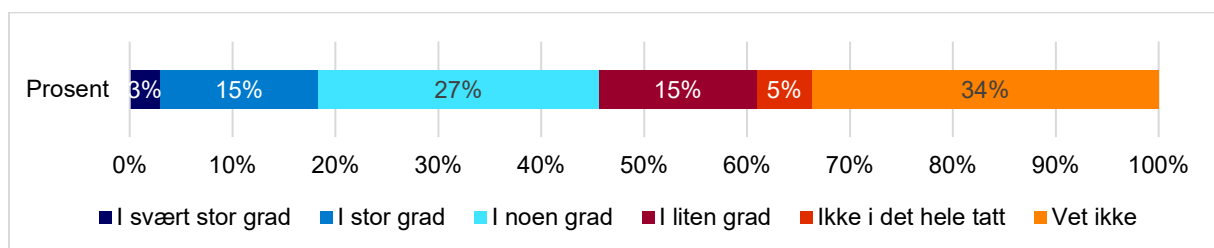
De følgende spørsmålene ble kun stilt til respondenter som oppga at de hadde direkte erfaring med henvisning eller oppfølging av saker hvor THK var gjennomført. Blant ansatte med direkte erfaring med THK (N = 183, figur 5) oppga 77 prosent at de selv hadde henvist barn til ordningen. Videre oppga 66 prosent at de hadde lest eller mottatt rapporten fra kartleggingen, og 55 prosent at de hadde vært kontaktperson for barn som hadde gjennomgått den. I tillegg oppga 44 prosent at de hadde deltatt i oppfølging basert på rapporten. Samtidig oppga 26 prosent at de hadde henvist barn uten å få tilbud om kartlegging, og 13 prosent at de hadde hatt kontakt med teamet uten at henvisning ble sendt.



Figur 5: Fordeling av typer erfaring med THK blant ansatte med erfaring (N = 183).

De seks påstandene beskriver ulike typer erfaring med THK i praksis. Selv om de henger tematisk sammen, måler de ikke én tydelig felles dimensjon. Tre spørsmål om kontaktpersonrolle, tilgang til rapport og oppfølging henger noe sammen, men ikke sterkt nok til å utgjøre en pålitelig skala (Cronbach's alpha = 0,65). Derfor er de ikke slått sammen.

Ansatte, både med og uten erfaring med THK, ble også spurt om i hvilken grad THK benyttes ved egen tjeneste (figur 6). Av 502 svar, oppga 3 prosent at ordningen ble brukt i svært stor grad og 15 prosent i stor grad. Videre oppga 27 prosent at den ble brukt i noen grad, mens 15 prosent oppga liten grad og 5 prosent at den ikke ble brukt i det hele tatt. Samtidig oppga 34 prosent at de ikke visste i hvilken grad ordningen ble brukt ved tjenesten. Respondenter som svarte at THK ble brukt i noen, stor eller svært stor grad ved egen tjeneste, fikk deretter oppfølgingsspørsmål om samarbeid, rapportbruk og erfaringer med hvordan THK påvirker arbeidshverdagen.



Figur 6: Ansattes vurdering av i hvilken grad THK benyttes ved egen tjeneste (N = 502).

I forlengelsen av vurderingen av i hvilken grad THK ble brukt i egen tjeneste, beskrev de ansatte hvorfor ordningen ble brukt i denne grad. Figur 7 viser fordelingen og frekvensen av temaer i 230 svar. Det mest fremtredende temaet var *opplevd faglig nytteverdi* som omfatter positive erfaringer og beskrivelser av THK. Gjennomgående beskrives det at THK bidrar til en mer helhetlig forståelse av barnets behov, styrker de ansattes vurdering og beslutningsgrunnlag, fører presise tiltak, samt at de gir en opplevelse av støtte i videre oppfølging og samarbeid. En ansatt uttrykte det slik:

Tverrfaglig helsekartlegging benyttes for å få en bredere og økt forståelse for barnets strev og styrker, slik at man best mulig kan koble på relevante instanser. Dette kan handle om veiledning til fosterhjemmet, informasjon til skolen og en forståelse av seg selv til barnet. Dette kan være i forkant av, eller tidlig etter flytting, ved at man ser økt utfordring i forbindelse med alder

(pubertet), eller uttrykk man ønsker å forstå bedre. Det er også et verktøy hvor man får litt utenforstående og nye tanker rundt barnet, som kan være bra med tanke på tettere samarbeid til skole/barnehage og deres oppfølging av barnet.

I temaet *organisatoriske rutiner og prioriteringer* peker de ansatte på interne forhold i tjenesten for hvorvidt THK blir tatt i bruk. Dette kan inkludere etablerte rutiner og forventinger i tjenesten for å vurdere tiltaket systematisk eller at tjenesten mangler en slik rutine, og at henvisning skjer tilfeldig eller personavhengig. Videre beskriver noen at de er i oppstartsfasen i å ta tiltaket i bruk, og dermed ikke har fått utviklet rutiner enda. Andre beskriver at selv om de kjenner eller tiltaket, blir det ikke vektlagt eller at de bruker tid på annen saksbehandling.

Tverrfaglig helsekartlegging vurderes i alle saker i min avdeling (fosterhjem). Særlig i forbindelse med flytting og barn som kommunen nylig har overtatt omsorgen.

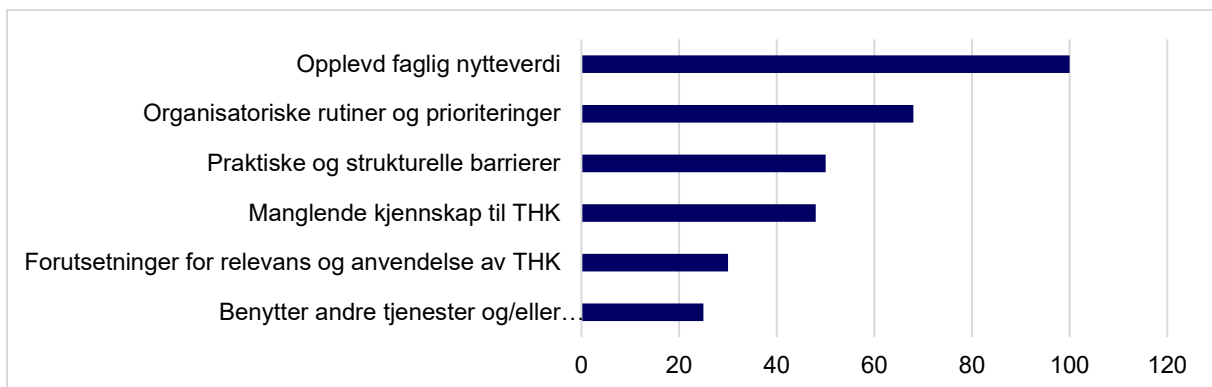
Videre omfatter temaet *praktiske og strukturelle barrierer* utsagn om ytre begrensninger og faktorer knyttet til systemnivå som påvirker muligheten til å gjennomføre tiltaket. Dette innebærer blant annet tidsbruk ved henvisning til THK og ventetid før kartleggingen, noe som kan påvirke hvorvidt det igangsettes en henvisningsprosess. Flere ansatte trakk også frem erfaringer med avslag på tidligere henvisninger, noe som skapte usikkerhet om når det var hensiktsmessig å henvise. En ansatt uttrykte det slik:

Vi har fått avslag på henvisninger, som får som følge at man blir mer forsiktig med å henvise nye.

Et annet gjennomgående tema var *manglende kjennskap til THK*. Temaet omfatter beskrivelser av at respondentene har for lite kjennskap til eller manglende erfaringer med THK, noe som påvirker tjenestens bruk av THK.

Jeg opplever at en vet for lite om det. Hvem kontakter man, hvem kan kartlegges osv.? Vi fikk en grei gjennomgang av hva det er, men det er lenge siden og har nok gått litt bort i alt annet.

Temaet *forutsetninger for relevans og anvendelse av THK*, inkluderer beskrivelser av variasjon i behov for tiltaket. Flere peker på at få plasseringer ved tjenesten gjør at THK i mindre grad er relevant. Samtidig påvirker individuelle forhold hos barnet eller ungdommen, som motivasjon for å delta og utfordringer med samtykke, om tiltaket faktisk tas i bruk.



Figur 7: Kan du si noe om hvorfor THK benyttes i denne graden ved ditt kontor? (N = 230). Åpne svar med tematisk koding. Flere kategorier per svar. Absolutte forekomster.

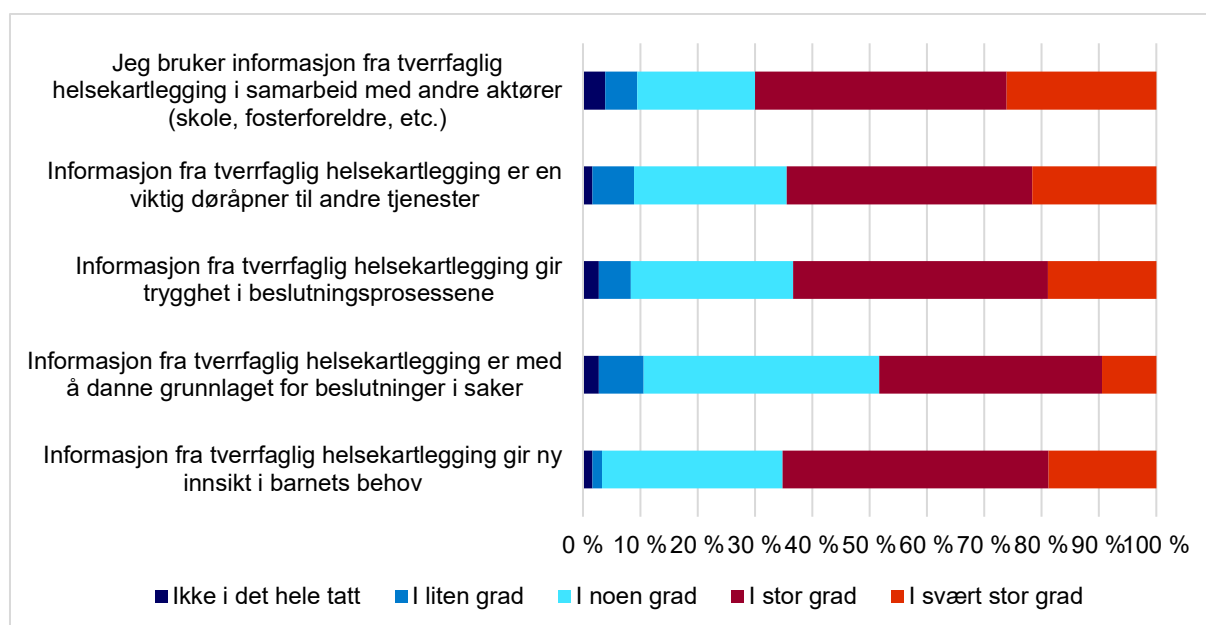
Det minst frekvente temaet, men som likevel er gjennomgående, er temaet *benytter andre tjenester og/ eller kartleggingsmetoder*. Temaet peker på at respondentene opplever avslag når

andre helsetjenester allerede er involvert, og at dette gjelder mange av sakene deres, noe som bidrar til færre henviser til THK.

3.2.2 THK som informasjonsgrunnlag i arbeidet med barnet

Dette delkapittelet bygger på svar fra ansatte som oppga direkte erfaring med THK gjennom henvisning eller oppfølging av saker hvor kartleggingen var gjennomført. Ansatte med direkte erfaring med THK ble bedt om å vurdere i hvilken grad informasjonen fra THK er nyttig i arbeidet (figur 8). Et flertall opplevde informasjonen som nyttig i noen eller stor grad på flere områder. Rundt to av tre oppga at informasjonen gir ny innsikt i barns behov, og omtrent like mange mener at den bidrar til å styrke beslutningsgrunnlaget i saker. Over halvparten opplever også at informasjonen gir økt trygghet i beslutningsprosessene.

Videre svarte mange at informasjonen er viktig for å tilpasse tjenestene til barnet, og at den er nyttig i samarbeidet med andre aktører, som skolen og fosterforeldrene. Samtidig er det også en andel som i liten grad, eller ikke i det hele tatt, opplever nytte av informasjonen, noe som peker på variasjon i hvordan THK brukes og oppleves i praksis.

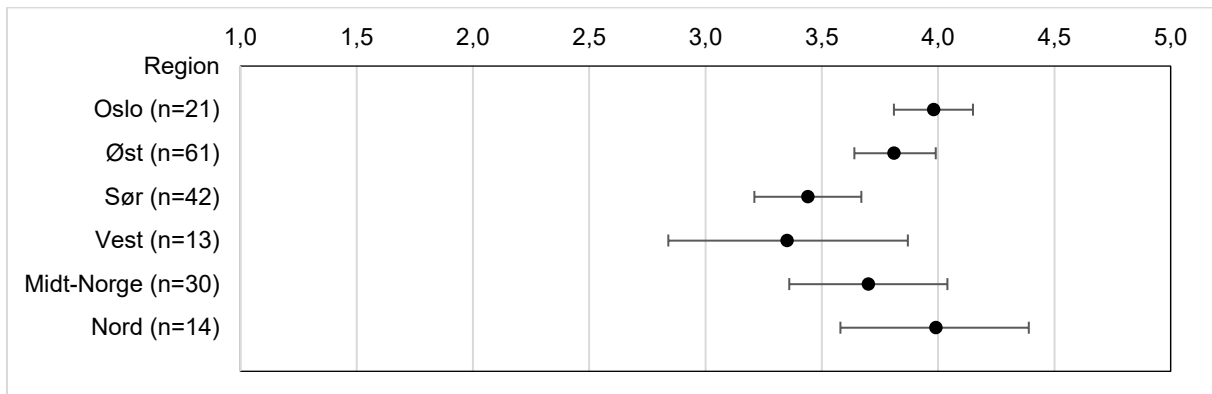


Figur 8: Ansattes vurdering av nytten av informasjon fra THK i arbeidet, på ulike områder. N = 181

For å undersøke om ansattes vurderinger av nytten av informasjon fra THK varierer mellom regioner og etter arbeidserfaring, konstruerte vi et samlet mål basert på fem påstander om opplevd nytte. Spørsmålene omhandlet blant annet hvorvidt informasjonen gir ny innsikt i barnets behov, styrker beslutningsgrunnlaget og bidrar i samarbeid med andre aktører. Analysen viste at spørsmålene har høy intern konsistens (Cronbach's alpha = 0,90). Dette tyder på at de i stor grad måler samme fenomen, og at de samlet kan tolkes som et mål på opplevd nytte av informasjon fra THK. Skalaen er basert på 181 observasjoner, og gjennomsnittsskåren er 3,71 på en skala fra 1 til 5, der høyere verdier uttrykker mer positive vurderinger. Dette tyder på at ansatte gjennomgående vurderer informasjonen fra THK som nyttig. Skalaen ble deretter brukt til å undersøke forskjeller mellom gruppene. Det var noe variasjon mellom regionene (figur 9).

Oslo og Nord lå blant de lavere, mens Sør og Øst lå noe høyere. Samtidig var konfidensintervallene i stor grad overlappende, noe som indikerer at forskjellene generelt er små og usikre. Et unntak var at Oslo hadde lavere gjennomsnittsskår enn Sør, uten overlapp i konfidensintervallene. Denne forskjellen var imidlertid ikke signifikant etter Tukey-justering og bør

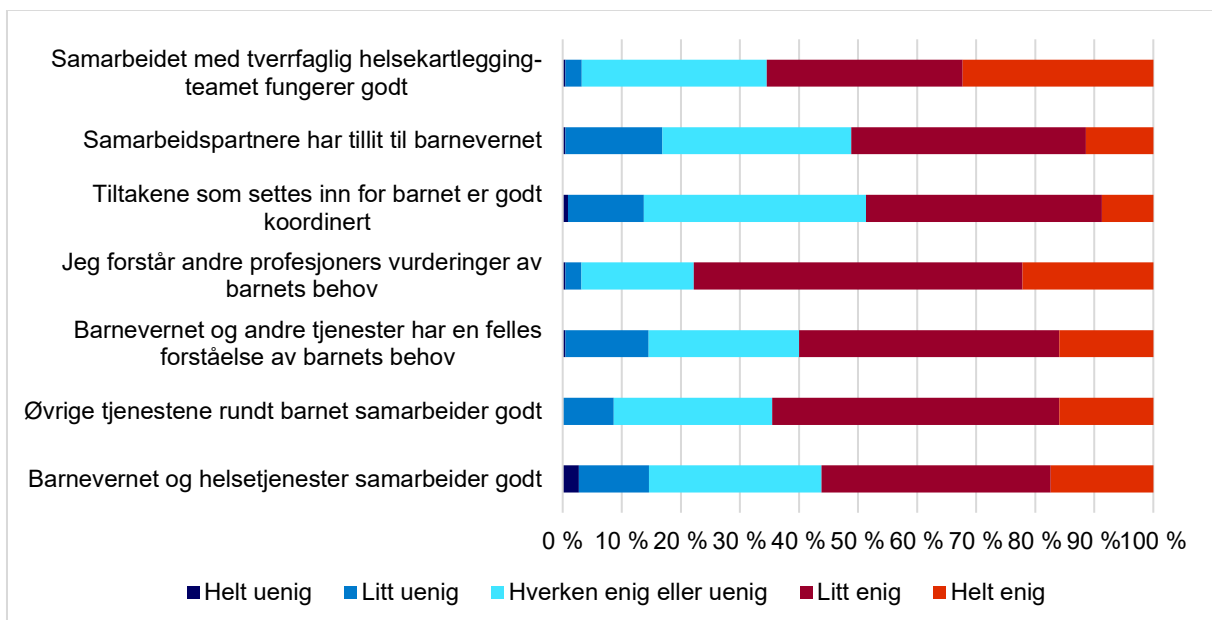
derfor tolkes med forsiktighet. Det ble heller ikke funnet statistisk signifikante forskjeller mellom ansatte med ulik arbeidserfaring.



Figur 9: Ansattes vurdering av nytten av informasjon fra THK, fordelt på region, gjennomsnitt med 95 % konfidensintervall.

3.2.3 Samarbeid og koordinering i saker med THK

Spørsmålene om samarbeid og koordinering ble stilt til respondenter som oppga at THK benyttes i noen, stor eller svært stor grad ved egen tjeneste. Figur 10 viser hvordan ansatte med direkte erfaring med THK vurderte samarbeid og koordinering i THK-saker. De fleste var enige i påstanden «Jeg forstår andre profesjoners vurderinger av barnets behov», og svært få var uenige. Mange var også enige i at samarbeidet med THK-teamet fungerte godt, at de øvrige tjenestene rundt barnet samarbeider godt, og at barnevernet og andre tjenester hadde en felles forståelse av barnets behov. For påstanden «Barnevernet og helsetjenester samarbeider godt» var litt over halvparten av respondentene enige. Lavest andel enighet gjaldt påstandene «Samarbeidspartnere har tillit til barnevernet» og «Tiltakene som settes inn for barnet er godt koordinert», der om lag halvparten var enige.

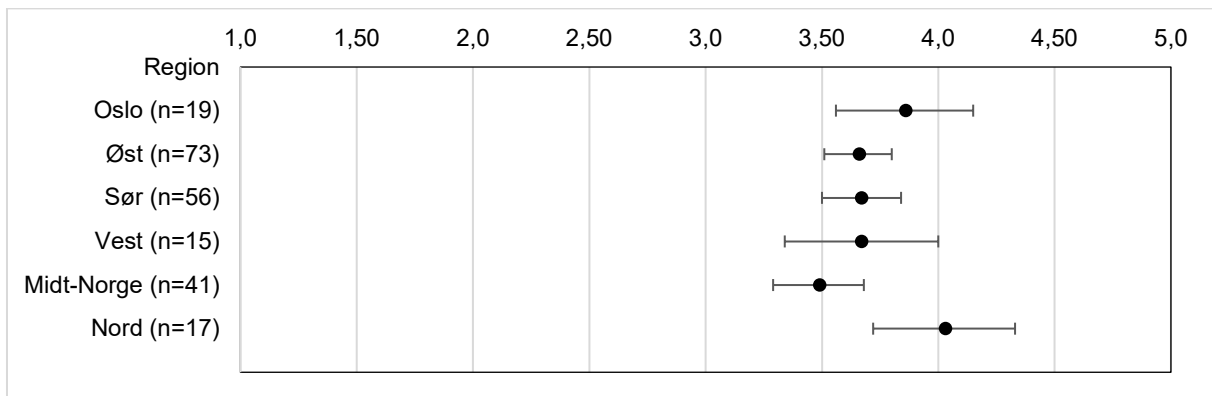


Figur 10: Ansattes vurderinger av samarbeid, koordinering og felles forståelse i THK-saker. N = 221

For å undersøke om vurderingene av samarbeid og koordinering varierer mellom ansatte med ulik arbeidserfaring og mellom regioner, konstruerte vi en samlet skala basert på de sju

påstandene vist i figur 10. Skalaen viste høy intern konsistens (Cronbach's alpha = 0,86), noe som tyder på at spørsmålene i stor grad fanger opp en felles dimensjon knyttet til opplevd samarbeid og koordinering i THK-saker. Gjennomsnittsskåren for skalaen var 3,67 på en skala fra 1 til 5, der høyere verdier uttrykker mer positive vurderinger. Dette tyder på at ansatte vurderer samarbeid og koordinering i saker med THK som relativt godt.

Når det gjelder regioner, var det noe variasjon i gjennomsnittsskårene (figur 11). Nord lå høyest, mens Midt-Norge lå lavest. I de ukorrigerende analysene var enkelte forskjeller signifikante, særlig mellom Nord og Midt-Norge. Etter justering for multiple sammenligninger med Tukey-korreksjon stod bare forskjellen mellom Nord og Midt-Norge igjen som statistisk signifikant. Den høyere skåren i Nord enn i Midt-Norge kan tyde på at ansatte i Nord gjennomgående opplever samarbeid og koordinering i THK-saker som bedre. Hva som konkret forklarer denne forskjellen, kan imidlertid ikke avgjøres på grunnlag av disse dataene, og funnet må derfor tolkes med varsomhet. For de øvrige regionene ble det ikke funnet signifikante forskjeller. Det ble ikke funnet statistisk signifikante forskjeller mellom ansatte med ulik arbeidserfaring, verken i den samlede analysen eller i de parvise sammenligningene etter Tukey-korreksjon. Deskriptivt lå ansatte med 16 år eller mer i barnevernet noe høyere enn gruppene med 4–7 år og 8–15 år, men forskjellene var små og usikre.



Figur 11: Ansattes vurdering av samarbeid og koordinering i THK-saker, fordelt på region, gjennomsnitt med 95 % konfidensintervall.

3.2.4 Opplevd betydning av THK for arbeidshverdagen

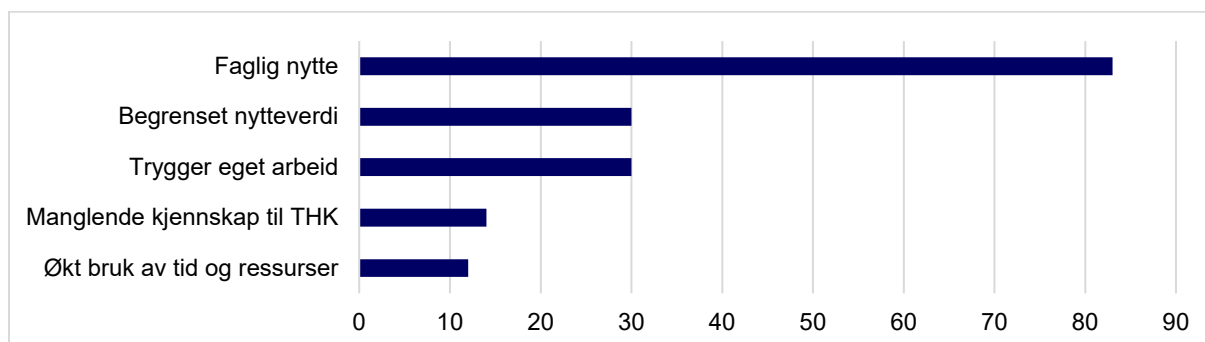
De åpne spørsmålene om hvordan THK påvirker arbeidshverdagen ble stilt til respondenter som oppga at THK benyttes i noen grad eller mer ved egen tjeneste. Ansatte beskrev i åpne svar hvordan THK påvirket det daglige arbeidet, og figur 12 viser hovedmønstrene i disse vurderingene. Det mest fremtredende temaet var den opplevde faglige nytteverdien. Dette omfatter beskrivelser av hvordan THK bidrar til lettere videre oppfølging, gir bedre informasjon om barnets helsebehov, tydeliggjør barnets utfordringsbilde og legger til rette for mer presise tiltak. Temaet trygghet i eget arbeid er også hyppig representert. Her kommer det frem at THK kan bidra til økt trygghet i eget arbeid, blant annet ved å styrke beslutningsgrunnlaget, gi en mer helhetlig forståelse av barnets behov og fungere som dokumentasjon, for eksempel i rettslige sammenhenger.

Tverrfaglig helsekartlegging har vært nyttig for å vurdere hvilket tiltak som kan settes inn. Gitt en større forståelse av barnets faktiske behov, og bidratt til å sette inn mer spesifikt tiltak/veiledning.

Samtidig fremkommer det temaer som peker på utfordringer knyttet til THK. *Begrenset nytteverdi* viser at enkelte opplever liten eller ingen innvirkning på eget arbeid, blant annet på grunn av

avslag, varierende kvalitet på rapportene eller at tiltaket oppleves som unødvendig. I tillegg viser temaet *økt bruk av tid og ressurser* at henvisningsprosessen for noen oppleves som tidkrevende, og at arbeidet ikke nødvendigvis kompenseres med bedre hjelp til barnet. Flere uttrykker at tiden det tar før barnet kommer til kartlegging kan være en belastning. En ansatt beskrev det slik:

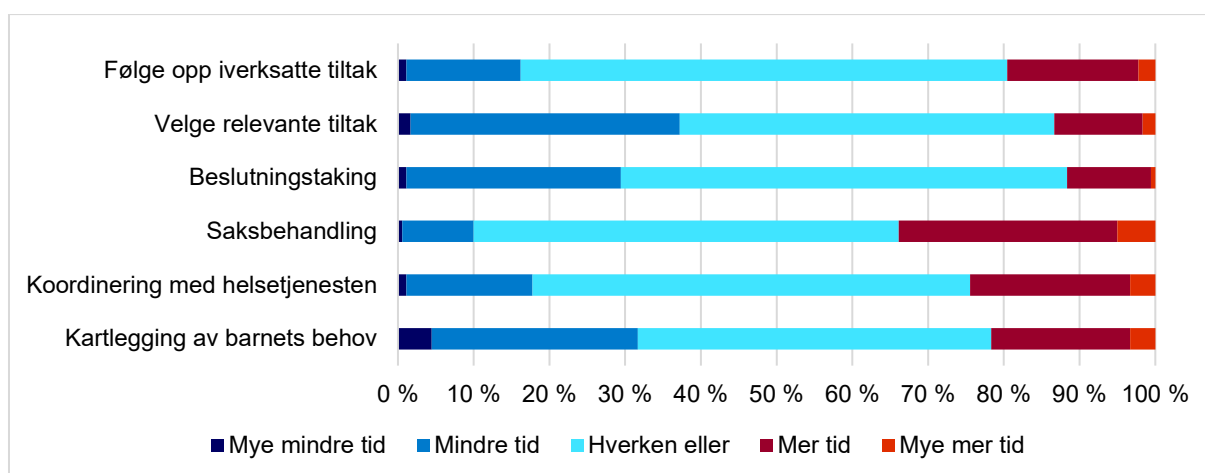
De organiserte modellene går ofte negativt utover arbeidet da de tar uforholdsmessig mye tid uten at de gir noe betydelig endring i tilbudet til barnet.



Figur 12: Opplevd innvirkning av THK på det daglige arbeidet (N = 135). Åpne svar med tematisk koding. Flere kategorier per svar. Absolutte forekomster.

3.2.5 Tidsbruk knyttet til THK

Spørsmålene om tidsbruk ble kun stilt til respondenter med direkte erfaring med THK. Figur 13 viser hvordan ansatte vurderer tidsbruk i ulike deler av arbeidet der THK er gjennomført. På tvers av oppgavene er «hverken eller» den vanligste svarkategorien, noe som tyder på at THK for mange ansatte i begrenset grad påvirker tidsbruken. Samtidig oppgir en relativt stor andel at kartlegging av barnets behov, valg av relevante tiltak og beslutningstaking tar mindre eller mye mindre tid enn tidligere. Når det gjelder saksbehandling, se vi en motsatt tendens, flere oppgir at arbeidet tar mer tid enn tidligere.



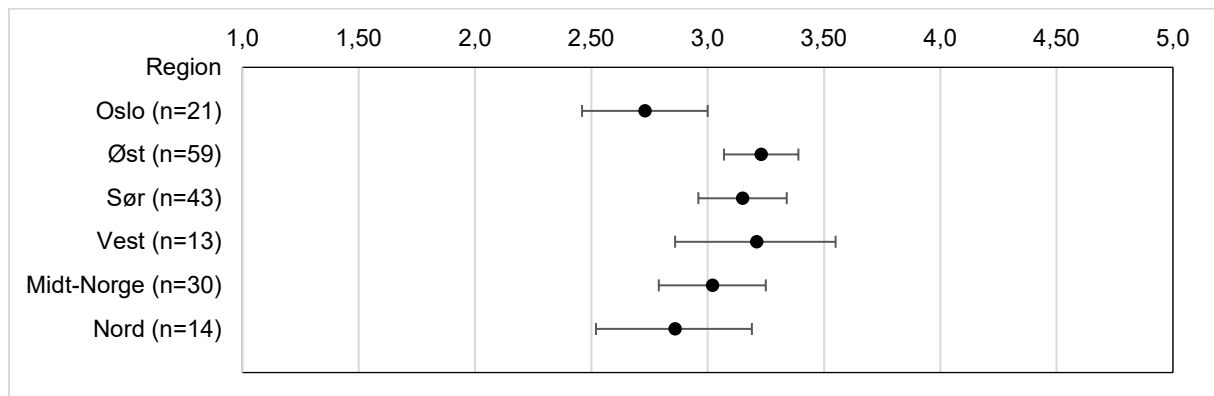
Figur 13: Ansattes vurderinger av tidsbruk i arbeidet med barnets sak ved bruk av THK. N = 180

For å kunne sammenligne hvordan ansatte med ulik arbeidserfaring og fra ulike regioner opplever tidsbruken knyttet til THK, konstruerte vi to separate skalaer. Den første skalaen omfatter forberedende og administrative oppgaver: kartlegging av barnets behov, koordinering med helsetjenesten og saksbehandling. Den andre skalaen omfatter beslutnings- og tiltaksrelaterte oppgaver: beslutningstaking, valg av relevante tiltak og oppfølging av iverksatte tiltak. Begge skalaene viste tilfredsstillende intern konsistens, med Cronbach's alpha på henholdsvis 0,77 og

0,80, og faktoranalysene tydet på at spørsmålene innenfor hver skala i hovedsak måler én felles dimensjon.

Gjennomsnittsskåren var 3,09 for skalaen for forberedende og administrative oppgaver og 2,87 for skalaen for beslutnings- og tiltaksrelaterte oppgaver, på en skala fra 1 til 5, der høyere verdier uttrykker at THK oppleves å medføre mer tidsbruk. Dette tyder på at THK oppleves å øke tidsbruken noe mer i forberedende og administrative oppgaver enn i beslutnings- og tiltaksrelaterte oppgaver.

For den første skalaen, som måler forberedende og administrative oppgaver, var det noe variasjon mellom regionene (figur 14). Ansatte i Øst og Vest hadde gjennomgående høyere skårer, mens Oslo og Nord lå lavere. Etter justering for multiple sammenligninger var forskjellen mellom Oslo og Øst den eneste som var statistisk signifikant, noe som indikerer mindre opplevd økning i tidsbruk i Oslo enn i Øst. For den andre skalaen, som måler beslutnings- og tiltaksrelaterte oppgaver, var variasjonen mellom regionene mindre, og vi fant ingen statistisk signifikante regionale forskjeller. Vi fant ikke statistisk signifikante forskjeller mellom ansatte med ulik arbeidserfaring for noen av de to skalaene. Dette tyder på at opplevd påvirkning på tidsbruk er relativt lik på tvers av regioner og ansiennitet.



Figur 14: Ansattes vurdering av tidsbruk knyttet til forberedende og administrative oppgaver ved THK, fordelt på region, gjennomsnitt med 95 % konfidensintervall.

Selv om de kvantitative analysene viser få regionale forskjeller, gir de åpne tekstsvarene et mer nyansert bilde av hvordan tidsbruken oppleves i praksis. Figur 15 viser fordelingen og frekvensen av temaene i disse svarene. Det mest fremtredende temaet dreide seg om *økt tidsbruk og økt belastning*. Dette omfatter flest beskrivelser av henvisningsprosessen og etterarbeidet, inkludert at det å sette seg inn i rapporten fra kartleggingen oppleves som tidskrevende. Flere nevner at arbeid som inngår i THK går på bekostning av andre arbeidsoppgaver. Andre trekker frem at det kan ta tid å formidle og bearbeide informasjonen sammen med ungdom som har gjennomgått en kartlegging. Samtidig ytrer noen at tidsbruken oppleves akseptabel dersom rapporten holder høy kvalitet og ny informasjon:

Det har tatt svært lang tid på å finne frem relevant dokumentasjon, og dersom noe må oversettes tar det lengre tid. Det er selvfølgelig viktig informasjon for kartleggingen, samtidig blir det mye av det samme. Det er bare en dobbelt bekreftelse på det som allerede er kjent, skrevet med andre ord. I slike tilfeller tar det svært mye av tiden jeg har, fremfor å være mer produktiv. I de tilfeller hvor det bringer frem mye nyttig og ny informasjon, er det selvfølgelig tidsbesparende.

Selv om flertallet opplever THK som tidskrevende, fremhever noen at den kan være tidsbesparende, både i eget arbeid og i samarbeid med andre instanser, noe som kommer frem i

temaet *tidsbesparelse og effektivisering*. Flere viser til at barnets behov tydeliggjøres raskere og at THK kan redusere behovet for å innhente tilsvarende informasjon fra andre kilder.

Jeg opplever ikke at tverrfaglig helsekartlegging har påvirket tidsbruken i noen negativ grad. Derimot har det bidratt i enkelte tilfeller til å gjøre at barnevernstjenesten har tydeliggjort barnets behov raskere, og at vi raskere landet på hvilke tiltak som skulle settes inn.

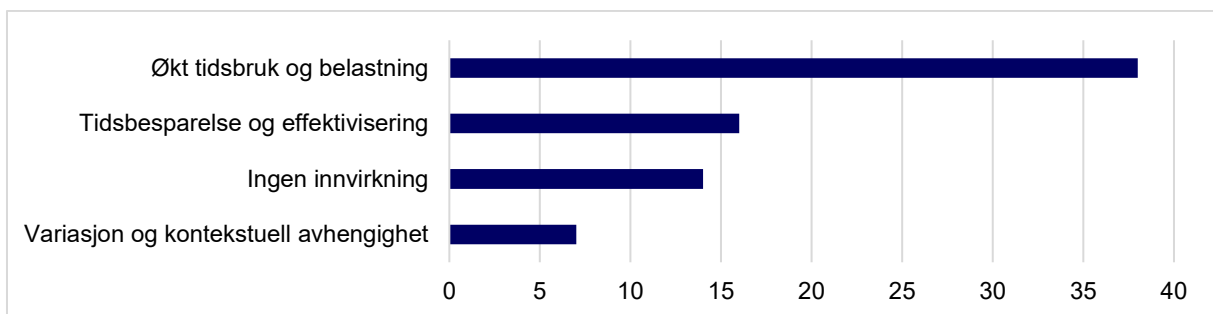
Temaet *ingen innvirkning*, viser at enkelte ansatte ikke opplever at THK påvirker tidsbruken deres i nevneverdig grad. Dette skyldes stort sett at de selv ikke jobber direkte med henvisning til THK eller oppfølging i saker hvor THK er gjennomført i deres avdeling.

Ettersom jeg jobber med hjelpetiltak, er jeg ikke involvert i like mange flyttinger som saksbehandlere, og kun unntaksvis jobber jeg med saker hvor tverrfaglig helsekartlegging er gjennomført.

Det minst frekvente temaet *variasjon og kontekstuell avhengighet* viser at tidsbruk knyttet til THK ikke er entydig. Noen informanter beskriver at tidsbruk kan være avhengig av kontekstuelle forhold rundt den enkelte sak, som for eksempel ungdommers situasjon, og motivasjon og situasjon. Andre trekker også frem utfordringer knyttet til innhenting av samtykke som en faktor som kan bidra til økt tidsbruk i enkelte saker.

Det kommer veldig an på saken. I noen saker gir det veldig nyttig informasjon, i andre saker gir det lite og er mye jobb.

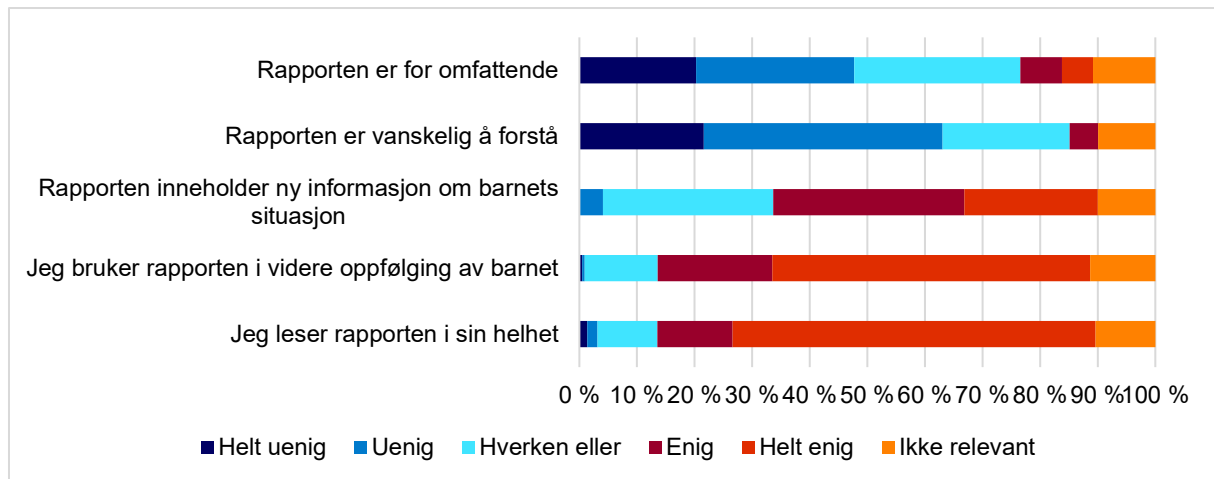
Samlet sett viser funnene knyttet til påvirket tidsbruk at en større andel av de ansatte opplever økt tidsbruk, sammenlignet med dem som opplever THK som tidsbesparende.



Figur 15: Er det noe du ønsker å dele om hvordan THK har påvirket tidsbruken din? (N=70). Åpne svar med tematisk koding. Flere kategorier per svar. Absolutte forekomster.

3.2.6 Bruk og vurdering av THK-rapporten

Spørsmålene om bruk og vurdering av THK-rapporten ble stilt til respondenter som oppga at THK benyttes i noen, stor eller svært stor grad ved egen tjeneste. Dette innebærer at ikke alle respondenter som fikk dette spørsmålet selv hadde direkte erfaring med rapporten. Figur 16 viser hvordan ansatte vurderer bruken og innholdet i rapporten fra THK.



Figur 16: Vurderinger av bruk og opplevelse av THK-rapporten. N = 222

Et stort flertall oppga at de leser rapporten i sin helhet og at de bruker den i den videre oppfølgingen av barnet. For begge disse påstandene svarte de fleste «enig» eller «helt enig». Når det gjelder innholdet i rapporten, oppga mange ansatte også at de var «enige» eller «helt enige» i at rapporten inneholder ny informasjon om barnets situasjon. Samtidig er det en del som svarer «hverken eller» på denne påstanden. For de negativt ladede påstandene om at rapporten er vanskelig å forstå og at rapporten er for omfattende, var det derimot flest som svarte «uenig» eller «helt uenig». En mindre andel svarte «enig» på disse påstandene. Figuren viste også at noen ansatte vurderer enkelte av påstandene som ikke relevante. Dette kan ses i sammenheng med at spørsmålet ble stilt til respondenter som tidligere hadde oppgitt at tjenesten benyttet THK i noen til stor grad. Det innebærer at ikke alle nødvendigvis hadde direkte erfaring med rapporten.

For å undersøke om spørsmålene om rapporten fra THK kunne forstås som ett samlet mål, ble svaralternativet «ikke relevant» kodet som manglende verdi, og de to negativt formulerte påstandene ble reversert slik at høyere skår på alle spørsmålene uttrykker en mer positiv vurdering av rapporten. En samlet skala bestående av alle fem spørsmålene viste tilfredsstillende intern konsistens (Cronbach's alpha = 0,76).

Faktoranalysen indikerte imidlertid at spørsmålene ikke utelukkende måler én felles dimensjon. Resultatene tydet på et mønster der spørsmålene om bruk og nytte av rapporten (å lese rapporten, bruke den i oppfølging og oppleve at den inneholder ny informasjon) hang tettere sammen, mens spørsmålene om rapportens forståelighet og omfang utgjorde en egen dimensjon. Dette støttes av resultatene vist i figur 16, hvor ansatte gjennomgående vurderer bruken av rapporten svært positivt, samtidig som vurderingene av innholdets tilgjengelighet er noe mer varierte.

På bakgrunn av dette ble det konstruert to separate mål. Det første målet omfatter bruk og nytte av rapporten (tre spørsmål) og viser tilfredsstillende intern konsistens (Cronbach's alpha = 0,76). Gjennomsnittsskåren for denne skalaen er 4,27 (N = 202), noe som indikerer at rapporten i stor grad leses, brukes og oppleves som nyttig i oppfølgingen av barnet.

Det andre målet omfatter rapportens forståelighet og omfang (to spørsmål). Sammenhengen mellom disse to spørsmålene er moderat (alpha = 0,68), og gjennomsnittsskåren er 3,72 (N = 200), noe som tyder på en mer moderat vurdering av hvor lett rapporten er å forstå og hvor omfattende den oppleves. Det ble ikke funnet statistisk signifikante forskjeller mellom regioner eller mellom ansatte med ulik arbeidserfaring for noen av de to målene.

De ansatte ble videre bedt om å dele erfaringene sine med rapporten fra THK i et åpent tekstfelt. Figur 17 viser fordelingen og frekvensen av sentrale temaer. Det mest fremtredende temaet handlet om *opplevd kvalitet på rapporten*. Et flertall av de ansatte med erfaring med rapporten oppga at den har god kvalitet og et godt faglig innhold. Mange beskrev rapporten som grundig, oversiktlig og forståelig, og pekte på at den inneholder gode vurderinger. Videre at den gir gode anbefalinger for barnets behov fremover. Det trekkes også frem gode erfaringer med at rapporten inneholder en egen del med brev til barnet. Noen pekte på at rapporten bekrefter kjent informasjon, hvor de oppgir at den derfor er av mindre nytte, mens andre oppgir at dette fører til trygghet da den bekrefter barnevernstjenestens foreliggende vurderinger. En av de ansatte beskriver rapporten slik:

Rapporten var oversiktlig, punktlig, presis og gav et godt realistisk bilde av barnet sammen med gode hypoteser for behov videre.

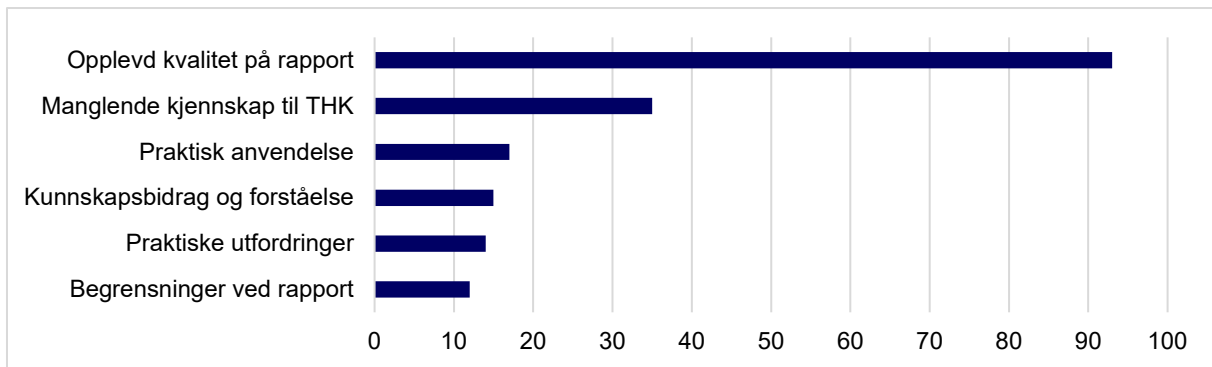
Det nest mest fremtredende temaet var *manglende kjennskap til THK* som inneholdt beskrivelser av mangel på kjennskap til eller erfaringer med rapporten eller THK generelt. Av dem som har erfaring med rapporten går mange av svarene ut på det som kan ordnes under temaene *praktisk anvendelse, kunnskapsbidrag og forståelse av barnet*. Her peker de også på at innholdet i rapporten bidrar til en mer helhetlig forståelse av barnets behov, særlig gjennom den tverrfaglige kompetansen i THK-teamet. De oppga også at vurderingene i rapporten bidrar til mer presis hjelp og/eller tiltak for barnet. Flere svarer at de bruker rapporten aktivt i eget arbeid videre og i møte med andre instanser/samarbeidspartnere eller familien, hvor noen beskriver at det oppleves som tidsbesparende. En ansatt beskriver sine erfaringer:

Jeg har brukt rapportene aktivt. Jeg har blant annet klipt ut de aktuelle områdene til aktuelle instanser eller videre jobb. Slik er rapporten brukt svært aktivt i det videre arbeidet.

Temaene *begrensninger og praktiske utfordringer* handler om at ansatte opplever det som tidskrevende å sette seg inn i rapporten fordi den er omfattende eller på grunn av en hektisk arbeidshverdag. Det fremkommer også delte erfaringer knyttet til forståelse av innholdet, da noen påpeker at det er behov for klarere språk i rapporten, mens de fleste, som nevnt over, oppgir at den er forståelig og tydelig. Flere mener at den er tilpasset barn/ungdom, mens noen mener at den kan være krevende å forstå for enkelte familier eller barn/ungdom. Noen peker på at det er mangler i rapporten og at kvaliteten/nytteverdien varierer, blant annet at det ikke fremkommer ny informasjon om barnets situasjon, eller at kvaliteten varierer fra rapport til rapport. En annen utfordring som påpekes, er erfaringer med lang ventetid på rapporten, slik en ansatt beskriver:

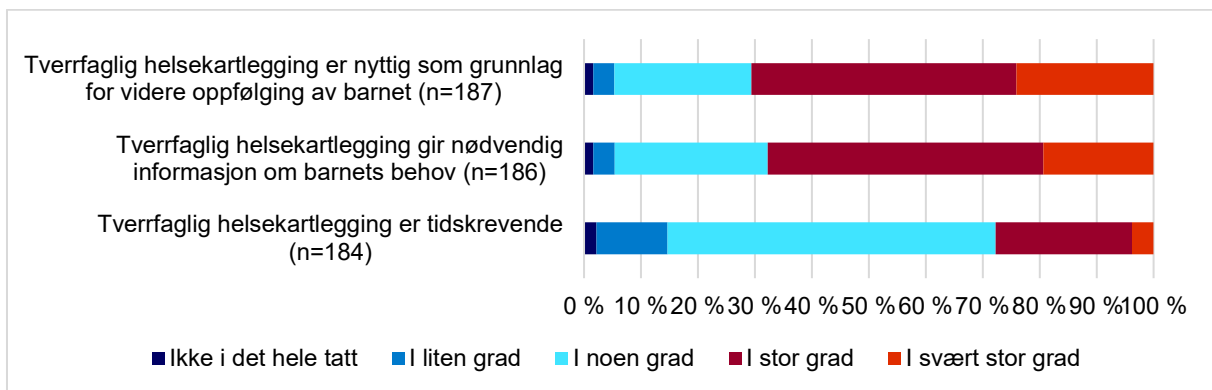
Det er viktig å sette av tid til å lese rapporten i helhet. Det kan være utfordrende i en hektisk arbeidshverdag, men jeg opplever at det er nyttig informasjon som kan lette arbeidsmengden på sikt. For eksempel ved at rapporten gir en pekepinn på hvilke instanser er hensiktsmessig å koble på.

Samlet sett er det stor overvekt av positive erfaringer blant dem som har erfaring med rapporten, hvor den faglige kvaliteten og nytten fremheves, samtidig som den brukes i videre arbeid med saken i barnevernstjenestene.



Figur 17: Kan du beskrive dine erfaringer med rapporten? (N=117).

Figur 18 viser hvordan respondenter som oppga kjennskap til THK, men ikke direkte erfaring med henvisning eller oppfølging av THK-saker, vurderte ulike sider ved ordningen. Disse spørsmålene ble kun vist til denne gruppen. Når det gjelder nytte, oppga et flertall at THK i «stor» eller «svært stor» grad gir nødvendig informasjon om barnets behov. Mange svarte også at kartleggingen i stor eller svært stor grad er nyttig som grunnlag for videre oppfølging av barnet. For påstanden om at THK er tidskrevende, svarte flest at dette gjelder i noen grad. Samtidig oppgir en del at kartleggingen er tidskrevende i stor grad, mens færre svarer at dette gjelder i liten grad eller ikke i det hele tatt.



Figur 18: Vurdering av tidsbruk, informasjon om barnets behov og nytte i videre oppfølging. N = 190

For å undersøke om spørsmålene om tverrfaglig helsekartlegging kunne forstås som et samlet mål, ble det først testet en skala bestående av tre spørsmål. Analysene viste at spørsmålet om hvorvidt tverrfaglig helsekartlegging er tidskrevende skilte seg tydelig fra de to øvrige spørsmålene, som handlet om nytte og relevans. På bakgrunn av dette ble «tidskrevende» analysert som en egen variabel, mens de to spørsmålene om nødvendig informasjon og nytte i videre oppfølging ble slått sammen til en todelt skala for opplevd nytte av THK. Denne skalaen viste svært høy intern konsistens (Cronbach's alpha = 0,92). Gjennomsnittsskåren var 3,84 (N = 187), noe som tyder på at respondentene gjennomgående vurderer THK som nyttig. Det var noen deskriptive forskjeller mellom regionene, men ingen av forskjellene var statistisk signifikante etter Tukey-korreksjon. Det ble heller ikke funnet signifikante forskjeller etter arbeidserfaring. Variabelen som målte hvor tidskrevende THK oppleves å være hadde et gjennomsnitt på 3,15 (N = 184), som tyder på at THK i noen grad oppleves som tidskrevende. Heller ikke her ble det funnet statistisk signifikante forskjeller mellom regioner eller etter arbeidserfaring.

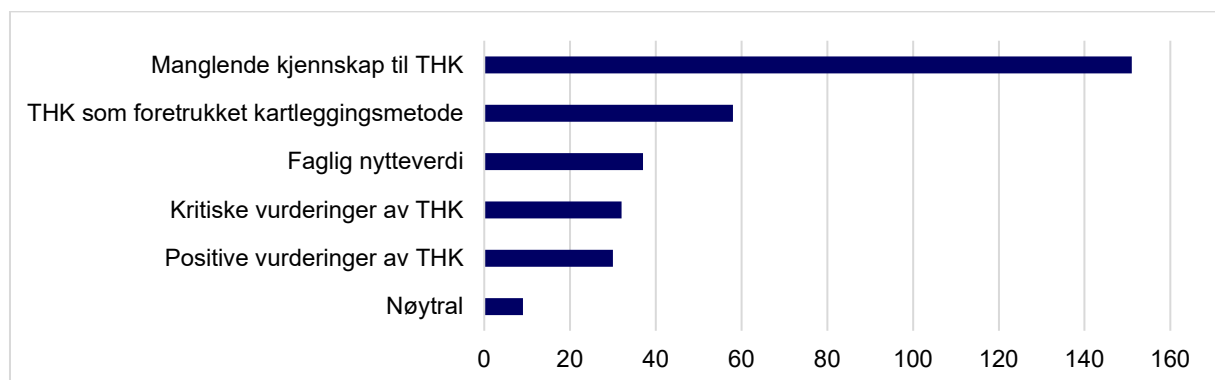
3.2.7 Ansattes vurderinger av THK sammenlignet med andre kartleggingsformer

Figur 19 viser fordelingen og frekvensen av temaer i åpne svar til spørsmålet om hvordan de ansatte vurderer THK sammenlignet med andre kartleggingsmetoder. Spørsmålet ble stilt til alle ansatte, både med og uten direkte erfaring med THK. En konsekvens av dette var at det mest gjennomgående temaet var manglende kjennskap til THK. Temaet viser til at mange har begrenset erfaring med THK, eller er usikre på hvordan THK skiller seg fra andre tilbud, som for eksempel nasjonalt forløp for barnevern. Det nest mest fremtredende temaet var *THK som foretrukket kartleggingsmetode*. Her blir gode erfaringer med THK løftet frem, sammen med eksplisitte ytringer om at THK er deres foretrukne kartleggingsmetode. En ansatt uttrykker seg på følgende måte:

Sammenlignet med nasjonalt forløp fører tverrfaglig helsekartlegging til en konkret dokumentert kartlegging.

Temaet *faglig nytteverdi* inkluderer beskrivelser av at THK bidrar til mer målrettede tiltak, økt innsikt i barnets samlede behov og et styrket grunnlag for faglige vurderinger og beslutninger. Videre trekkes det frem at rapporten anvendes aktivt i oppfølgingen, understøtter samarbeid med andre instanser og forenkler videre henvisning til helsetjenester. Slik beskrives dette av ansatte:

Min erfaring med tverrfaglig kartlegging, både fra piloten og i etterkant, er at dette er en relevant kartlegging og at den i mange tilfeller bidrar til at det settes inn mer treffsikker veiledning til fosterhjem og har positiv effekt på henvisninger til for eksempel BUP.



Figur 19: THK sammenlignet med andre kartleggingsmetoder (N = 292). Åpne svar med tematisk koding. Flere kategorier per svar. Absolutte forekomster.

Innen temaet *kritiske vurderinger av THK* fremkommer det skepsis til både kartleggingen og tilhørende prosedyrer. Dette kommer blant annet til uttrykk gjennom beskrivelser av økt tidsbruk, hvor enkelte opplever at arbeidet ikke står i forhold til nytten for barnet. Videre rapporteres det om frustrasjon knyttet til avslag på henvisninger og lang ventetid før kartlegging gjennomføres. Flere gir også uttrykk for at THK oppleves som et omfattende eller i noen tilfeller overflødig tiltak. I tillegg peker enkelte på at nasjonalt forløp oppleves som enklere å iverksette og omfatter flere barn. Et eksempel er:

Jeg har opplevd at når barna kommer til omsorg, får vi beskjed om at tverrfaglig helsekartlegging er overflødig, da det vil være nok informasjon i saken. Jeg har også opplevd at det er lang ventetid og at tiltak som blir foreslått av THK allerede er satt i gang.

Positive vurderinger av THK inkluderer beskrivelser av kartleggingens bredde, bruk av tverrfaglige og nøytrale team, samt at gjennomføringen på en dag og samling på ett sted oppleves som fordelaktige. Det siste temaet, *nøytral*, viser til at enkelte vurderer THK som

likeverdig med andre metoder, eller at nytteverdien av tiltaket varierer fra sak til sak. Dette sier en ansatt:

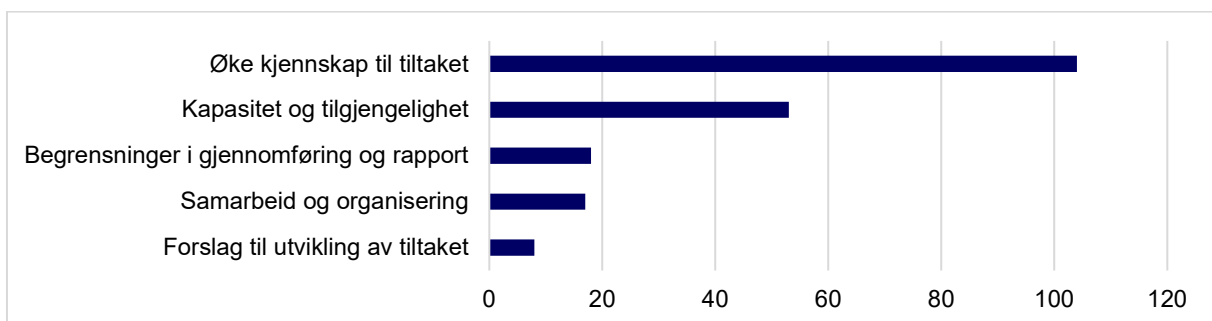
Det er helt avhengig av konkret sak. Treffer man riktig så fungerer det uavhengig av hvilke modeller eller metode.

Figur 20 og 21 viser frekvensen av temaer som henholdsvis kom frem i svarene på åpne spørsmål om noe kunne vært gjort *annerledes* i gjennomføringen av THK og om hva som har vært spesielt nyttig med THK som burde videreføres i fremtiden.

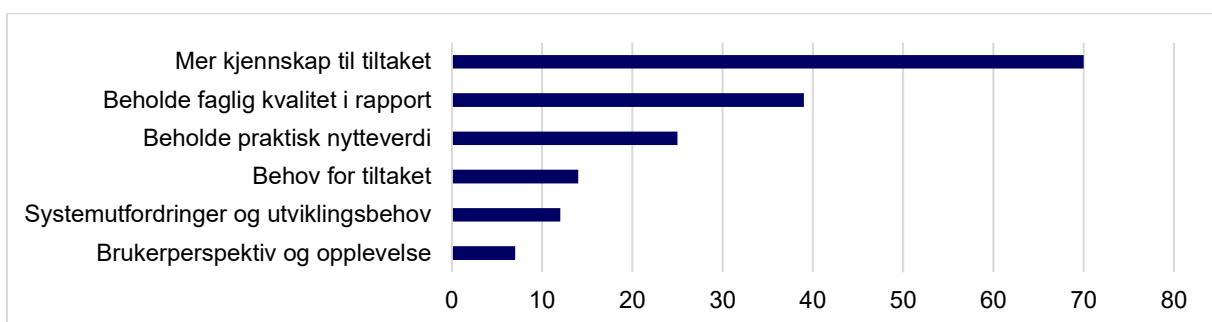
Temaene definert under disse spørsmålene er ikke gjensidig utelukkende, men mange av kodene og temaene er like eller ligner på hverandre. For eksempel handlet det mest fremtredende temaet i begge diagram om *behov for mer kjennskap til THK*. Det vil si at mange oppga at de ikke har eller har lite kjennskap til THK, og dermed ikke har grunnlag for å vurdere forslag til endringer eller hva som bør videreføres med THK. Mange opplever likevel et stort behov for THK og oppgir at de ønsker mer kjennskap til THK og hvordan det skal brukes. Slik uttrykker en ansatt seg:

Jeg trenger mer informasjon om hvordan THK settes i gang og hvem som utfører det.

Et frekvent tema under spørsmålet om forslaget til endringer var *kapasitet og tilgjengelighet*. Mange peker på at det er lang ventetid før THK iverksettes, at rapporten har lang ventetid, at de får avslag på henvisningen eller at det er lang reisevei til der kartleggingen skal gjennomføres.



Figur 20: Forslag til forbedringer i gjennomføringen av THK (N = 190). Åpne svar med tematisk koding. Flere kategorier per svar. Absolutte forekomster.



Figur 21: Hva oppleves som særlig nyttig ved THK? (N=147). Åpne svar med tematisk koding. Flere kategorier per svar. Absolutte forekomster.

Noen oppga også at det er tidkrevende å henvise, og at dette handler om at de må innhente mye informasjon fra andre instanser som skal legges ved henvisningen. Under temaene *forslag til utvikling*, *kapasitet og tilgjengelighet* (figur 20), og *systemutfordringer og utviklingsbehov* (figur 21) oppga flere ansatte at det er behov for bredere inklusjonskriterier i THK, da det er ønskelig at flere barn kan få kartleggingen, for eksempel dersom de ikke er plassert utenfor hjemmet, men der det foreligger en høy bekymring i saken. Ansatte beskriver det slik:

Det burde være et tilbud for flere barn, også barn som har tilbud om nasjonalt forløp.

Jeg kunne tenke meg en tverrfaglig helsekartlegging også på barn som bor hjemme, men som man har høy bekymring for eller som man har fremmet § 5-1 om.

Under temaet *begrensninger i gjennomføring og rapport*, samt *samarbeid og organisering* (figur 20) trakk mange frem at det er behov for mer struktur i samarbeidet mellom THK-team og barnevernstjenesten. Noen nevnte behov for tettere dialog eller behov for bedre rutiner og koordinering rundt bruken av THK. Videre at rapporten tidvis mangler informasjon fra barnets biologiske foreldre og/eller nettverk, som kan føre til mangel på et helhetlig bilde av barnets situasjon. Dette beskrives på følgende måte:

Involvering av biologiske foreldre da de ofte innehar mer kjennskap og mer informasjon om barnet enn Barnverntjenesten og fosterforeldrene. Det burde også være tettere dialog mellom de som gjennomfører kartleggingen og kontaktpersonen fra Barneverntjenesten som følger opp saken slik at de anbefalingene/ føringene som blir lagt er realistiske å gjennomføre.

Når de ansatte ble spurt om hva som bør videreføres, fremkom temaene: *beholde faglig kvalitet i rapport*, *behov for tiltaket* og *beholde praktisk nytteverdi*. Disse inkluderer beskrivelser som tydeliggjør at de ansatte har mange gode erfaringer med kartleggingen, tverrfagligheten og at THK fører til lettere arbeid med videre oppfølging. Respondentene peker igjen på at THK fører til mer presis hjelp til barnet. De positive kvalitetene med rapporten går igjen i svarene, som at den er grundig, inneholder gode vurderinger og gir anbefalinger for videre behov for barnet. Når det gjelder praktisk nytte, er det flere som peker på at kartleggingen gjennomføres effektivt og at dette er positivt for barna. En beskriver det slik:

Det som er nyttig for meg i mitt arbeid er at barnet blir ordentlig utredet og at det gis tydelige tilbakemeldinger på hva barnets behov er og beskrivelse av hva som barnet trenger for at det skal bli hensiktsmessig hjelp.

Det minst frekvente temaet under spørsmålet om videreføring som er definert er *brukerperspektiv og opplevelse*. Her peker også noen av svarene på at det er positivt at rapporten inneholder et eget brev til barna, samt at noen ansatte trekker frem at kartleggingen virker å oppleves positivt for barna og nye omsorgspersoner.

3.2.8 Oppsummering

Oppsummert tegner spørreundersøkelsen et bilde av at mange ansatte har kjennskap til THK, men at erfaringen med ordningen varierer. En betydelig andel av de ansatte har selv vært involvert i saker der THK er brukt, særlig gjennom henvisning av barn eller ved å lese og bruke rapportene i oppfølgingen av barnet. Samtidig oppgir mange at de ikke vet i hvilken grad ordningen benyttes ved egen tjeneste, og ledere rapporterer at det ved mange tjenester fortsatt er en relativt begrenset andel ansatte som har arbeidet direkte med slike saker.

Svarene tyder videre på at ansatte i mange tilfeller opplever informasjonen fra helsekartleggingen som nyttig i arbeidet. Flere oppgir at kartleggingen kan bidra til bedre forståelse av barnets behov, styrke beslutningsgrunnlaget og være et nyttig utgangspunkt for videre oppfølging. Mange oppgir også at de leser rapporten i sin helhet og bruker den i oppfølgingen av barnet. Samtidig viser svarene variasjon i hvordan THK oppleves i praksis, blant annet når det gjelder samarbeid mellom tjenester og hvordan arbeidet påvirker tidsbruk i ulike deler av saksbehandlingen. Enkelte ansatte peker også på at belastningen ved kartleggingen ikke alltid oppveies av nytten, særlig når tiltak allerede er igangsatt eller relevant informasjon foreligger.

Det ble generelt funnet små forskjeller mellom regioner og mellom ansatte med ulik arbeidserfaring. For de fleste analysene var forskjellene ikke statistisk signifikante. Et unntak gjaldt vurderinger av samarbeid og koordinering i THK-saker, hvor ansatte i region Nord gjennomgående rapporterte mer positive erfaringer enn ansatte i Midt-Norge. Det ble også funnet en signifikant forskjell mellom Oslo og Øst når det gjelder opplevd tidsbruk knyttet til forberedende og administrative oppgaver, der ansatte i Oslo rapporterte mindre økning i tidsbruk enn ansatte i Øst. For øvrige analyser ble det ikke funnet signifikante forskjeller mellom regioner eller etter arbeidserfaring.

Spørreundersøkelsen er designet for å belyse hvordan THK fungerer og oppleves i praksis for ansatte i barnevernet, for eksempel når det gjelder bruk av rapporten, samarbeid med andre tjenester og arbeidsprosesser i sakene. Enkelte spørsmål berører også hvilken nytte ansatte opplever at kartleggingen har, og nærmer seg dermed spørsmål om effekt. Det er imidlertid viktig å understreke at vurderinger av effekter ikke kan baseres på ansattes opplevelser alene. Hvilke effekter THK faktisk har for barna som omfattes av ordningen, vil bli undersøkt videre gjennom empiriske analyser av administrative registerdata og gjennomgang av barnevernsjournaler i den neste fasen av effektevalueringen. Disse resultatene vil først bli presentert i prosjektets sluttrapport.

4 Oppsummering og konklusjoner

Denne delrapporten inngår i OsloMets effektevaluering av THK. Rapporten presenterer funn fra kvalitative intervjuer med ledere og ansatte i barnevernstjenesten og nye omsorgspersoner inkludert fosterforeldre og avdelingsleder ved institusjon, og en spørreundersøkelse blant ledere og ansatte i barnevernet. Det er viktig å merke seg at dette er en delleveranse fra prosjektet og at sentrale effektanalyser basert på registerdata, barnevernsjournaler og triangulering av ulike datakilder først vil komme i prosjektets sluttrapport i 2027.

Formålet med rapporten er primært å belyse hvorvidt THK gir barnevernet tilstrekkelig informasjon om barnets helse, omsorgs- og hjelpebehov, men analyser av de kvalitative dataene belyser også om barn som gjennomgår THK mottar mer treffsikker hjelp og oppfølging enn andre barn i samme målgruppe. Analysen av intervjuene resulterte i fire overordnede temaer som belyser bruk og praktisering av THK i arbeidet rundt barn og unge:

- THK som et viktig støtteverktøy: Kartleggingen beskrives som et verktøy som bidrar til å samle, systematisere og legitimere informasjon om barnets behov.
- Begrensninger og kritiske perspektiver ved kartleggingen: Informantene peker blant annet på utfordringer knyttet til ressursbruk, belastning for barn og ungdom, samt oppfølging i etterkant av kartleggingen.
- Tjenester uten erfaring med THK: Intervjuene viser at barnevernets egne kartlegginger av helsebehov ofte blir nedprioritert i tjenester uten erfaring med THK.
- Variasjoner i hvordan THK praktiseres: Analysene viser betydelige forskjeller i praksis, blant annet når det gjelder henvisningsrutiner, tilgjengelighet, organisering og oppfølging etter kartlegging.

4.1 THK som informasjonsgrunnlag for barnets behov i barnevernstjenesten

Det mest sentrale spørsmålet i denne delen av evalueringen er som nevnt hvorvidt THK bidrar til at barnevernet får et tilstrekkelig informasjonsgrunnlag om barnets helse-, omsorgs- og hjelpebehov. Samlet sett tyder funnene på at THK i mange tilfeller styrker informasjonsgrunnlaget ved å samle, systematisere og tydeliggjøre eksisterende informasjon om barnet. Dette er i tråd med tidligere funn fra CARE-prosjektet (Myrvold et al., 2020), der kartleggingen bidro til et mer helhetlig kunnskapsgrunnlag og tydeliggjorde barnets behov.

Våre analyser tyder samtidig på at verdien av THK ikke nødvendigvis først og fremst ligger i å tilføre helt ny informasjon om barnet. De kvalitative intervjuene indikerer at kartleggingen i mange tilfeller i begrenset grad tilfører ny kunnskap, men i større grad bekrefter, systematiserer og konkretiserer barnevernstjenestens tidligere vurderinger. Dette innebærer ikke at kartleggingen er uten verdi. Tvert imot fremstår denne typen kunnskapsbidrag som betydningsfull, ettersom informasjonen får økt legitimitet når den er utarbeidet av et tverrfaglig, eksternt team. Samtidig antyder funnene at denne typen bekreftelse og systematisering kan ha betydning for videre oppfølging, blant annet ved at tydeligere og faglig forankrede vurderinger i større grad tas til følge av andre instanser. Dette er imidlertid spørsmål som vil bli nærmere belyst i sluttrapporten.

Samtidig gir resultatene fra spørreundersøkelsen et noe mer sammensatt bilde av i hvilken grad THK tilfører ny informasjon om barnets behov. Et flertall av ansatte oppgir at THK i noen eller stor grad gir ny innsikt i barnets behov og styrker beslutningsgrunnlaget i saken. Dette kan tyde på at THK i enkelte saker også tilfører ny informasjon, eller at systematisering og tydeliggjøring av

eksisterende informasjon i praksis oppleves som ny innsikt. Forskjellen mellom funnene fra intervjuene og spørreundersøkelsen kan forstås på flere måter. For det første kan det reflektere at spørreundersøkelsen i større grad undersøkte informasjonens nytteverdi, og at denne nytteverdien avhenger av hva som foreligger av informasjon i forkant. For det andre kan det reflektere ulike forståelser av hva som oppleves som «ny» kunnskap, enten det dreier seg om helt ny informasjon eller en ny måte å sammenstille og tolke eksisterende informasjon på. Dette kan tyde på kvaliteten ved THK ikke bare handler om hvorvidt informasjonen er ny, men om hvordan den brukes og oppleves i praksis. THK kan dermed oppleves som nyttig selv når den i begrenset grad tilfører helt ny informasjon. Forskjellene kan også henge sammen med at intervjuene og spørreundersøkelsen bygger på ulike utvalg, med ulike erfaringer og roller overfor barna det gjelder.

Resultatene viser også at erfaringene med THK varierer mellom ansatte. Noen opplever tiltaket som ressurskrevende, særlig knyttet til omfattende henvisningsrutiner, innhenting av dokumentasjon og arbeid med rapporten i etterkant. Andre opplever derimot at THK kan være tidsbesparende ved at det gir et tydeligere grunnlag for beslutninger, reduserer behovet for ytterligere utredning og forenkler samarbeidet med andre instanser. Spørreundersøkelsen viser også at ikke alle ansatte har direkte erfaring med ordningen, og at mange er usikre på hvor mye THK brukes ved egen tjeneste. Dette, sammen med funn fra intervjuene, peker på at implementeringen av THK varierer, blant annet når det gjelder henvisningsrutiner, ventetid, informasjonsflyt og oppfølging i etterkant. Slike variasjoner kan tyde på at THK ikke brukes helt likt på tvers av tjenester og at lokale forhold har betydning for hvordan ordningen fungerer i praksis.

I spørreundersøkelsen oppgir bare en tredjedel av de ansatte at de har direkte erfaring med THK, og en av fem oppgir at de har ingen kjennskap til THK. Det finnes imidlertid ingen tydelige føringer for hvor stor andel av ansatte i en barnevernstjeneste som forventes å være involvert i THK-saker eller ha kjennskap til kartleggingen. Andelen med kjennskap og erfaring vil antakelig avhenge av tjenestens størrelse, organisering, arbeidsdeling og hvor mange saker som er aktuelle for henvisning til THK. At erfaring med THK i mange tjenester ser ut til å være konsentrert hos et begrenset antall ansatte, trenger derfor ikke nødvendigvis å indikere svak implementering, men kan også reflektere at slike saker håndteres av bestemte team eller ansatte med særskilt ansvar. Samtidig kan variasjoner i erfaring og kjennskap til ordningen ha betydning for blant annet hvem som vurderes henvist til THK, hvordan kartleggingen følges opp i tjenesten, og i hvilken grad kunnskap og erfaringer fra THK blir delt og forankret i organisasjonen. I den videre utviklingen av THK kan det derfor være hensiktsmessig å ta stilling til hvilken grad av kjennskap og involvering som er ønskelig blant ansatte i barnevernstjenestene, herunder om målet er at ordningen primært skal håndteres av enkelte ansatte eller team, eller om det er ønskelig at flere ansatte over tid får erfaring med henvisning til og oppfølging av THK-saker.

4.2 THK sin betydning for treffsikker hjelp og oppfølging

Et annet sentralt forskningsspørsmål for denne delrapport er å belyse om barn som gjennomgår THK får mer treffsikker hjelp og oppfølging enn barn i samme målgruppe som ikke gjennomgår THK. I intervju med tjenester uten erfaring med THK fremkommer det at med mindre det er åpenbar grunn for oppfølging av helsetjeneste, at en helsekartlegging ofte blir nedprioritert. Samtidig er et gjennomgående funn er at betydningen av THK ikke bare avhenger av selve kartleggingen, men også av oppfølgingen i etterkant. Når rapporten brukes aktivt i samarbeidet mellom barnevern, helsetjenester, skole eller barnehage og nye omsorgspersoner og som grunnlag for videre henvisninger og valg av tiltak, oppleves kartleggingen som relevant. Når

oppfølgingen er svak eller uklar, reduseres nytteverdien. Dette er i tråd med erfaringene fra CARE-prosjektet (Myrvold et al., 2020), som viste at kartleggingen ga et godt grunnlag for å forstå barnets behov, men samtidig pekte på betydningen av at anbefalingene faktisk følges opp i tjenestene.

Spørreundersøkelsen indikerer også enkelte forskjeller mellom regioner, særlig når det gjelder opplevelser av samarbeid og koordinering. Selv om forskjellene er små og usikre, kan de tyde på at THK i noen regioner i større grad er integrert i eksisterende samarbeidsstrukturer enn i andre. Dette kan påvirke hvordan informasjonen fra kartleggingen omsettes i praksis, og dermed også hvilken betydning den får for oppfølgingen av barnet. Dersom mer integrerte regioner også viser bedre resultater, kan dette gi viktig kunnskap om betydningen av implementering, herunder faktorer som oppstartstidspunkt, erfaring og organisatorisk forankring.

I sum synliggjør også resultatene fra kvalitative intervjuer og åpne tekstsvar faglige problemstillinger. Blant annet reises spørsmål om hvorvidt en kortvarig kartlegging som THK gir tilstrekkelig grunnlag for å avdekke psykiske helseutfordringer og andre sensitive forhold hos barn og ungdom, ettersom ansatte i barnevernet sine erfaringer ofte tilsier at slik informasjon ofte deles gradvis i takt med at det etableres trygghet og tillit. Resultatene reiser også spørsmål om hvordan kartleggingen oppleves for barn og ungdom, spesielt i en sårbar livssituasjon, og om hvordan funnene formidles samt barnets forståelse av dette kan ha betydning for kartleggingens nytteverdi. Til slutt aktualiseres spørsmål om timing og ressursbruk, der nytten av kartleggingen må veies opp mot belastningen for barnet, særlig i saker hvor tiltak allerede er igangsatt på bakgrunn av eksisterende kunnskap.

Samlet peker disse problemstillingene på behovet for videre refleksjon rundt både gjennomføring og bruken av THK, og hvordan kartleggingen kan bidra til mer treffsikker hjelp og oppfølging. Ettersom dette er en delrapport, gir resultatene kun et foreløpig innblikk i hvorvidt THK kan bidra til mer treffsikker hjelp og oppfølging for barn i målgruppen. En mer omfattende vurdering av dette spørsmålet vil inngå i prosjektets sluttrapport i 2027, basert på analyser av registerdata og barnevernsjournaler.

4.3 Endringer i THK-modell

I Prop. 83 L (2024–2025) foreslås det en ny innretning av THK, med økt involvering av ordinære helse- og omsorgstjenester og en sterkere kobling mellom kartlegging og oppfølging. Funnene i denne rapporten peker på flere forhold som er relevante i lys av endringene som kommer, særlig betydningen av sammenheng mellom kartlegging og videre tiltak. Samtidig viser de åpne svarene i spørreundersøkelsen at ansatte fremhever enkelte kjerneelementer ved dagens modell som viktige å videreføre. Dette gjelder særlig den tverrfaglige tilnærmingen, bredden i kartleggingen og den faglige kvaliteten i rapportene, herunder tydelige vurderinger og konkrete anbefalinger for videre oppfølging. Flere peker også på verdien av at kartleggingen gjennomføres av et eksternt og uavhengig team, noe som bidrar til legitimitet i møte med andre tjenester.

Når det gjelder forbedringsområder for modellen, fremhever ansatte utfordringer knyttet til kapasitet og tilgjengelighet på THK, blant annet mht. ventetid, avslag på henvisninger og ressurskrevende henvisningsprosesser. Det fremkommer også behov for bedre kjennskap til ordningen og tydeligere struktur i samarbeidet mellom THK-team og barnevernstjenesten. Videre peker noen på manglende sammenheng mellom kartlegging og oppfølging, samt behov for at flere barn får tilgang til kartleggingen.

Det er viktig å understreke at denne rapporten evaluerer den opprinnelige modellen for THK slik den var organisert, implementert og praktisert i datainnsamlingsperioden (2024–2025).

Eventuelle endringer i organisering, innhold eller innretning av THK som er gjort i etterkant, inngår ikke i datagrunnlaget for evalueringen. Rapportens funn kan derfor ikke uten videre overføres til en revidert modell, og evalueringen gir ikke grunnlag for å vurdere hvordan en ny modell vil fungere i praksis eller hvilke resultater den eventuelt vil gi.

4.4 Metodediskusjon

Denne rapporten bygger på kvalitative intervjuer med ledere og ansatte i barnevernstjenesten og nye omsorgspersoner inkludert fosterforeldre og avdelingsleder ved institusjon og en spørreundersøkelse blant ansatte i barnevernstjenesten.

De kvalitative intervjuene gir dybdekunnskap om ansattes og nye omsorgspersoners erfaringer med THK, og innsikt i hvordan kartleggingen inngår i faglige vurderinger, samarbeid og beslutningsprosesser. Samtidig har denne tilnærmingen flere begrensninger. Utvalget av informanter er relativt lite og rekruttert gjennom nettverk og frivillig deltakelse, noe som kan ha påvirket hvilke erfaringer og perspektiver som kommer til uttrykk i materialet. Det er mulig at deltakere med særlig sterke opplevelser eller engasjement i temaet i større grad har valgt å delta slik at andre meninger og erfaringer i mindre grad blir belyst. Videre er datamaterialet basert på retrospektive beskrivelser, som kan være påvirket av selektiv hukommelse og etterrasjonalisering. To av intervjuene ble gjennomført fysisk, og de resterende digitalt. Digitale intervjuer kan gi større fleksibilitet og senke terskelen for deltakelse, men samtidig gjøre det vanskeligere å oppnå en like sterk relasjon mellom intervjuer og informant eller at viktige nonverbale signaler går tapt. Videre ble enkelte informanter intervjuet sammen, blant annet leder og avdelingsleder, samt to par fosterforeldre. Gruppeintervju kan gi rikere data gjennom dialog og felles refleksjon. Samtidig kan tilstedeværelse av andre påvirke hva informanten velger å dele. Særlig hierarkiske relasjoner, som mellom leder og avdelingsleder, kan føre til tilbakeholdenhet eller tilpasning av svarene som var aktuelt for et intervju. Intervjuene gir ellers god innsikt i hvordan aktørene forstår og fortolker THK, men gir ikke nødvendigvis nøyaktige data om hvordan praksis faktisk utspiller seg.

Spørreundersøkelsen gir et bredere bilde av ansattes erfaringer med THK, men har også metodiske svakheter. Undersøkelsen er basert på selvseleksjon, noe som innebærer usikkerhet knyttet til representativitet. Det er ikke mulig å nøyaktig beregne svarprosent eller vurdere systematiske forskjeller mellom individer som har deltatt og individer i målgruppa som ikke har deltatt. En viktig årsak til dette er at forskergruppen ikke hadde tilgang til e-postadresser eller komplette lister over ansatte og ledere i barnevernstjenestene. Undersøkelsen ble derfor distribuert via et overordnede ledd, uten oversikt over hvem som faktisk mottok invitasjonen. Dette innebærer at vi heller ikke har et klart definert utvalg å sammenligne respondentene med. Dersom vi hadde hatt en fullstendig utsendingsliste over alle i målgruppen, kombinert med aggregert informasjon om populasjonen, ville det vært mulig å beregne en eksakt svarprosent. Det ville også gitt grunnlag for å vurdere hvor representativt utvalget var på observerbare kjennetegn.

Videre er det viktig å understreke at spørreskjemaet var strukturert slik at kun respondenter som oppga kjennskap til THK fikk videre spørsmål om ordningen. Av totalt over 500 respondenter er det dermed under 200 som har besvart spørsmålene om THK. Nettoutvalget for statistiske analyser av variasjon i erfaringer er dermed ganske begrenset.

På tvers av begge datakildene er en sentral begrensning at de fanger opp opplevelser, vurderinger og praksisbeskrivelser fra ansatte og omsorgspersoner, men ikke faktiske utfall for barna. Det er heller ikke mulig, basert på disse dataene, å vurdere om informasjonen som dokumenteres gjennom THK er mer fullstendig eller treffsikker enn informasjon som kommer frem gjennom andre kartleggingsprosesser, eller å skille mellom hva som skyldes THK som tiltak og hva som skyldes andre forhold, som variasjon i tjenester, ressurser eller barnas behov. Dette innebærer at denne delrapporten i begrenset grad kan belyse de to øvrige forskningsspørsmålene, nemlig om THK fører til mer treffsikker hjelp og oppfølging, og om tiltaket bidrar til mer stabile omsorgsforløp.

En styrke ved evalueringensdesign er kombinasjonen av flere datakilder, som samlet kan belyse både hvordan tiltaket fungerer i praksis og hvilke effekter det kan ha. De videre analysene i prosjektet vil være nødvendige for å gi en mer helhetlig vurdering av hvorvidt THK virker etter hensikt, i tråd med oppdragets formål. Først når funn fra registerdata, journalgjennomgang og kvalitative analyser ses i sammenheng, vil det være mulig å vurdere i hvilken grad THK bidrar til bedre informasjonsgrunnlag, mer treffsikker oppfølging og mer stabile omsorgsforløp for barna. Dette vil, som nevnt, bli presentert i prosjektets sluttrapport.

Referanser

- Backe-Hansen, E. (Red.). (2014). *Barnevern i Norge 1990–2010: en longitudinell studie*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Barne- og familiedepartementet (BFD). (2024–2025). *Prop. 83 L (2024 – 2025) Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak) Endringer i barnevernsloven mv. (kvalitetsløftet i barnevernet)* Oslo. Hentet 2026-05-19 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/976228852269472191f886e5fb1b01a0/no/pdfs/prp202420250083000dddpdfs.pdf>
- Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). (2025). Tverrfaglig helsekartlegging. Hentet 2026-05-19 fra <https://www.bufdir.no/prosjekter/tverrfaglig-helsekartlegging/>
- Bland, J. M. & Altman, D. G. (1997). Statistics notes: Cronbach's alpha. *BMJ*, 314(7080), 572. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7080.572>
- Bliksvær, T., Åsheim, H., Andrews, T. M. & Pauksztat, B. (2025). *Nedgang i omsorgsovertakelser i barnevernet 2013–2022 - Delrapport 1: Utviklingstrekk og mulige sammenhenger*. Nordlandsforskning. Hentet 2026-05-19 fra <https://hdl.handle.net/11250/3185002>
- Bufdir. (2026). Omsorgsovertakelser. Hentet 2026-05-19 fra <https://www.bufdir.no/statistikk-og-analyse/barnevern/Omsorgsovertakelser/>
- Clarke, V. & Braun, V. (2017). Thematic analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 297-298. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262613>
- Costello, A. B. & Osborne, J. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*, 10(1), 1-9.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C. & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, 4(3), 272.
- Haune, M., Nissen, A., Christiansen, Ø., Myrvold, T. M., Ruud, T. & Heiervang, E. R. (2025a). Comprehensive health assessment for children in out-of-home care: An exploratory study of service needs and mental health in a Norwegian population. *Child Psychiatry & Human Development*, 56(4), 958-970.
- Haune, M., Nissen, A., Thapa, S., Myrvold, T. M., Christiansen, Ø. & Heiervang, E. R. (2025b). From health assessment to service use: Do children in out-of-home care receive recommended services? *Developmental Child Welfare*, 7(1), 3-21.
- Helsedirektoratet. (2024). Barnevern – tverrfaglig helsekartlegging: Nasjonal faglig retningslinje. Hentet 2026-05-19 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonal-faglig-retningslinje/barnevern--tverrfaglig-helsekartlegging-nasjonal-faglig-retningslinje-nasjonal-faglig-retningslinje>
- Lehmann, S., Havik, O. E., Havik, T. & Heiervang, E. R. (2013). Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 7(1), 39. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-39>
- Midway, S., Robertson, M., Flinn, S. & Kaller, M. (2020). Comparing multiple comparisons: practical guidance for choosing the best multiple comparisons test. *PeerJ*, 8, e10387.
- Myrvold, T. M., Christiansen, Ø., Monica, C. H., Sarfi, M., & Heiervang, E. R. (2020). *Evaluering av CARE-modellen: Tverrfaglig kartlegging av utsatte barns helse- og omsorgsbehov*. Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet. Hentet 2026-05-19 fra https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_pliktmonografi_000003768
- SSB. (2025). Barnevern. Hentet 2026-05-19 fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/barne-og-familievern/statistikk/barnevern>
- Tavakol, M. & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-65. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>

Vis, S. A., Holtan, A. & Thomas, N. (2012). Obstacles for child participation in care and protection cases—why Norwegian social workers find it difficult. *Child Abuse Review*, 21(1), 7-23.

Vedlegg 1: Intervjuguide for ansatt ved barnevernkontor

Introduksjon

Som en del av effektevalueringen av tverrfaglig helsekartlegging, ønsker vi å intervju deg som ansatt i barnevernet, som har erfaringer med bruk av THK. I intervjuet vil vi komme nærmere inn på hvordan THK blir brukt på deres kontor, hvordan barn blir involvert i denne prosessen, og om dine opplevde fordeler med THK og til slutt om mulige forbedringer. Det er viktig at du ikke gir direkte eller indirekte informasjon om barn du har erfaringer med, men svarer ut fra generelle overordnede erfaringer. Intervjuet blir tatt opp og transkribert. Dette vil brukes i rapporter og eventuelle vitenskapelige publikasjoner, men alt materiale vil anonymiseres slik at ingen vil kunne gjenkjenne deg eller din arbeidsplass.

Bakgrunnsspørsmål:

1. Vil du fortelle kort om din bakgrunn og utdanning?
 - Hvor lenge du har du jobbet her?
 - Hvor lenge har du jobbet i barnevernet generelt?
2. Hva er din rolle på kontoret?
 - Hvilke erfaringer har du med å jobbe rundt omsorgsovertagelser?

Erfaringer med THK

3. Når ble du først introdusert for THK?
4. Hvor lenge har du jobbet med THK?
5. Hvor mange tilfeller har du vært involvert i hvor THK har blitt anvendt?

Implementering av THK

6. Kan du beskrive hvilke rutiner dere følger ved THK?
7. Hvem blir prioritert til å henvises til THK?
 - Hvor lang tid tar det fra henvisning til gjennomføring av THK?
8. Har dere opplevd noe problematikk angående innhenting av samtykke?
 - *Hvis ja:* Hvem gjaldt dette? (*barnet/ foreldre/ nye omsorgspersoner*)
 - Hvordan håndterer dere manglende samtykke for henvisning til THK?
9. Har dere opplevd at THK-teamet har avslått noen henvisninger?
 - *Hvis ja:* hvilken begrunnelse fikk dere?

Involvering av barnet i THK

10. Kan dere beskrive hvordan barn blir involvert i prosessen av THK?
 - Hvilken informasjon om THK blir gitt til barna?
 - Hvem følger barna til THK?
11. Hvordan oppfatter dere barnas erfaringer av THK så langt?

Rapport fra THK

12. Hvor lang tid tar det før dere hører tilbake fra THK-teamet etter en kartlegging?
13. Hvordan blir rapporten fra THK-teamet anvendt videre hos dere?
 - Er budskapet er rapporten forståelig og praktisk anvendelig?
14. Opplever dere ny og utfyllende informasjon og/ eller informasjon som dere kjenner igjen?
 - Hvis dere får uventet informasjon etter THK – hva slags informasjon er dette?

- Får dere tilbakemeldinger der dere mener at viktig informasjon er oversett?
- 15. THK skal gi råd og anbefale barnevernskontoret, hvilke anbefalinger og råd fremkommer i en rapport fra THK?
 - Hvor konkrete er disse rådene?
- 16. Har du noen erfaring hvor rapporten fra THK har blitt brukt i nemnda eller i straffesaker?

Fordeler og utfordringer ved THK

- 17. Hva opplever du som fordelene og ulempene ved THK?

Forbedringsområder:

- 18. Har du noen tanker om hva som kunne forbedres med THK?
 - Hvordan samarbeidet mellom barnevernet og THK styrkes?
- 19. Hvordan ser du for deg at THK kan videreutvikles eller utvides i fremtiden?

Kjennskap til nasjonalt forløp

- 20. Har du kjennskap til nasjonalt forløp?

Avslutning

- 21. Er det noe vi ikke har spurt om i dag som du mener er viktig for å forstå hvordan THK fungerer i praksis?

Vedlegg 2: Intervjuguide til leder av barnevernskontor u/erfaring

Introduksjon

Som en del av effektevalueringen av tverrfaglig helsekartlegging, ønsker vi å intervju deg som leder barnevernstjeneste uten erfaringer med bruk av THK. I intervjuet vil vi komme spørre om organisering av kontoret deres, hvilken kjennskap deres kontor har med THK, og hvilken prosedyre dere følger rundt omsorgsovertakelse. Intervjuet blir tatt opp og transkribert. Dette vil brukes i rapporter og eventuelle vitenskapelige publikasjoner, men alt materiale vil behandles slik at ingen vil kunne gjenkjenne deg eller din arbeidsplass.

Bakgrunns spørsmål

1. Kan du starte med å fortelle litt om deg selv og din bakgrunn? Utdanning, ansiennitet.
 - Hvor lenge har du jobbet i din nåværende stilling?

Organisering av Kontoret

2. Kan du beskrive hvordan kontoret deres er organisert?
 - Er det spesialiserte team eller ansatte som jobber med omsorgsovertakelser, eller håndteres dette av samme saksbehandlere som andre saker?
 - *I så fall, hvor mange jobber med dette?*

Kjennskap til Tverrfaglig helsekartlegging

3. Er du kjent med tverrfaglig helsekartlegging?
 - Når ble du først introdusert for THK?
 - Hvilken informasjon fikk du og fra hvem?
4. Hvilke tanker har du rundt hvorvidt et tiltak som tverrfaglig helsekartlegging passer med deres ressurser og praksis?

Prosedyre for omsorgsovertakelse

5. Hvordan ser prosessen ut fra første bekymringsmelding til et eventuelt vedtak om omsorgsovertakelse?
 - *Blir andre instanser og fagpersoner involvert i prosessen?*
 - *Hvordan innhenter dere informasjon om barnas helse og omsorgsbehov?*

Kjennskap til nasjonalt forløp

6. Er du kjent med nasjonalt forløp for barnevern?

Avslutning

7. Er det noe vi ikke har spurt om i dag som du tenker vi bør ha spurt om?

Vedlegg 3: Intervjuguide til nye omsorgspersoner

Introduksjon

Som en del av effektevalueringen av tverrfaglig helsekartlegging, ønsker vi å intervju deg som fosterforelder til barn som har gjennomgått tverrfaglig helsekartlegging. I intervjuet vil vi komme inn på dine erfaringer med THK, hvilken informasjon du fikk før og etter THK og hvordan dere har brukt denne videre, om samhandling med barnevernstjenesten og andre aktører, og dine opplevde fordeler og ulemper med denne type kartlegging.

Intervjuet blir tatt opp og transkribert. Dette vil brukes i rapporter og eventuelle vitenskapelige publikasjoner, men alt materiale vil anonymiseres slik at ingen vil kunne gjenkjenne deg eller barnet. Det er viktig at du ikke gir direkte eller indirekte informasjon om barnet du har erfaringer med, men svarer ut fra generelle overordnede erfaringer. Prøv så langt det lar seg gjøre å ikke nevne navn, alder og bostedsnavn. Det går fint å nevne kjønn og aldersgruppe.

Bakgrunnsspørsmål til fosterforelder

1. Hvor lenge har du vært fosterforelder?
 - Hvilken type omsorg tilbyr du (fosterhjem eller beredskapshjem)?
 - Til hvor mange har du vært fosterforelder?
 - Har du andre barn?

Bakgrunnsspørsmål til ansatt på institusjon

2. Kan du fortelle litt om deg selv?
 - Hvor gammel er du?
 - Hvilken utdanningsbakgrunn har du?
 - Hvor lenge har du jobbet i din nåværende stilling?
 - Hvilke erfaringer har du fra tidligere stillinger?
3. Vil du beskrive institusjonen du jobber med nå?
 - Hvilke tiltak tilbys? (omsorg, atferd og rus)
 - Hvem er målgruppen til institusjonen? (barn eller/og ungdom)
 - Hva er kapasiteten til institusjonen med antall beboere?

Erfaring med THK

4. Når ble du først introdusert for THK?
 - Hvem introduserte deg til tverrfaglig helsekartlegging?
5. Hvilken erfaring har du med THK?
 - I så fall hvor lang tid det gikk fra barnet ble henvist til THK ble gjennomført?

Hvis ingen erfaring gå til Intervjuguide til nye omsorgspersoner uten erfaring med THK

Praktisk gjennomføring av THK

6. Hvilken informasjon fikk dere før kartleggingsdagen?
 - Hvilken informasjon fikk du?
 - Vet du hvilken informasjon barnet fikk?
7. Var du selv med på kartleggingsdagen?
 - *Hvis nei:* hvem var med?
 - *Hvis ja:* Vil du ta oss gjennom hva som skjedde i løpet av denne dagen?
 - *Hvordan opplevdes det å være med på denne dagen?*
 - *Hvordan tror du at barnet opplevde denne dagen?*
8. Hvor lang tid tok kartleggingen totalt sett?
 - Hvor lang reisetid var det til kartleggingsteamet?

- Hvor lenge foregikk kartleggingen?

Tiden etter THK

9. Hvilken informasjon fikk dere tilbake fra denne dagen?
 - Hvor lang tid gikk det fra THK ble gjennomført til dere fikk informasjon tilbake?
 - Hvem fikk du denne informasjonen av?
 - Opplevde du at informasjonen var lett å forstå? Hvorfor eller hvorfor ikke?
 - Kjente du deg igjen i denne informasjonen?
10. Hvordan har du brukt denne informasjonen videre?
 - Har informasjonen hjulpet deg i din rolle? Har du noen eksempler?
 - Har du opplevd at informasjonen har gitt deg konkrete råd eller tiltak du kunne følge opp i hverdagen?
 - Hvordan har informasjonen fra THK påvirket din opplevelse av å være fosterforelder?
11. Hvordan har informasjon fra THK påvirket samarbeidet med barnevernet eller andre tjenester (eks. skole, PPT, BUP)?
 - Hvordan opplevde du samarbeidet mellom deg og barnevernet?
 - Har tverrfaglig helsekartlegging gjort det lettere å samarbeide med andre tjenester?

Opplevde fordeler og ulemper

12. Hva opplever du som de største fordelene med THK?
13. Er det noe du opplever som utfordrende med THK?

Forslag til forbedring

14. Har du forslag til hvordan THK kunne utviklet seg i fremtiden?
15. Ville du anbefalt tverrfaglig helsekartlegging til andre nye omsorgspersoner?

Avslutning & oppsummering

16. Er det noe vi ikke har snakket om som du mener er viktig for å forstå hvordan tverrfaglig helsekartlegging fungerer for fosterforelder?

Vedlegg 4: Intervjuguide til nye omsorgspersoner uten erfaring med THK

Introduksjon

Som en del av effektevalueringen av tverrfaglig helsekartlegging, ønsker vi å intervju deg som fosterforelder til barn som ikke har gjennomgått en tverrfaglig helsekartlegging. I intervjuet vil vi komme inn på din kjennskap til THK.

Intervjuet blir tatt opp og transkribert. Dette vil brukes i rapporter og eventuelle vitenskapelige publikasjoner, men alt materiale vil anonymiseres slik at ingen vil kunne gjenkjenne deg eller barnet.

Det er viktig at du ikke gir direkte eller indirekte informasjon om barnet du har erfaringer med, men svarer ut fra generelle overordnede erfaringer. Prøv så langt det lar seg gjøre å ikke nevne navn, alder og bostedsnavn. Det går fint å nevne kjønn og aldersgruppe.

Bakgrunnsspørsmål til fosterforeldre

1. Hvor lenge har du vært fosterforelder?
 - Hvilken type omsorg tilbyr du (fosterhjem eller beredskapshjem)?
 - Hvor mange har du vært fosterforelder for?
 - Har du andre barn?

Bakgrunnsspørsmål til ansatt på institusjon

2. Kan du fortelle litt om deg selv?
 - Hvor gammel er du?
 - Hvilken utdanningsbakgrunn har du?
 - Hvor lenge har du jobbet i din nåværende stilling?
 - Hvilke erfaringer har du fra tidligere stillinger?
3. Vil du beskrive institusjonen du jobber med nå?
 - Hvilke tiltak tilbys? (omsorg, atferd og rus)
 - Hvem er målgruppen til institusjonen? (barn eller/og ungdom)
 - Hva er kapasiteten til institusjonen med antall beboere?

Kjennskap til THK

4. Har du noen kjennskap til tiltaket tverrfaglig helsekartlegging?
 - I så fall, hvem introduserte deg til tverrfaglig helsekartlegging?
 - Ble det sendt en henvisning til tverrfaglig helsekartlegging?
 - o Hvis ja: Fikk du noen tilbakemelding om hvorfor det ikke ble gjennomført en tverrfaglig helsekartlegging?

Informasjon om barnets behov ved omsorgsovertakelse

5. Hvilken informasjon fikk dere fra barneverntjenesten om barnets helse, omsorg og hjelpebehov da barnet flyttet inn hos dere?
6. Hvilket samarbeid har dere hatt med barneverntjenesten?
 - Hvordan har dere opplevd samarbeidet med barneverntjenesten når det gjelder å få oversikt over barnets helse, omsorg og hjelpebehov?
7. Hvordan har dere opplevd at barnets behov for helseoppfølging har blitt kartlagt og ivaretatt etter plasseringen?
8. Hva tenker dere kunne gjort det lettere å få oversikt over og dekke barnets behov i en slik situasjon?

Holdninger til THK

9. Hva tenker dere om et tiltak som tverrfaglig helsekartlegging?
10. Hvordan tror dere et slikt tiltak kunne påvirket deres mulighet til å få oversikt over og følge opp barnets behov?

Avslutning

11. Er det noe annet dere ønsker å legge til?

Arbeidsforskningsinstituttet AFI, OsloMet
AFI-rapport ISSN 2703-836X
www.oslomet.no/om/afi