

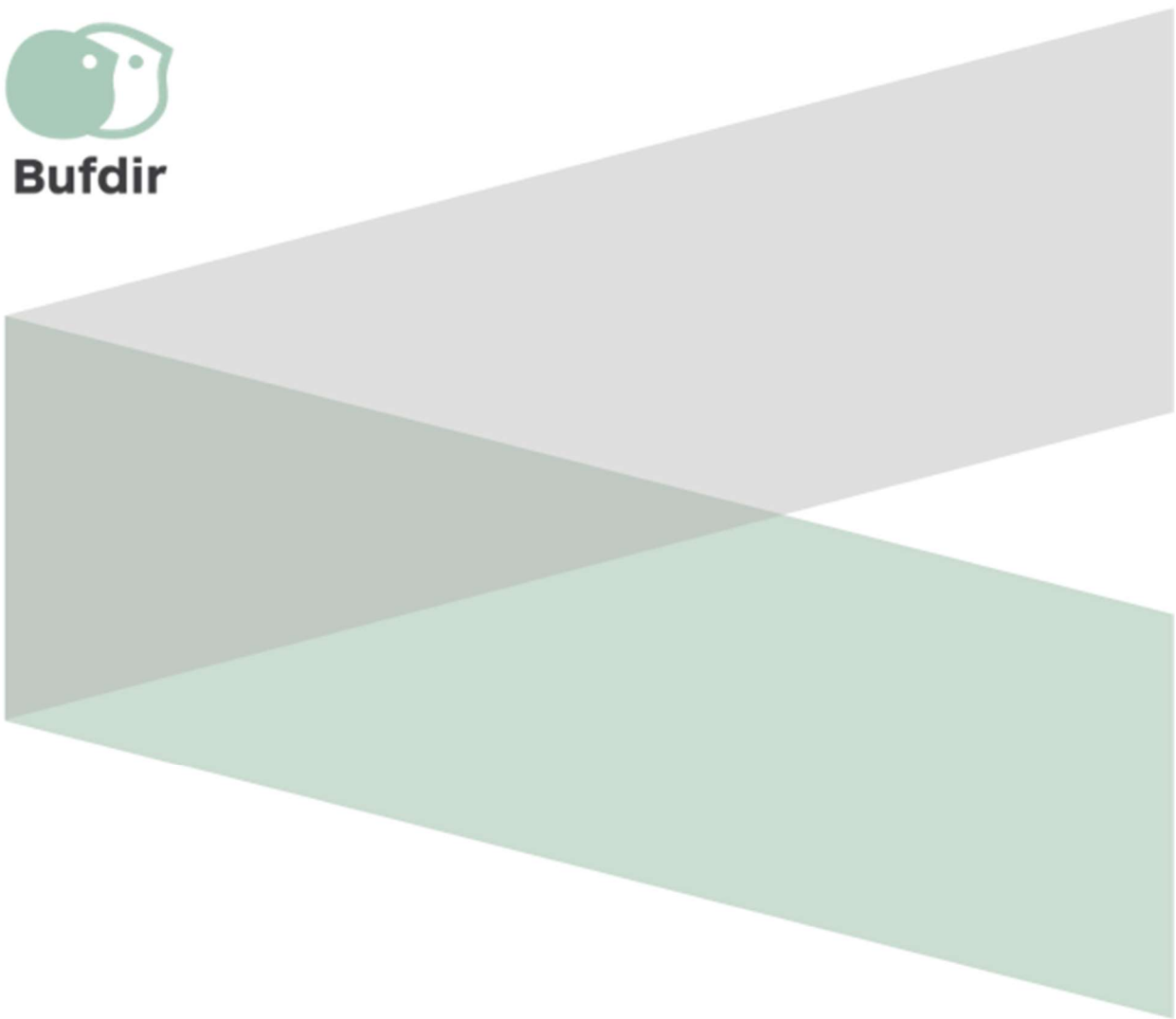
SLUTTRAPPORT FOR PROSJEKTET

ETABLERING OG UTPRØVING AV TVERRFAGLIG HELSEKARTLEGGING AV BARN I BARNEVERNET

Versjon 2.0



Bufdir



ENDRINGSLOGG

Versjon	Dato	Endring	Produsent	Godkjent av
0.1	28.2.22	Disposisjon behandlet i prosjektets styringsgruppe	Prosjektet	Styringsgruppen v/prosjekteier
0.3	19.4.22	Utkast på kapittel 1 og 2	Prosjektet	
0.5	28.4.22	Utkast på kapittel 3	Prosjektet	
0.75	11.5.22	Utkast på hele sluttrapporten klar til kvalitetssikring og redaksjonell gjennomgang	Prosjektet	
0.9	18.5.22	Utkast sendt på intern høring til Styringsgruppen, Prosjektkontoret og Prosjektgruppen, samt avdelingsdirektører for avdelingene barnerett, økonomi, virksomhetsstyring, plan og koordinering og tjenesteutvikling i Bufdir	Prosjektet	Prosjektleder
0.98	3.6.22	Innspill fra intern høring innarbeidet. Viktigste endringer er nytt kapittel 2.1 om hva tverrfaglig helsekartlegging er. Nytt kapittel 3.2.6 som beskriver mer detaljert de personvernrettslige vurderingene som er gjort og nytt kapittel 5.1.2 som viser til læring og erfaringer fra teamene knyttet til rekruttering og bemanning av team. I tillegg ligger visuelle oversikter av data som er samlet inn fra kartleggingene tilgjengelig i vedlegg 3.	Prosjektet	Prosjektleder
1.0	13.6.22	Endringer: ingen	Prosjektet	Styringsgruppen v/prosjekteier
1.1	20.6.22	Gjennomgått for å se på oppdateringsbehov til neste versjon		
1.8	26.8.22	Utkast sendt på intern innspillsrunde i prosjektet. Viktigste endringer: Utvidet datagrunnlag med data fra 70 kartlegginger, spørreundersøkelse til	Prosjektet	Prosjektleder

		saksbehandlere i kommuner, dybdeintervjuer med saksbehandlere i kommuner og samtaler med barn som har vært på tverrfaglig helsekartlegging. Nytt kapittel 6 – suksessfaktorer.		
1.9	9.9.22	Innarbeidet innspill fra intern innspillsrunde. Se egen innspillslogg for oversikt over endringer	Prosjektet	Prosjektleder
2.0	21.9.22	Endringer: Ingen	Prosjektet	Styringsgruppen v/prosjekteier

DISTRIBUSJONSLOGG

Versjon distribuert	Dato	Mottakere
0.5	28.4.22	Prosjektkontoret og prosjekteier
0.75	11.5.22	Prosjektkontoret og prosjekteier
0.9	18.5.22	Styringsgruppen, Prosjektkontoret og Prosjektgruppen, samt avdelingsdirektører for avdelingene barnerett, økonomi, virksomhetsstyring, plan og koordinering og tjenesteutvikling i Bufdir
0.98	3.6.22	Styringsgruppen, for behandling i styringsgruppemøte 13.6.2022.
1.0	13.6.22	Prosjektkontoret og prosjektgruppen
1.8	26.8.22	Prosjektets styringsgruppe, prosjektkontoret, prosjektgruppa med teamledere for de tverrfaglige teamene, divisjonsdirektører og avdelingsdirektører i Bufdir.
1.9	14.9.22	Styringsgruppen
2.0	21.9.22	Bufdir

FORORD

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har fått i oppdrag å etablere og prøve ut tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet. Dette er et banebrytende arbeid der barnevern og helsesektoren sammen jobber for å sikre at barnets helse- og hjelpebehov blir møtt, gjennom å etablere tverrfaglige kartleggingsteam som kartlegger barn som skal flyttes ut av hjemmet.

Prosjekt etablering og utprøving av tverrfaglig helsekartlegging for barn i barnevernet har som formål å samle kunnskap og erfaring om hvordan tverrfaglig helsekartlegging fungerer i praksis. Denne prosjektrapporten legger vekt på å vise fram denne kunnskapen, og drøfter erfaring og læringen rundt temaer som teametablering og organisering, tverrfaglig arbeid, styring og forankring, roller og verktøy, og behov for videre kunnskap og erfaringsinnhenting.

Denne oppdaterte versjonen av sluttrapporten inneholder et bredere datagrunnlag enn den første versjonen. Det har blitt gjort en stor innsats av de tverrfaglige kartleggingsteamene når det kommer til å registrere data fra kartleggingene og bidra med rekruttering av respondenter til intervjuer og samtaler, både saksbehandlere i kommunen og barn som har vært på kartlegging. Vi vet at dette arbeidet har kommet på toppen av hektisk og viktig arbeid med å gjennomføre kartlegginger av barn og ungdom. Uten denne ekstrainsatsen hadde ikke sluttrapporten kunnet gi et like bredt bilde av utprøvingen av tverrfaglig helsekartlegging, og prosjektet vil derfor rette en særlig takk til alle som har bistått i arbeidet med den ekstra datainnsamlingen.

For at dette tilbudet skal bli en suksess er det avgjørende at barnevernstjenesten i kommunene opplever rapporten og kartleggingen som nyttig og ikke som en unødvendig tilleggsbelastning for barna. På samme måte er det viktig at barna føler seg godt ivaretatt og får en positiv opplevelse. Selv om datagrunnlaget fortsatt er begrenset, tyder alt så langt på at vi i all hovedsak har fått til nettopp dette.

Læringen og vurderingene fra dette prosjektet vil inngå i grunnlaget for arbeidet med nasjonale anbefalinger om innhold og kompetanse i tverrfaglig helsekartlegging, og vil også være viktige inn i det videre arbeidet med etablering og skalering av tjenesten på sikt.

Vi takker for godt samarbeid med alle prosjektdeltakerne.

Oslo, 21.09.2022

Prosjekteier

Anders Helge Sunde
Bufdir

FORKORTELSER

BFD: Barne- og familiedepartementet

BFE: Barne- og familieetaten i Oslo

Bufdir: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet

Bufetat: Barne-, ungdoms- og familieetaten

BUP: Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

HDIR: Helsedirektoratet

HF: Helseforetak

HOD: Helse- og omsorgsdepartementet

NABE: Nasjonal enhet for behandlingstiltak

PHBU: Psykisk helsevern for barn og unge

RHF: Regionale helseforetak

THK: Tverrfaglig helsekartlegging

INNHold

Sammendrag.....	7
1 Om sluttrapporten	9
1.1 Formålet med sluttrapporten	9
1.2 Datagrunnlag og metode	9
2 Etablering av team og utprøving av tverrfaglig helsekartlegging	13
2.1 Hva er tverrfaglig helsekartlegging	13
2.2 Bakgrunn og formål med tverrfaglig helsekartlegging og utprøving av tjenesten	13
2.3 Rammer og føringer for utprøvingen	14
2.4 Roller, ansvar og organisering i utprøvingsprosjektet	16
2.5 Innhold i tilbudet i utprøvingen	19
2.6 Etablering av tverrfaglige team i regionene	21
3 Læring og erfaring fra etablering av team og utprøving av tverrfaglig helsekartlegging.....	30
3.1 Brukerperspektivet.....	30
3.2 Tjenesteperspektivet.....	37
4 Økonomiske og administrative forhold	60
4.1 Bemanning, kostnader til årsverk og øvrige driftskostnader	60
5 Vurdering av læring og erfaringer fra utprøvingsprosjektet.....	64
5.1 Etablering av team, ressurser, organisering og tverrfaglig arbeid	64
5.2 Innhold og gjennomføring av tverrfaglig helsekartlegging	75
5.3 Behov for videre kunnskap.....	79
6 Suksessfaktorer for videre implementering av tverrfaglig helsekartlegging.....	82
VEDLEGG.....	83
Vedlegg 1 – Data fra innsiktsworkshop med kartleggingsteamene	84
Vedlegg 2 – Innsikt fra workshop innenfor hvert tema	93
Vedlegg 3 – Dashbord med kartleggingsdata.....	98
Vedlegg 4 – Brukerreiser.....	105

SAMMENDRAG

Tverrfaglig helsekartlegging skal gi barnevernet tilstrekkelig informasjon om barnets hjelpe- og helsebehov slik at barn som flyttes ut av hjemmet får mer treffsikker hjelp og oppfølging. Tiltaket ble foreslått innført i Prop. 222 L (2020-2021). Stortinget behandlet lovforslaget i mars 2022 og vedtok innføring av tilbudet. Lovendringene trådte i kraft fra 1. juni 2022 med unntak av kommunenes plikt til å henvise. Allerede i august 2021 begynte Bufetat arbeidet med etablering av tverrfaglige team og utprøving av tilbudet. Arbeidet ble da besluttet organisert som et prosjekt. BFD understreket at utprøvingen skulle ligge så tett opp til innholdet i Prop. 222 L (2020-2021) som mulig, men selvsagt innenfor rammen av gjeldende rett i påvente av at lovendringene trådte i kraft.

Prosjektet er eid og ledet av Bufdir, med bidrag fra Helsedirektoratet, Bufetat region sør, Bufetat region øst og Horten kommune. Prosjektets styringsgruppe har representanter fra Helse Nord RHF, Helse Midt RHF, Helse Sør-Øst RHF, Bufetat region Sør, Bufetat region Nord og Midt, BFE i Oslo og Helsedirektoratet.

Til sammen har det i løpet av prosjektperioden vært fem operative kartleggingsteam. Kartleggingsteamene har i all hovedsak vært bemannet med ressurser fra Bufetat/BFE og helseforetak. I Bufetat har det vært to team i region Sør, ett team i region Midt og ett team i region Nord. I Oslo kommune har det vært ett team hos BFE. Det ene teamet i Sør var en videreføring av et tverrfaglig team fra det avsluttede CARE-prosjektet, og har beholdt sin opprinnelige bemanning.

Etablering av team har vært tidkrevende og blitt forsinket som følge av utfordringer med rekruttering og bemanning av obligatoriske roller, både fra Bufetat/BFE og helseforetakene. I tillegg har det vært behov for flere juridiske avklaringer blant annet knyttet til helsepersonells rolle og ansvar i helselovgivningen opp mot at tverrfaglig helsekartlegging reguleres av barnevernsloven og at helsepersonell skal ha en sakkyndigrolle som ikke utøver helsehjelp. Det har også oppstått spørsmål om arbeidsgiveransvar og helseforetakenes plikt til å stille helsepersonell til rådighet.

Alle teamene er nå i gang med gjennomføring av kartlegginger. Prosjektet har samlet læring og erfaring gjennom prosjektperioden. Det er gjennomført dybdeintervjuer med lederne av de tverrfaglige helsekartleggingsteamene, vedkommende i Bufetat som har hatt ansvaret for å etablere tilbudet i sin region og ledere i helseforetakene som har avgitt lege og psykolog til kartleggingsteamene. Prosjektet har sommeren 2022 intervjuet saksbehandlere i kommuner som har henvist barn til kartlegging, samt hatt samtaler med barn som har blitt kartlagt. Det er også gjennomført en anonymisert spørreundersøkelse blant relevante kommunale barneverntjenester om deres erfaringer med tilbudet. Prosjektet gjennomførte en innsiktsworkshop med alle kartleggingsteamene for å samle inn deres erfaringer i april 2022.

Erfaringene så langt sier mye om suksessfaktorer og utfordringer ved etablering av nye team. Tilbudet må forankres godt i styringslinjen til både BFD og HOD fordi det er behov for ressurser og faglige og juridiske avklaringer i begge styringslinjene. Dette peker på behov for en permanent ordning for tverretattlig samordning og styring av tilbudet. Prosjektet har også erfart at tiltaket ikke har vært tilstrekkelig kjent og forankret i spesialisthelsetjenesten blant de personene som skal avgi ressurser inn til kartleggingsteamene.

Kartleggingsteamene peker på flere aktiviteter som tar mye tid, og opplever at det ikke er satt av tilstrekkelig med ressurser. Dette gjelder blant annet tid brukt på innhenting av informasjon, forberedelser til kartlegging, rapportskriving og vitneførsel i nemnd. Det er for tidlig å konkludere entydig på om årsaken er knyttet til at

tilbudet fortsatt er nytt og at teamene fortsatt er i en oppstartsfase der ting ikke har gått seg helt til, eller om det reelt er behov for mer ressurser. Tilbakemeldingen fra teamene antyder at det er en kombinasjon. Erfaringene viser at teamene har løst bemanningen litt forskjellig. Kompetansesammensetning og bemanning av teamene vil i stor grad påvirke kostnadsnivået for drift av teamene. Krav til spesialisert kompetanse samt et krevende marked for rekruttering er naturlige kostnadsdrivere. Prosjektets erfaringer så langt viser at rekruttering og tilgang på riktig kompetanse fra både helseforetak og Bufetat/BFE er utfordrende, og forsinker arbeidet med etablering av nye team.

Tilbakemeldingene fra teamene er samstemt når det handler om at tverrfaglig arbeid er krevende og må trenes på fra start. Særlig gjelder dette når det skjer på tvers av sektorer og på nye fagområder. Ulik kultur, tilnærming og arbeidsform i helse og barnevern, gjør at teamene trenger tid til å bli kjent med hverandre og hverandres fagkompetanse, for å etablere nødvendig tillit, gjensidig respekt og takhøyde i teamene. Flere peker på teamleder som svært viktig for å lykkes med dette og for å sikre fremdrift i teamets arbeid.

Barna prosjektet har snakket med forteller at kartleggingsdagen var en god opplevelse for dem, og de forstår at teamet ønsker å hjelpe dem med å finne ut hva de trenger for å få det bedre. Dette bekreftes av omsorgspersoner og saksbehandlere i kommunene. Saksbehandlere i kommunene er overveiende positive til tiltaket og har stor nytte av rapporten de mottar. De ser stor verdi i å ha tett dialog med teamet, både før, underveis og ved overlevering av rapporten.

Det er fortsatt behov for mer kunnskap og innsikt om flere forhold for å kunne komme med godt begrunnede anbefalinger og for å vurdere om tverrfaglig helsekartlegging som tilbud faktisk bidrar til at barn og unges omsorg- og hjelpebehov blir bedre ivaretatt. Prosjektet anbefaler at tiltaket følgeevalueres for å kunne si noe om hvordan anbefalingene fra kartleggingsteamene blir fulgt opp av barnevernet, barnevernets erfaringer og vurderinger av tilbudet og om barn og unges vurdering av tilbudet.

1 OM SLUTTRAPPORTEN

1.1 Formålet med sluttrapporten

Sluttrapporten fra utprøvningsprosjektet for tverrfaglig helsekartlegging samler læring og erfaringer fra utprøvningsprosjektet som eies og ledes av Bufdir, med faglig bidrag fra Helsedirektoratet. Helsedirektoratet og Bufdir skal i et felles prosjekt utarbeide nasjonale anbefalinger som beskriver innholdet i tilbudet og hvilken kompetanse som er forventet i kartleggingsteamene. Erfaringene som er samlet i denne sluttrapporten skal sammen med forskning og annen evidensbasert kunnskap, inngå som grunnlag for utarbeidingen av nasjonale anbefalinger.

Sluttrapporten ble levert i en foreløpig versjon som ble behandlet av prosjektets styringsgruppe 13.06.2022. Denne versjonen inneholder mer data om kommunenes erfaringer med tverrfaglig helsekartlegging, erfaringer fra seks barn og ungdommer som har blitt kartlagt, og innsamlet data fra betydelig flere kartlegginger. Det er gjennomført intervju med ansvarlig for å etablere nye team i en Bufetat-region. Det er ikke gjennomført nye intervjuer med teamene og ledere i helseforetak, men rapporten har vært på intern høring hos teamene og styringsgruppen for å fange opp eventuelle vesentlige endringer.

1.2 Datagrunnlag og metode

Prosjektet har samlet innsikt og erfaringer gjennom datainnsamling fra 70 kartlegginger gjennomført av kartleggingsteamene, intervjuer med barn og unge, saksbehandlere i barnevernstjenesten, ledere i Bufetat og helseforetakene, spørreundersøkelse til saksbehandlere i barnevernstjenesten og innsiktsworkshop med kartleggingsteamene. I tillegg har rapporten vært på innspillsrunde blant annet hos ledere av de tverrfaglige kartleggingsteamene, prosjektkontoret og styringsgruppen, samt internt i Bufdir. Innspillene har bidratt til å nyansere og berike det øvrige datagrunnlaget.

Fram til 1. juni 2022 var det kun barnevernstjenesten som hadde hjemmel til å iverksette tverrfaglig helsekartlegging og behandle personopplysninger om barnet i forbindelse med kartleggingen. For at Bufetat skulle kunne gjennomføre helsekartlegginger måtte det derfor skje på vegne av barnevernstjenesten. Det forutsatte at kommunen inngikk en databehandleravtale og oppdragsavtale med Bufetat. Det er presisert i databehandleravtalen at Bufetat, som databehandler for barnevernstjenesten frem til 1. juni 2022, kan gi opplysninger fra kartleggingene til Bufdir i forskningsøyemed. Se punkt 3.2.7 Personvernrettslige problemstillinger i prosjektperioden.

Bufdirs innsamling og viderebehandling av dataene er hjemlet i GDPR artikkel 6 nr. 1 bokstav e, jf. personopplysningsloven § 8 og GDPR artikkel 9 (2) bokstav j, jf. personopplysningsloven § 9. Bufdir har gjennomført en personvernkonsekvensvurdering (DPIA) i forbindelse med helsekartleggingen, som tar for seg de vesentligste problemstillingene som aktivitetene krever. Dette omtales også nærmere i kapittel 3.2.7.

1.2.1 Beskrivelse av datagrunnlaget og metode for datainnsamlingen

Brukerreiser

Prosjektet utarbeidet høsten 2021 brukerreiser for å få innsikt i hva som er viktig for brukerne av tilbudet. Brukerreisene ble utarbeidet av en erfaren tjenstedesigner i samarbeid med prosjektet. Metoden tar utgangspunkt i at det lages noen «personas» som representerer typiske brukere av tjenesten. Deretter ble

fagpersoner som har erfaring med å jobbe med disse gruppene samlet i en workshop, der innsikt om hva som vil være viktig for de ulike brukergruppene deles og systematiseres. Grunnlaget for å lage «personasene» var intervju med to ungdommer på institusjon, en fagansvarlig på institusjon, to beredskapshjem og en ansatt i kommunalt barnevern. Respondentene samtykket til å bli intervjuet om tilbudet.

Ungdommene ble spurt om hva som ville være viktig for dem, dersom de skulle ha blitt helsekartlagt. Innsikten fra intervjuene utelater individualiserende kjennetegn jf. forvaltningsloven § 13 a nr. 2.

Brukerreisene er utarbeidet på bakgrunn av intervjuer med totalt seks respondenter, og gir ikke et bilde på “sannheten” - men det ga prosjektet nyttig innsikt om hva som vil være viktig å vektlegge i utarbeidelsen av tilbudet på et tidlig stadium i utprøvningsprosjektet. Brukerreisene er lagt til sluttrapporten i vedlegg 4.

Datainnsamling fra kartleggingsteamene

Fra kartleggingsteamene samles det inn data fra hver kartlegging. Teamleder eller en dedikert ressurs legger inn bakgrunnsinformasjon om barnet, som kjønn, på hvilket grunnlag barnet er plassert, nasjonalitet og morsmål i et datafangstark. Det registreres om barnet har noen eventuelle diagnoser, og hvilke kartleggingsverktøy som er brukt i kartleggingen. Teamet registrerer også hvilke anbefalinger de gir til barnevernstjenesten for videre oppfølging av barnet, samt barnets og omsorgspersonens vurdering av hvordan dagen har vært. Dataene utelater individualiserende kjennetegn jf. forvaltningsloven § 13 a nr. 2, slik at verken navn, bosted eller andre opplysninger som gjør det mulig å identifisere barnet framgår.

Datainnsamlingen fra kartleggingsteamene er innhentet i tidsrommet mellom august 2021 til august 2022. Dataene er innsamlet ved bruk av MS Excel, og leder i hvert kartleggingsteam har hatt ansvar for at dataene registreres. Det gjøres oppmerksom på at det foreligger skjevheter i datainnsamlingen. Noen av teamene kom raskt i gang med kartlegginger, og har dermed flere observasjoner som inngår i erfaringsgrunnlaget.

En mulig feilkilde i datainnsamlingen er at dataene er registrert feil i datafangstarket i form av feiltasting eller feil avkryssing. En annen mulig feilkilde er at samme observasjon er registrert to ganger. For å minimere denne risikoen bes det i datafangstarket om å oppgi saksnummer som brukes som en unik identifikator i datasettet. Det er likevel mulig at den samme observasjonen er registrert to ganger dersom registrerer i en av tilfellene har tastet feil i saksnummer. For å minimere risikoen for feil inntasting består det meste av datainnsamlingen av forhåndsdefinerte variabler og nedtrekksmenyer.

Dybdeintervjuer

Prosjektet har gjennomført dybdeintervjuer med følgende grupper:

- Lederne av de tverrfaglige helsekartleggingsteamene
- Vedkommende i Bufetat som har hatt ansvaret for å etablere tilbudet i sin region
- Saksbehandler ved Enhet for inntak i en av regionene
- Ledere i helseforetakene som har avgitt lege og psykolog til kartleggingsteamene
- Saksbehandlere i kommunal barnevernstjeneste
- Barn som har vært på tverrfaglig helsekartlegging

Intervjuene har hatt en åpen og utforskende tilnærming med mål om å få innsikt i vedkommendes refleksjoner, erfaringer og forslag til videreutvikling av tilbudet. Intervjuene omfatter ikke personopplysninger om det enkelte barn som er kartlagt.

Intervjuer med saksbehandlere i kommunal barnevernstjeneste

Prosjektet besluttet å gjennomføre intervjuer med saksbehandlere i kommunal barnevernstjeneste som har henvist barn/unge til tverrfaglig helsekartlegging. Intervjuene ble gjennomført som semi-strukturerte med en intervjuguide. I oppsummeringene fra intervjuene omtales ingen individualiserende kjennetegn om saksbehandler, og det er kun dokumentert hvilken Bufetat-region kommunen hvor saksbehandler jobber tilhører. Saksbehandlerne ble bedt om å ikke oppgi identifiserende informasjon om barnet/ungdommen de har henvist til tverrfaglig helsekartlegging. Intervjuene samlet inn saksbehandlerne erfaringer og meninger om tilbudet, inkludert henvisningsprosessen, informasjonsinnsamlingen og kartleggingsrapporten. Saksbehandlerne ble også invitert til å dele andre synspunkter og ønsker for fremtidig utvikling av tilbudet.

Samtaler med barn/ungdom som har vært på tverrfaglig helsekartlegging

Formålet med samtalene har vært å samle erfaringer fra barn og unge som har gjennomført tverrfaglig helsekartlegging. Målet har vært å høre barnets stemme i evalueringen og utviklingen av tverrfaglig helsekartlegging. Intervjuene med barna er gjennomført av psykologspesialist Ingvild Sørum Rasch-Olsen. Det er en utfordring at utvalget av barn som prosjektet har snakket med er svært lite, og de er rekruttert gjennom teamene og kommunene. Det kan derfor ha oppstått en skjevhet i utvalget.

Innsiktsworkshop med kartleggingsteamene

Prosjektet har gjennomført en innsiktsworkshop med teammedlemmene for å samle deres læring og erfaringer. Workshopen ble gjennomført på en fysisk samling, og til sammen var det over 30 personer fra kartleggingsteamene til stede. Deltakerne ble inndelt i grupper basert på rolle i det tverrfaglige kartleggingsteamet, i alt fem grupper:

- Teamledere
- Psykologer (fra Bufetat/BFE og PHBU)
- Barnevernsfaglige
- Leger
- Sykepleiere

Før gruppearbeidet startet fikk alle utdelt et spørreskjema hvor de fikk reflektere individuelt over hvilke erfaringer de har gjort seg, hva de opplever har fungert og hva de mener bør forbedres fremover. Deretter fikk gruppene i oppgave å tenke gjennom de tre fasene i kartleggingsarbeidet: Før kartleggingsdagen, under kartlegging (på selve kartleggingsdagen) og etter kartlegging. For hver av fasene skulle gruppen først reflektere rundt egne erfaringer om hvordan arbeidet i de ulike fasene har fungert og hva de har lært om gjennomføring av tverrfaglige helsekartlegginger. Basert på erfaringene og læringen, skulle gruppen så peke på anbefalinger til hvordan dette kunne vært løst. Avslutningsvis skulle hver gruppe trekke frem tre viktigste anbefalingene sett fra deres ståsted.

Deltakelsen i arbeidet var frivillig, og alle ble i forkant av deltakelsen informert om at deres refleksjoner og vurderinger ville inngå som en del av grunnlaget for sluttrapporten.

Spørreundersøkelse til saksbehandlere i kommunal barnevernstjeneste

Prosjektet har gjennomført en elektronisk spørreundersøkelse blant saksbehandlere i barnevernstjenesten i kommuner som har hatt mulighet til å henvise barn og ungdommer til tverrfaglig helsekartlegging i utprøvingsperioden. Formålet var å få innsikt i deres kjennskap til tilbudet og erfaringer de har fått. Undersøkelsen ble gjennomført som en åpen undersøkelse, som sikret respondentens anonymitet. Respondentene ble oppfordret til å ikke oppgi identifiserende informasjon om seg selv, barn de har vært saksbehandlere for eller barnas omsorgspersoner. I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å svare på spørsmål som søkte etter å fange opp erfaringer knyttet til kjennskap til tilbudet, erfaringer med henvisninger til tverrfaglig helsekartlegging, og erfaringer knyttet til å motta en kartleggingsrapport.

2 ETABLERING AV TEAM OG UTPRØVING AV TVERRFAGLIG HELSEKARTLEGGING

2.1 Hva er tverrfaglig helsekartlegging

Tverrfaglig helsekartlegging er en kartlegging som gjøres av et tverrfaglig team som består av en barnelege, to psykologer hvor den ene skal være psykologspesialist fra PHBU og den andre være ansatt i Bufetat/BFE, og en med barnevernsfaglig kompetanse. Enkelte team er også supplert med sykepleier og/eller tannlege. Kartleggingen skal som hovedregel foregå i løpet av én dag. Tilbudet gis i utprøvningsperioden til barn i barnevernet som flyttes ut av hjemmet. Kartleggingen omfatter samlet sett undersøkelser av barnets språk, motorikk, kognisjon, traumer, traumesymptomer, observasjon av samspill, sosial og emosjonell utvikling og psykisk og fysisk helse.

I etterkant av kartleggingen, vil teamet drøfte saken for å sikre et tverrfaglig helhetsperspektiv av barnets omsorgs- og helsebehov. Teamet skriver en rapport til barnevernstjenesten som inkluderer en vurdering av barnets sterke sider, helse- og omsorgsbehov, og anbefalte tiltak for barnet. Resultater fra tester, observasjoner, undersøkelser, spørreskjema, intervjuer og tverrfaglig drøfting sammenfattes i rapporten. Rapporten oversetter barnas behov til konkrete anbefalinger, for eksempel videre henvisninger, ivaretagelse av omsorgsbehov og forslag til miljøterapeutiske tiltak, har som mål å bidra til raskere hjelp og oppfølging av barnet fra andre instanser. Rapporten skal sendes barnevernstjenesten, som har ansvar for å følge opp funnene og anbefalingene.

2.2 Bakgrunn og formål med tverrfaglig helsekartlegging og utprøving av tjenesten

Mange av barna som får hjelp fra barnevernet har blitt utsatt for alvorlige påkjenninger og har somatiske og/eller psykiske helseutfordringer. Over halvparten av barna som bor i fosterhjem og på barnevernsinstitusjon, har psykiske vansker og mange har behov som ikke blir avdekket. Det ble observert at så mange som 76 prosent av ungdom på institusjon i Norge kvalifiserte til minst en psykiatrisk diagnose med funksjonsnedsettelse, og bare litt over en tredjedel av disse mottok psykiatrisk hjelp fra spesialisthelsetjenesten de siste tre månedene¹. Det er også høy forekomst av somatiske helseutfordringer i denne gruppen, som overvekt, dårlig tannhelse og manglende vaksinerings². Tilsyn, undersøkelser og forskning bekrefter at barnevernet ofte ikke har tilstrekkelig kunnskap om hvilke helse- og hjelpebehov barna har når det blir fattet vedtak om å flytte barnet ut av hjemmet. Konsekvensene av dette kan være at barnet ikke får dekket sine helse- og hjelpebehov, som igjen kan føre til større helseutfordringer og plager, som i sin tur kan medføre brudd i plasseringer i fosterhjem eller institusjon.

I Proposisjon til Stortinget, Prop. 222 L (2020-2021) ble det foreslått å innføre et tilbud om tverrfaglig helsekartlegging i barnevernet. Formålet med tverrfaglig helsekartleggingen er å skaffe barnevernet tilstrekkelig informasjon om barnets hjelpe- og helsebehov for å bidra til mer treffsikker hjelp og oppfølging av barn som flyttes ut av hjemmet. Målet er at god og riktig hjelp skal bidra til en mer stabil plassering og redusere risikoen for utilsiktede flyttinger og brudd.

¹ Kayed, N. S., Jozefiak, T., Rimehaug, T., Tjelflaat, T., Brubakk, A. & Wichstrøm, L. (2015)

² Kling, S., Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2016). Kling, S., Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2016)

Bufdir har i utprøvningsprosjektet lagt ordningen med tverrfaglig helsekartlegging så nær opp mot lovforslaget som mulig. Helsedirektoratet har bistått med noen ressurser inn i prosjektkontoret i prosjektet.

Da lovforslaget ble behandlet i Stortinget i mars 2022³ vedtok Stortinget en plikt for barnevernstjenesten til å be om tverrfaglig helsekartlegging dersom barnevernstjenesten har besluttet å fremme sak for fylkesnemnda eller nemnda har truffet vedtak om plassering utenfor hjemmet etter §§ 4-12 eller 4-24 eller ved vedtak om frivillig plassering etter §§ 4-4 sjette ledd eller 4-26⁴. Barnevernstjenesten kan unnlate anmodning dersom kartlegging anses åpenbart unødvendig. Det er ikke kjent når denne bestemmelsen vil tre i kraft.

Videre ble det lovfestet at Bufetat kan tilby tverrfaglig helsekartlegging i de samme tilfellene som barnevernstjenesten vil få plikt til å be om kartlegging, jf. ny bokstav c i § 2-3 tredje ledd. Denne bestemmelsen trådte i kraft 1.juni 2022, jf. vedtak i Statsråd 25. mars 2022.

Bufdir og Helsedirektoratet har mottatt likelydende oppdrag⁵ fra BFD og HOD om å utarbeide nasjonale anbefalinger som beskriver innholdet i tilbudet og hvilken kompetanse som er forventet i kartleggingsteamene, og retningslinjer for Bufetats vurderinger av når kartlegging tilbys.

Anbefalingene skal gis innenfor rammene i Prop. 222 L (2020-2021), bygge på forskning og evidensbasert kunnskap, samt erfaring fra utprøvingen av tverrfaglig helsekartlegging som startet opp i 2021.

2.3 Rammer og føringer for utprøvingen

2.3.1 Rammer og føringer fra BFD

Prosjektet skal sikre at innholdet i utprøvingen legges tett opp mot innholdet som beskrevet i Prop. 222L (2020-2021)⁶.

2.3.2 Rettslige rammer for utprøvingen

Frem til 1. juni 2022, da Bufetat fikk selvstendig hjemmel til å gjennomføre tverrfaglig helsekartlegging, måtte Bufetat gjennomføre tverrfaglig helsekartlegging på vegne av barnevernstjenesten. Dette forutsatte at barnevernstjenesten inngikk to avtaler med Bufetat:

- En oppdragsavtale, hvor Bufetat får i oppdrag å gjennomføre tverrfaglig helsekartlegging på vegne av barnevernstjenesten
- En databehandleravtale, hvor kommunen som behandlingsansvarlig for barnets personopplysninger sikrer at personopplysninger som behandles i forbindelse med kartleggingen skjer på en lovlig måte

Les mer om personvurderinger i punkt 3.2.7.

Målgruppen for tverrfaglig helsekartlegging i utprøvningsperioden ble lagt så tett opptil lovforslaget som mulig innenfor gjeldende rett. Målgruppen er avklart med BFD⁷. Tverrfaglig helsekartlegging forutsetter at barnet har flyttet ut av hjemmet frem til ny § 4-3 a trer i kraft.

³ Innst. 166 L (2021-2022)

⁴ Lovvedtak 41(2021-2022 og Prop. 86 L 2021-2022

⁵ Bufdir i tillegg til tildelingsbrev for 2021 og Hdir i tildelingsbrev for 2022.

⁶ Brev fra BFD til Bufdir, datert 11.6.2021

⁷ Avklart i e-post fra BFD til Bufdir 25.5.21

Følgende grupper inngikk etter dette i målgruppen for utprøvingen av tverrfaglige helsekartlegginger:

1. Barn som barnevernstjenesten har overtatt omsorgen for etter barnevernloven §§ 4-8 og 4-12
2. Barn som er akutt plassert etter barnevernloven §§ 4-6 andre ledd, 4-9 første ledd og 4-25, og barnevernstjenesten har besluttet å fremme sak om omsorgsovertakelse eller tvungen atferdsplassering under akuttplasseringen
3. Barn som er atferdsplassert med tvang etter barnevernloven § 4-24
4. Barn som er atferdsplassert frivillig etter barnevernloven § 4-26
5. Barn som er frivillig plassert utenfor hjemmet etter barnevernloven § 4-4 sjette ledd

Tverrfaglig helsekartlegging skal være frivillig og forutsetter samtykke, jf. Prop 222 L (2020—2021). Det varierer hvem som må samtykke. Barn over 15 år må selv samtykke til tverrfaglig helsekartlegging. Foreldre med foreldreansvar samtykker for barn under 15 år som er plassert etter barnevernloven § 4-4 sjette ledd, § 4-24, § 4-25 og § 4-26. Barnevernstjenesten samtykker for barn under 15 år som er plassert etter barnevernloven § 4-6 andre ledd, § 4-8, § 4-9 første ledd og § 4-12. Uavhengig av hvem som må samtykke til kartleggingen, skal den ikke gjennomføres hvis barnet selv motsetter seg det.

2.3.3 Helsefaglige føringer for utprøvingen

Spesialisthelsetjenestens bidrag til tverrfaglig helsekartlegging er basert på forslag om endringer i barnevernsloven mv. i Prop. 222 L (2020-2021). Lovendringene innebærer ingen endringer i helselovgivningen, men legger føringer for det arbeidet helsepersonell i spesialisthelsetjenesten skal bidra med i den tverrfaglige helsekartleggingen.

RHF-ene er ved oppdragsbrevene bedt om å bidra med ressurser inn i tverrfaglig helsekartlegging og det er bevilget penger til dette. Helsepersonell som bidrar inn i tverrfaglige kartleggingsteam er å anse som sakkyndige. I utprøvsperioden er det forutsatt fra BFD at ressurser fra helseforetakene skal være lege og psykolog.

Nærmere om somatisk helsekartlegging

Som svar på oppdrag om tverrfaglig helsekartlegging anbefalte Helsedirektoratet å legge en sosialpediatrisk undersøkelse til grunn for den somatiske legeundersøkelsen⁸. Helsedirektoratet holdt fast på denne anbefalingen inn i prosjektet, og i november 2021 kommuniserte prosjektet til teamene at dette skulle ligge til grunn i utprøvsperioden. Dette sto i kontrast til Bufdirs tidligere svar på oppdrag knyttet til tverrfaglig helsekartlegging, der den somatiske undersøkelsen var beskrevet som en legesjekk lik den i CARE-prosjektet. I løpet av prosjektperioden har sakkyndigrollen blitt tydeliggjort. Det skal ikke ytes helsehjelp så innhold og omfang av kartleggingen må utføres innen rammen av et sakkyndig oppdrag. En full sosialpediatrisk undersøkelse som beskrevet i Helsedirektoratets rapport ville krysset grensen til å være helsehjelp, innholdet i legeundersøkelsen er derfor noe justert sammenliknet med dette.

Nærmere om psykisk helsekartlegging

I november 2021 besluttet prosjektet, som følge av presiseringer fra BFD⁹, at teamene må ha psykologer ansatt både i spesialisthelsetjenesten og barnevern i utprøvsperioden. Behovet for to psykologer er blant

⁸ Helsedirektoratets svar på oppdrag om tverrfaglig helsekartlegging - vedlegg 3: En sosialpediatrisk undersøkelse fra Helsedirektoratets rapport av 1. juni 2021

⁹ E-post datert 14.10.2021 og dialog i forkant, saksnummer i BFD 21/1617.

annet begrunnet i at psykologene ansatt i ulike sektorer forvalter ulikt samfunnsoppdrag og at deres sektortilknytning har betydning for deres kompetanse og ansvarsforhold. Generelt ligger det ikke til psykologer i barnevernet å vurdere barns behov for psykisk helsehjelp.

2.4 Roller, ansvar og organisering i utprøvningsprosjektet

Bufdir besluttet i august 2021 å organisere arbeidet med etablering og utprøving av tverrfaglig helsekartlegging som et prosjekt.

2.4.1 Roller og ansvar

Rolle- og ansvarsfordelingen i prosjektet er definert i prosjektets styringsdokument v. 1.0, og gjengis i det følgende.

Styringsgruppen

Styringsgruppens viktigste mandat har ifølge styringsdokumentet vært å sikre tilgang på kritiske innsatsfaktorer for etablering og drift av tverrfaglige kartleggingsteam, i første omgang fem team i 2021, og eventuell videre oppskalering i 2022.

I tillegg skulle styringsgruppen beslutte styringsdokumentet og følge opp prosjektet i henhold til dette. De enkelte representantene i styringsgruppen har ifølge styringsdokumentet hatt ansvar for at prosjektet blir prioritert i sine respektive organisasjoner og at prosjektmedlemmene har nødvendige fullmakter for å kunne gjennomføre prosjektet.

Styringsgruppen ble ledet av prosjekteier i Bufdir, fagdirektør tjenester, Synne Engh-Hellesvik. Avdelingsdirektør Anders Helge Sunde overtok rollen som prosjekteier da Engh-Hellesvik gikk over i ny stilling i august 2022. I tillegg består styringsgruppen av følgende medlemmer:

- Representant for Helse Midt-Norge RHF, Assisterende fagdirektør, Ragnhild Johansen
- Representant for Helse Nord RHF, Seksjonsleder fagavdelingen, Jon Tomas Finnsson
- Representant for Helse Sør-Øst, Avdelingsdirektør Psykisk helsevern og rusbehandling, Cecilie Skule
- Representant for Bufetat region Nord og Midt, Regiondirektør Pål Christian Bergstrøm
- Representant for Bufetat region Sør, Regiondirektør Ellen Ølness Nadim
- Representant for Oslo kommune, Barne- og familieetaten (BFE), Direktør BFE Oslo, Hege Hovland Malterud
- Representant for Helsedirektoratet, Avdelingsdirektør Avdeling Spesialisthelsetjenester, Torunn Janbu

Fra og med september 2022 suppleres styringsgruppen med:

- Representant for Bufetat region Øst, Ingrid Pelin Berg
- Representant for Bufetat region Vest, Marianne Kildedal
- Representant for Helse Vest RHF, Carina Paulsen Mæland

Prosjektkontoret

Prosjektkontorets ansvar har ifølge styringsdokumentet vært å bistå teamene med etablering og drift, og sikre metodikk og faglig kvalitet, innhenting av dokumentasjon og resultater i utprøvingen.

Prosjektkontoret ledes av nasjonal prosjektleder i Bufdir, Therese Stoveland-Alfsen. I perioden fra midten av mars til midten av mai 2022 fungerte Mirna Gacanica som prosjektleder. Prosjektkontoret har videre bestått av følgende medlemmer:

- Cathrine Monrad Hagen, seniorrådgiver i Helsedirektoratet og barnelege med erfaring i sosialpediatri
- Ingvild Sørum Rasch-Olsen, psykologspesialist, leder for Psykologteamet i Bufetat region sør
- Mette Bengtson, psykologspesialist, avdelingsdirektør F4 i Bufetat region øst
- Jørgen Blom, psykologspesialist og seniorrådgiver i Helsedirektoratet
- Ingrid Hustad Hansen, seniorrådgiver Bufdir, avdeling Barnerett
- Marianne Føyn Berge, seniorrådgiver Bufdir, avdeling Barnerett
- Ada Johanne Stensø, seniorrådgiver Virksomhetsstyring Bufdir
- Birgit Eggen, seniorkonsulent i barnevernstjenesten Horten kommune
- Nina Cecilie Dybhavn, senere avløst av Ingvild Aubert, seniorrådgiver og jurist i Helsedirektoratet

Rollen til de interne deltakerne i prosjektkontoret har ifølge styringsdokumentet vært å representere sin avdeling, samt å være kontaktpunkt med egen avdeling. Det innebærer et ansvar for å forankre eget bidrag og sikre tilstrekkelig informasjon og beslutninger knyttet til prosjektet i egen avdeling/linje.

Prosjektkontoret har også vært styrket med støtte fra PwC Consulting.

Prosjektgruppen

Prosjektgruppens hovedansvar har ifølge styringsdokumentet vært å etablere og drifte tverrfaglige kartleggingsteam. Gruppen har blitt ledet av nasjonal prosjektleder Therese Stoveland-Alfsen. Fra midten av mars til midten av mai 2022 fungerte Mirna Gacanica som leder for prosjektgruppen. Prosjektgruppen har videre bestått av følgende medlemmer:

- Leder for Team Sør (0-6), Anne Valen
- Leder for Team Sør (7-17), Helge Kjellevoid
- Prosjektleder for Team Midt, Kristin Valås, og enhetsleder Karin Bele
- Prosjektleder for Team Nord, Lisbeth Hauglann
- Prosjektkoordinator for Team Oslo, Kristin G, Furuholmen med administrativ bistand fra Anne Mai Ljones Fjulsrud.

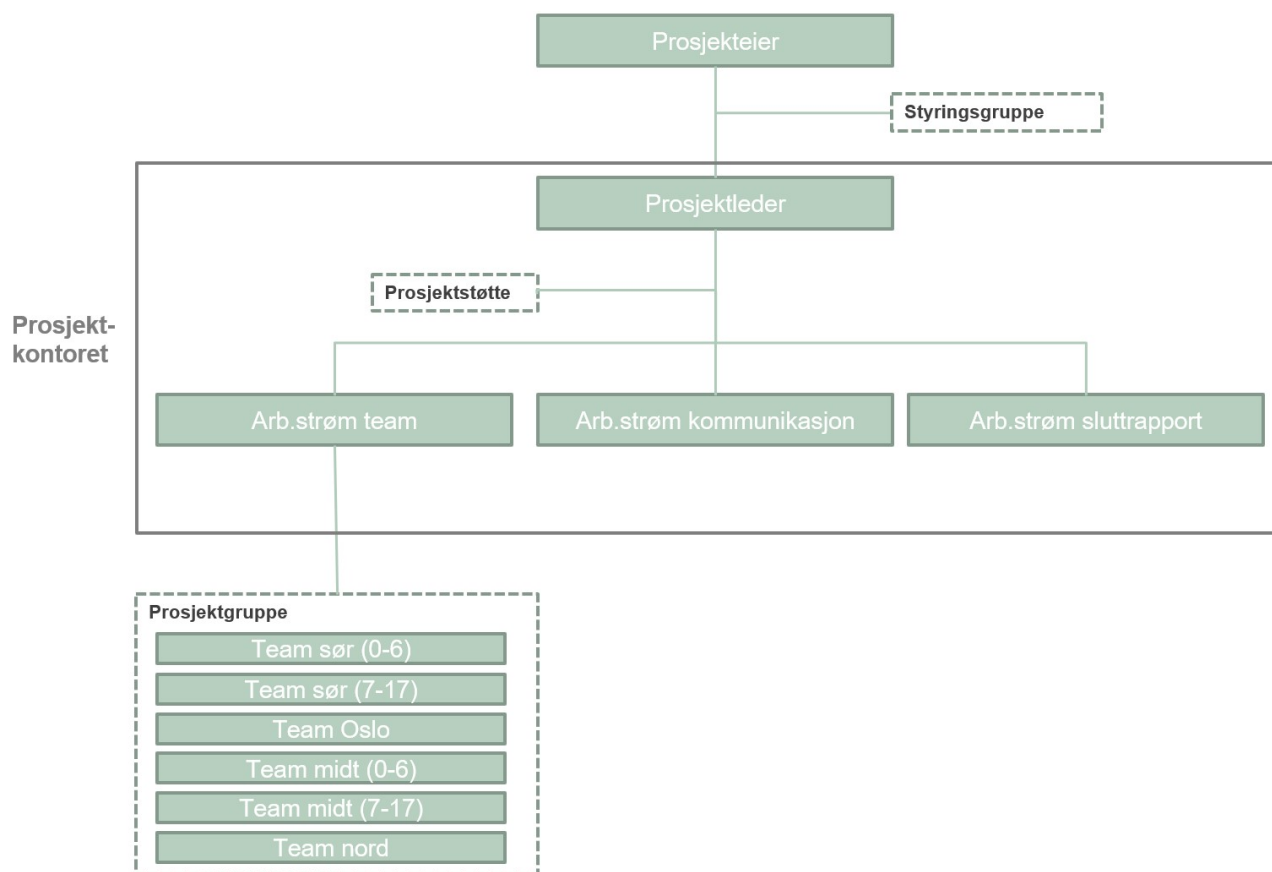
Prosjektgruppa ble supplert med representant for 7-17 teamet som er under etablering i Bufetat region midt i mai 2022, ved leder for NABE Kate Hansson og avdelingsleder Siri Hoftun.

Bufetats regioner og Barne- og familieetaten i Oslo har ifølge styringsdokumentet stått fritt til å velge hvordan de organiserer arbeidet med etablering av team, og sikrer gjennomføring av nødvendig standardisering og utprøving i prosjektperioden. Prosjektleder, leder eller ansvarlig for etableringen av regionale team sitter i prosjektgruppen.

2.4.2 Organisering av utprøvningsarbeidet

Figuren under viser organiseringen av prosjektet i utprøvningsperioden. Prosjekteier, prosjektleder og prosjektkontoret er organisert i Bufdir med enkelte prosjektmedarbeidere fra Helsedirektoratet.

Prosjektgruppa omfatter teamlederne for utprøvingsteamene, og utgjør den operative delen av prosjektet. Det er etablert tverrfaglige team i tre regioner i Bufetat og et team i Oslo kommune. Det er etablert egne team for målgruppene 0-6 år og 7-17 år.



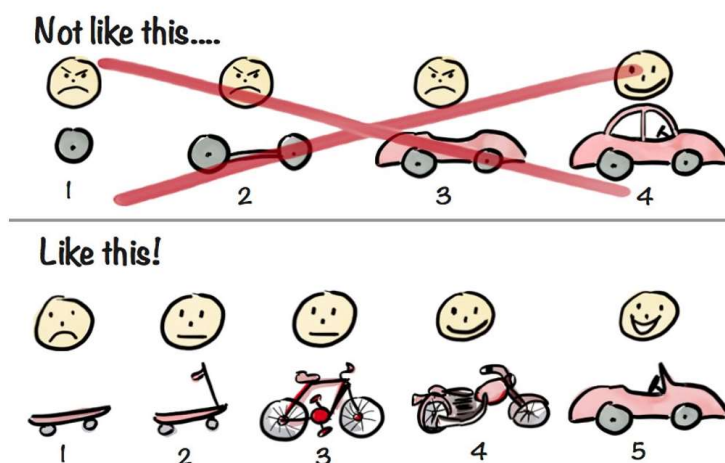
Figur 1 Organisering av utprøvningsprosjektet

2.4.3 Utprøvningsmetodikk

I oppstarten av prosjektet ble det valgt en tilnærming og en utprøvningsmetodikk som skulle bygge på enkelte prinsipper fra smidig utviklingsmetodikk¹⁰. De to mest sentrale prinsippene som ble vektlagt var hyppige leveranser som bygget på hverandre og ble kontinuerlig videreutviklet, og løpende involvering av brukeren. Tanken var at denne metodikken skulle sikre rask mobilisering og oppstart, og kontinuerlig utvikling og forbedring. Prosjektet hadde opprinnelig som mål å raskt definere et første utkast av innholdet i kartleggingen, en såkalt Minimumsløsning (MVP). En slik løsning innebærer at innholdet skal ha god (nok) kvalitet, og øke i omfang (og kvalitet) gjennom løpende evalueringer. Som del av smidig-tilnærmingen ligger også det å ha oppmerksomhet mot måling og analyse underveis, og å sikre løpende og kontinuerlig forbedring av kartleggingen basert på innsikten man opparbeider seg underveis i prosjektet.

¹⁰ Smidige metoder har som utgangspunkt at systemutvikling er uforutsigbart, og at prioriteringer av funksjonelle krav vil kunne endre seg etterhvert som systemet tar form (hentet fra Digitaliseringsdirektoratets prosjektveiviser 6. april 2022)

MVP-tilnærmingen illustreres ofte ved hjelp av en tegning av Henrik Kniberg som viser at konseptet bygger på at man utvikler en løsning som er anvendbar fra start, og som stadig utvikles til å fungere bedre eller mer effektivt.



Kilde: Henrik Kniberg, Making Sense of MVP
blog.crisp.se/2016/01/25/henrikkniberg/making-sense-of-mvp

Smidig-tilnærmingen har gjennom prosjektperioden vist seg utfordrende å gjennomføre i praksis. Dette har flere årsaker. På den ene siden ble prosjektet igangsatt før Stortingets behandling av Prop. 222L, og dermed også før ikrafttredelse av bestemmelsen som gir Bufetat hjemmel til å tilby tverrfaglig helsekartlegging. Dette medførte et behov for omfattende og tidkrevende juridiske vurderinger knyttet til blant annet hjemmelsgrunnlag for utveksling av personopplysninger mellom kommuner og Bufetat i tilknytning til gjennomføringen av tverrfaglige helsekartlegginger. Tid brukt på disse avklaringene har til dels gått på bekostning av tid til design av innhold i tilbudet i oppstartsfasen. Samtidig har metoden gitt rom for at teamene har kunnet starte gjennomføring av kartlegginger, selv om ikke alle spørsmål har vært avklart.

Smidig-metodikk har også vist seg å være en tilnærming som det er krevende å benytte i praksis i et prosjekt der nye tverrfaglige konstellasjoner skal jobbe sammen på ulike nivåer i forvaltningen, og der metodikken oppleves som ny og uvant både på direktoratsnivå og på det operative nivået i prosjektet. Den faktiske utprøvningsmetodikken i dette prosjektet har nok i realiteten ligget nærmere et tradisjonelt piloteringsprosjekt, der man i en første fase gjør et arbeid med å definere rammene for og innholdet i piloteringen, for å deretter igangsette pilotering. Til forskjell fra tradisjonelle piloteringsprosjekter startet utprøvingen i dette prosjektet før rammene og innholdet var ferdig definert.

2.5 Innhold i tilbudet i utprøvingen

I perioden november-mars jobbet prosjektkontoret med å definere innholdet i tilbudet i utprøvningsperioden, som ble formidlet til Bufetats regioner, Oslo kommune og prosjektgruppa som «Minimumsstandard for tverrfaglig helsekartlegging v. 1.0» 18. mars 2022. I den samme perioden startet flere av teamene med gjennomføring av kartlegginger.

Formålet med å utarbeide dokumentet «Minimumsstandard for tverrfaglig helsekartlegging v. 1.0» var å sikre en standardisering av måten kartleggingsteamene jobber på i utprøvningsperioden, og gjennom dette bidra til reliabilitet og validitet i analyser og vurderinger som inngår i denne rapporten. Gjennom å definere

hva som skal være likt på tvers av teamene, var tanken også at minimumsstandarden skulle bidra til å synliggjøre på hvilke områder det enkelte team hadde fleksibilitet og handlingsrom til å utøve faglig skjønn eller tilpasse til lokale forhold og forutsetninger. Minimumsstandarden var også ment å være et nyttig verktøy for nye team som opprettes gjennom utprøvningsperioden.

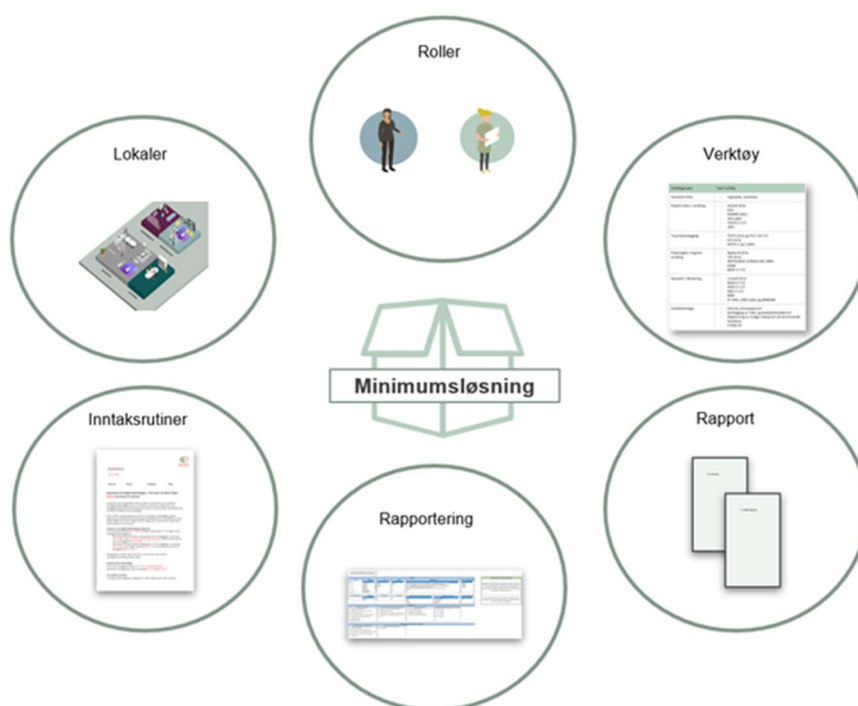
2.5.1 Krav til minimumsinhold i tverrfaglig helsekartlegging (MVP)

Minimumsstandarden for tverrfaglig helsekartlegging v.1.0 inneholder:

- Rutiner for teamene som skal sikre overholdelse av personvern i utprøvningsperioden
- Rolle- og ansvarsbeskrivelser for lederrollen, administrativ støtte, legerollen, psykologrollene og rollen som barnevernsfaglig ressurs
- Krav til utforming av lokalene hvor kartleggingene gjennomføres
- Krav til rapportering og et rapporteringsark som skal benyttes for innsamling av data til forskningsformål i Bufdir
- En oversikt over kartleggingsverktøy som kan benyttes av fagpersonene under gjennomføring av tverrfaglige helsekartlegginger
- Rapportmalene for kartleggingsteamets rapporter (for barn i aldersgruppen 0-6 og 7-17)

Utprøvingsteamene fikk også tilsendt et informasjonsskriv som Bufetats regioner fikk i oppdrag å sende til kommuner som har tilbud om tverrfaglig helsekartlegging, og samtykkeskjemaer for hhv. barn over 15 år og foreldre med samtykkekompetanse som barnevernstjenesten kan benytte til å innhente samtykke til tverrfaglig helsekartlegging.

Som del av minimumsstandard for utprøvningsprosjektet skulle hvert team ha rollene leder, lege, psykolog fra helse, psykolog fra Bufetat/BFE, en barnevernsfaglig ressurs og en administrativ støtte. Enkelte team har i tillegg hatt tilgang på sykepleier og tannlege, selv om dette ikke har vært en del av minimumsstandarden.



Figur 2 Illustrasjon av innhold i "Minimumsstandard for tverrfaglig helsekartlegging i utprøvningsprosjektet v. 1.0"

2.6 Etablering av tverrfaglige team i regionene

Figur 3 viser en oversikt over hvilke tverrfaglige kartleggingsteam som har blitt etablert i prosjektperioden, hvilke roller som har blitt besatt og hvor mange kartlegginger som er gjennomført.

I Bufdirs beskrivelse av teamsammensetning i rapport 1.06.2021 til BFD var ikke tannlege eller sykepleier inkludert, og lege var ikke spesifisert som en pediater med erfaring i sosialpediatri. Legerollen var beskrevet som en legeundersøkelse ihht CARE-modellen. Helsedirektoratet beskrev i sitt svar på oppdrag fra samme dato hvordan både tannlege og sykepleier kunne være hensiktsmessige å inkludere i teamene. Utprøvingen har derfor lagt til grunn at teamene kunne supplere med disse rollen dersom det var mulig å få til lokalt, og det var ønskelig fra teamet. Slik vil utprøvingen gi ytterligere erfaring fra ulike teamsammensetninger. Tabellen under skiller derfor mellom obligatoriske roller og valgfrie roller i teamene.

Team	Sør 0-6	Sør 7-17	Oslo 0-17	Midt 0-6	Nord 7-17	
Oppstart kartlegginger	August 2021	November 2021	Januar 2022	Februar 2022	April 2022	
Antall kartlegginger	21	28	11	10	6	
Rollebesetning obligatoriske roller						
Leder for teamet/enhetsleder	✓	✓	✓	✓	✓	
Lege	✓	✓	✓	✓	✓	
Psykolog (helseansatt)	✗	✗	✓	✓	✓	
Psykolog (Bufetat/BFE)	✓	✓	✓	✓	✓	
Barnevernfaglig	✓	✓	✓	✓	✓	
Kontorfaglig støtte	✓	✓	✗	✓	✓	
Rollebesetning valgfrie roller						
Tannlege	✗	✗	✗	✗	✓	
Sykepleier	✗	✗	✓	✓	✗	

✓ Rolle besatt
✗ Rolle ubesatt

Figur 3 Status per august 2022 på etablering av tverrfaglige team

Den forsinkede oppstarten i team Nord, sammenlignet med de andre teamene, skyldes at det tok tid å få på plass samarbeidsavtale mellom Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) og Bufetat.

2.6.1 Sør 0-6

Tidslinje for etablering

Teamet ble etablert i 2017, da under prosjektet “Children At Risk Evaluation”, forkortet CARE¹¹. Siden da har teamet kartlagt omtrent ett til to barn i uken etter CARE-modellen. Teamet ble videreført etter CARE-

¹¹ Myrvold et al. (2020) Evaluering av CARE-modellen. Tverrfaglig kartlegging av utsatte barns helse og omsorgsbehov

prosjektets avslutning og ble innlemmet i utprøvningsprosjektet med opprinnelig bemanning da utprøving av tverrfaglig helsekartlegging startet opp i august 2021.

Bemanning i teamet

Teamet ledes av leder for Telemark barne- og familiesenter, og består ellers av en lege med spesialitet i barnesykdommer, en spesialist i barne- og ungdomspsykiatri, to psykologer ansatt i Bufetat og to barnevernsfaglige ressurser. Lege i teamet er ansatt ved Sykehuset i Telemark HF. Legerollen er delt på to personer. Grunnet manglende ressurser fra lokale helseforetak har ikke teamet tilsatt en psykolog fra PHBU.

Antall kartlegginger som inngår i erfaringsgrunnlaget

Med utgangspunkt i CARE-modellen har teamet kartlagt omtrent ett til to barn i uka siden sin oppstart. Dette prosjektet inkluderer kartlegginger som er gjort etter prosjektets oppstart i august 2021 som del av erfaringsgrunnlaget. Teamet har kartlagt 21 barn i perioden, 16 av disse inngår i denne rapportens erfaringsgrunnlag.

Lokale tilpasninger

Grunnet teamets bakgrunn som CARE-team er teamet videreført med de opprinnelige rollene fra dette prosjektet. Teamet har valgt å ikke inkludere sykepleier eller tannlege. Legeundersøkelsen følger punktene i en sosialpediatrisk undersøkelse, med unntak av underlivsundersøkelse og bildetaking. Teamet benyttet malen for rapporter fra CARE-prosjektet inntil en revidert versjon av rapportmal fra prosjektet forelå. Kartleggingsrapportenes lengde varierer mellom 15 til 25 sider uten vedlegg.

Verktøy og metoder som er benyttet

Teamet har i sine innrapporterte kartlegginger benyttet følgende verktøy i den psykiske helsekartleggingen: TSCYC, Crowell, lekeobservasjon, Bayley III, WPPSI-IV, TSFI, ADBB, ASQ-SE, DAWBA, SDQ, kartlegging av risiko og beskyttelsesfaktorer, intervju med omsorgsperson og samtale med barnet. Barnets helse og omsorgsbehov beskrives videre ved bruk av DC:0-5 klassifikasjonen.

Organisering og bemanning i Sør 0-6-teamet			
Rolle	Faglig bakgrunn/kompetanse	Stillingsandel	Antall personer som til sammen fyller rollen
Leder	Enhetsleder	20%	1
Lege	Pediatricer som er spesialist i barnesykdommer, spesialist i barne- og ungdomspsykiatri	20-40%	2
Psykolog PHBU			
Psykolog Bufetat	Psykologspesialist	100%	2
Barnevernsfaglig	Barnevernspedagog	100%	2
Kontorfaglig	Benyttes også noe i Sør 7-17-teamet	100%	1
Tannlege			
Sykepleier			

2.6.2 Sør 7-17

Tidslinje for etablering

Ungdomsteamet i sør ble etablert tidlig i prosjektperioden, og har siden etablering hatt et tett samarbeid med barneteamet. Begge teamene benytter kartleggingslokaler på Telemark Barne- og familiesenter.

Teamene i region Sør har kunnet dra veksler på at team Sør 0-6 er en videreføring av teamet fra CARE. I tillegg var tverrfaglig helsekartlegging kjent og hadde stort fokus i regionen. Tilbudet var godt lederforankret, og det ble raskt etablert en regional arbeidsgruppe. Det var tilgjengelige psykologressurser i Bufetat, barnevernsfaglige og leder i regionen. Disse faktorene bidro til at ungdomsteamet i Sør kom raskt i gang, og hadde sin første kartlegging i november 2021.

Bemanning i teamet

Teamet ble etablert i overgangen oktober-november 2021 med støtte fra erfaren teamleder fra 0-6-teamet. Rollen til psykolog ansatt i Bufetat deles av en psykologspesialist og en psykolog som har en 50 prosent stilling hver og kartlegger annenhver gang. Legerollen er besatt av en spesialist i barnesykdommer (pediater). Legeressursen er engasjert direkte av Bufetat Region Sør, og er ikke ansatt ved et helseforetak. Teamet har 100 prosent barnevernsfaglig ressurs. Grunnet manglende ressurser fra lokale helseforetak har ikke teamet tilsatt en psykolog fra PHBU.

Antall kartlegginger som inngår i erfaringsgrunnlaget

Teamet har gjennomført kartlegginger siden 18. november 2021, og har gjennomført 28 kartlegginger som inngår i erfaringsgrunnlaget.

Lokale tilpasninger

Grunnet manglende ressurser ved det lokale helseforetaket er det ikke inkludert psykolog fra PHBU i teamet. Det er valgt å ikke tilsette tannlege eller sykepleier. Teamet benyttet malen for rapporter fra CARE-prosjektet inntil en revidert versjon av rapportmal fra prosjektet forelå. Kartleggingsrapportenes lengde varierer mellom 15 til 25 sider uten vedlegg.

Verktøy og metoder som er benyttet

Teamet har i sin innrapporterte kartlegging benyttet følgende verktøy i den psykiske helsekartleggingen: Skjema/sjekkliste for psykososiale belastninger, RADA, WISC-IV, SDQ, registrering av reaksjoner på skremmende hendelser, kartlegging av risiko og beskyttelsesfaktorer, samtale med barnet og intervju av omsorgsperson.

Organisering og bemanning i Sør 7-17-teamet			
Rolle	Faglig bakgrunn/kompetanse	Stillingsandel	Antall personer som til sammen fyller rollen
Leder	Enhetsleder	20%	1
Lege	Pediater	40-60%	1
Psykolog PHBU			
Psykolog Bufetat	Psykolog og psykologspesialist	100%	3
Barnevernsfaglig	Sosionom og barnevernspedagog	100%	2

Kontorfaglig	Bruker samme kontorfaglig som 0-6-teamet inntil videre		1
Tannlege			
Sykepleier			

2.6.3 Oslo 0-17

Tidslinje for etablering

Teamet ble etablert i utprøvningsprosjektets oppstart, og hadde sine første kartlegginger i utgangen av januar 2022.

Bemanning i teamet

Det ble tidlig etablert en samarbeidsavtale med sosialpediatrisk seksjon ved Oslo Universitetssykehus (OUS) Ullevål. Innledningsvis bidro seksjonsleder, to leger og to spesialsykepleiere. Alle legene er pediatere med erfaring fra sosialpediatri. En av legene har dobbelspesialisering og er også spesialist innen barne- og ungdomspsykiatri. Fra begynnelsen av mars 2022, fikk teamet tilgang på barne- og ungdomspsykiater fra BUP-syd i ca. 20 prosent stilling og fikk fra 1. august 2022 tilgang på en psykologspesialist i 20 prosent stilling fra samme BUP. Disse to vil lese alle rapporter og delta på tverrfaglige drøftinger, men vil i liten grad kunne delta i praktisk utredningsarbeid.

Øvrige teammedlemmer, psykolog og barnevernsfaglig ansatt fra Barne- og familieetaten i Oslo (BFE), er på plass i henhold til minimumsløsningen for tverrfaglig helsekartlegging. Teamet ledes av sjefspsykolog for avdeling akutt og korttid i BFE. Teamleder har lang erfaring fra kartleggingsarbeidet gjort av Oslo/BFE gjennom Aline- og Frydenbergtiltakene.

Antall kartlegginger som inngår i erfaringsgrunnlaget

Teamet kartlegger barn og ungdommer hver mandag. De har gjennomført 11 kartlegginger som inngår i erfaringsgrunnlaget.

Lokale tilpasninger

Osloteamet har en hovedkartleggingsdag, men de har muligheten for å supplere med noen undersøkelser en dag i uken i forkant. På denne suppleringsdagen tas samspillsundersøkelsen, samt en skåring av det som er sendt tilbake av kartleggingsskjemaer. Teamet har valgt å gjennomføre kartlegginger over mer enn én dag for å tilpasse for barn med svingende fungering, og fordi de geografiske avstandene i Oslo er såpass små at det lar seg gjennomføre praktisk.

Teamet benytter hovedkartleggingsdagen, i tillegg til gjennomføring av samspill, observasjon, samtale/intervju, kartlegging, legeundersøkelse og evnetesting/utviklingsundersøkelse, til planlegging av gjennomføringen samt første tverrfaglige drøfting. Andre tverrfaglige drøfting med hele teamet foregår 3 dager senere.

Teamet utarbeidet sin egen rapportmal som ble benyttet inntil en revidert versjon av rapportmal fra prosjektet forelå. Kartleggingsrapportenes lengde er mellom 25 til 45 sider.

Verktøy og metoder som er benyttet

Teamet har i sine innrapporterte kartlegginger benyttet følgende verktøy i den psykiske helsekartleggingen: TSCYC, TSCC, KATES, MIM, Bayley III, WISC-IV, ASEBA, registrering av reaksjoner på skremmende hendelser, kartlegging av risiko og beskyttelsesfaktorer, samtale med barnet og intervju med omsorgsperson.

Organisering og bemanning i Oslo-teamet			
Rolle	Faglig bakgrunn/kompetanse	Stillingsandel	Antall personer som til sammen fyller rollen
Leder/koordinator	Psykologspesialist barne- og ungdomspsykologi	Ca. 50% nå.	1
Lege	Pediatere med erfaring i sosialpediatri, en med PhD og en med dobbeltspesialitet (barne- og ungdomspsykiatri og pediatri)	100%	2
Psykolog PHBU	Barnepsykiater fra BUP fra begynnelsen av mars 22	20%	2
	Psykologspesialist fra BUP fra 1. august 22	20%	
Psykolog BFE	Barn- og ungdoms-spes: 1. Familie-spes: 1, snart 2	100%	2-3 fra juni 22. Alle spesialister innen et år.
Barnevernsfaglig	Erfarne barnevernspedagoger	100%	2 (60% og 40%)
Kontorfaglig støtte			
Tannlege	Ønsker, har ikke enda		
Sykepleier	Spesialister i barnesykepleie	40%	2 (20% og 20%)

2.6.4 Midt 0-6

Tidslinje for etablering

I likhet med teamet i nord og teamet i Oslo ble barneteamet i Midt opprettet i prosjektperiodens oppstart. Teamleder er også leder ved Viktoria familiesenter¹² som har Tverrfaglig helsekartlegging som en av sine to avdelinger.

Bemanning i teamet

Teamet i Midt er bestående av pediatr med erfaring i sosialpediatri, sykepleier, psykolog ansatt i BUP, psykolog ansatt i Bufetat og barnevernsfaglig. Psykolog og en av de barnevernsfaglige stillingene ble besatt i medio februar og 1. april. De første kartleggingene ble gjort uten fulltallig team. Teamet ønsker å få til et samarbeid med fylkestannlegen, men har enda ikke inkludert tannlege i teamet.

¹² Viktoria Familiesenter skifter navn til Trøndelag barne- og familiesenter. Navneendringen er klarert med avdelingsdirektør, men formell bekreftelse på at navneendringen er vedtatt er på tidspunktet denne rapporten ferdigstilles ikke mottatt av senterets leder.

Antall kartlegginger som inngår i erfaringsgrunnlaget

Teamet har gjennomført kartlegginger siden 9.februar 2022, og har 10 kartlegginger som inngår i erfaringsgrunnlaget.

Lokale tilpasninger

Teamet har valgt å avholde et avklaringsmøte med barnevernstjenesten i forkant av kartleggingsdagen for å sikre at de mottar all informasjon som er behøvd, samtidig sikres en god dialog allerede i innsøkningsprosessen.

I forkant av kartleggingsdagen tar barnevernsfaglig en telefon til beredskapsforeldre/omsorgspersonen som følger barnet til kartlegging. Telefonsamtalen benyttes til å forberede omsorgspersonen som følger barnet, samt informere omsorgspersonen om hvordan de best skal forberede barnet. I den samme telefonsamtalen blir ASQ:SE gjennomført som intervju. Teamet har veldig positiv erfaring med bruk av ASQ:SE, noen ganger også ASQ, samt samtale med følgeperson i forkant av kartleggingen. Denne kontakten er med på å sikre at barnet og omsorgspersonen er godt forberedt på dagen. Teamet får samtidig viktig informasjon som brukes i planleggingen, herunder valg av metodikk og hvordan teamet kan forstå barnet og tilrettelegge på kartleggingsdagen.

Teamet utarbeidet sin egen rapportmal som ble benyttet inntil en revidert versjon av rapportmal fra prosjektet forelå. Kartleggingsrapportenes lengde ligger i snitt på 25 til 40 sider, hvorav 10-25 sider er vedlegg. Teamet har brukt prosjektets felles rapportmal i fem kartlegginger og opplever likevel at den kunne vært bedre tilpasset de minste barna. De mener også at rapportmalen legger opp til mange gjentakelser som er lite effektivt for skrivearbeidet. Teamet har valgt å gå tilbake til rapportmalen som de utarbeidet selv tidlig i prosjektperioden, som tar utgangspunkt i CARE-malen, forslaget fra Helsedirektoratet og anbefalinger fra Barnesakkyndig kommisjon.

Verktøy og metoder som er benyttet

Teamet har i sine innrapporterte kartlegginger benyttet følgende verktøy i den psykiske helsekartleggingen: DCO-5, KATES, skjema/sjekkliste for psykososiale belastninger, lekeobservasjon, Crowell, MIM, ASQ, ASQ-SE, Bayley III, WPPSI-IV registrering av reaksjoner på skremmende hendelser, kartlegging av risiko og beskyttelsesfaktorer og intervju med omsorgsperson.

Organisering og bemanning i Midt 0-6-teamet			
Rolle	Faglig bakgrunn/kompetanse	Stillingsandel	Antall personer som til sammen fyller rollen
Leder	Bv.ped- master ledelse	~50%*	1
Lege	Pediater med erfaring i sosialpediatri	50% (i praksis 10-20%)	3
Psykolog PHBU	Spesialist i barne- og ungdomspsykologi	50%	1

Psykolog Bufetat	Spesialitet i klinisk barne- og ungdomspsykologi og spesialisering i klinisk familiepsykologi	50%	Psykologen har delt stilling mellom THK- og senter for foreldre og barn. En av psykologene ved Senter for foreldre og barn vil få opplæring for å kunne bistå i teamet ved behov og sykdom
Barnevernsfaglig	Klinisk sosionom med master i barn – og unges psykiske helse Sosionom i avslutningsfasen av master	150%	2
Kontorfaglig	Ressursen er tilsatt fra 15. september	60%	1
Tannlege			
Sykepleier	Sykepleier med spesialitet i barnesykepleie	50% (i praksis 20-30%)	3

* Leder har tidvis brukt inntil 50% av sin kapasitet, men tidsbruken for hele perioden er vanskelig å anslå, da mange av oppgavene har handlet om praktiske oppgaver knyttet til tilpasninger av lokale.

2.6.5 Nord 7-17

Tidslinje for etablering

Teamet i region Nord ble etablert i starten av prosjektperioden på lik linje med teamene i region midt og Oslo. Teamet hadde sin første kartlegging i april 2022. De var klare til å ta imot barn til kartlegging fra februar 2022, men ble forhindret på grunn av uavklarte juridiske problemstillinger mellom Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (UNN) og Helsedirektoratet.

Bemanning i teamet

I Nord er prosjektleder også Bufetatansatt psykologspesialist i teamet, og leder teamet i tett samarbeid med avdelingsdirektør for Enhet for inntak og fosterhjemsrekruttering (F1). Teamet er et selvstendig team organisert under avdelingsdirektør F1.

Teamleder var ansatt som prosjektleder i en 50 prosent stilling fra 01.09.21. Hun tiltrådte i stilling som psykologspesialist og faglig leder i 100 prosent stilling i Bufetat den 01.05.22. Teamet består videre av barnevernsfaglig ressurs, samt rådgiver/kontorfaglig støtte. Fra UNN har barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) fristilt to overleger i barne- og ungdomspsykiatri og en psykologspesialist.

Teamet etablerte samarbeid med en tannlegespesialist ved Troms og Finnmark Fylkeskommune, som har gått inn i teamet som tannhelseressurs i en 20 prosent stilling. Tannlegen er til stede på halve kartleggingsdagen og halve dagen etter hvor teamet drøfter. Denne innretningen har gjort det mulig for tannlegen å drive sitt vanlige virke på sin tannlegeklinikk. Bufetat dekker 10 prosent av kostnadene tilknyttet tannlegeressursen, og Troms og Finnmark fylkeskommune dekker de resterende 10 prosent.

Antall kartlegginger som inngår i erfaringsgrunnlaget

Fordi teamet i Nord fikk en senere oppstart med kartlegginger grunnet manglende juridisk avklaring fra UNN, er antall kartlegginger en del mindre enn øvrige team. Teamet har per 15.08.2022 gjennomført 6 kartlegginger, hvorav 5 av disse inngår i erfaringsgrunnlaget.

Lokale tilpasninger

Teamet har inkludert en tannlege i 20 prosent stilling. For særskilt å ivareta barn og unge med samisk bakgrunn i regionen, har en av barne- og ungdomspsykiaterene i teamet klinisk- og forskningskompetanse på samisk helse/kultur. Region Nord dekker et veldig stort geografisk område med lange reiseavstander som kan gi ekstra store barrierer for oppmøte. Teamet bruker derfor god tid i sine forberedelser av barna som skal kartlegges, herunder tett dialog med omsorgspersoner og barnet/ungdommen selv i forkant av kartleggingen. Forberedelsene er med på å skape forutsigbarhet for barnet/ungdommen. På grunn av geografiske avstander og reisevei, ankommer barnet/ungdommen som skal kartlegges Tromsø, hvor kartleggingen foregår, dagen i forkant. Dette bidrar til at barnet kan stille uthvilt til kartleggingen.

Teamet benytter rapportmalen som ble utarbeidet av prosjektet. Rapportene uten vedlegg, inkludert forside og oppsummering utgjør ca 20-25 sider. Med alle vedlegg inkl. vedlegg fra tannlege er lengden omtrent 35 sider.

Verktøy og metoder som er benyttet

Som et ledd i å ivareta den samiske kulturen har teamet anledning til å benytte seg av et verktøy kalt "kulturformuleringsintervjuet". Teamet har i sine innrapporterte kartlegginger benyttet følgende verktøy i den psykiske helsekartleggingen: TSCC, KATES, WISC-IV, BRIEF, skjema/sjekkliste psykososiale belastninger, registrering av reaksjoner på skremmende hendelser, kartlegging av risiko og beskyttelsesfaktorer, samtale med barnet og intervju med omsorgsperson. De har også benyttet 5-15: Nordisk skjema for vurdering av barns utvikling og atferd, ABAS-3: Skjema for vurdering av barns adaptive fungering, ECBI- Eyberg skjema for kartlegging av barns atferd, RADA skjema for vurdering av barns tilknytning, og CCC-2 Skjema for vurdering av barns kommunikasjon. I påvente av avklaringer tilknyttet databehandlertavtale har teamet på tidspunktet denne rapporten ferdigstilles ikke tilgang til Checkware og ASEBA.

Organisering og bemanning i Nord 7-17-teamet			
Rolle	Faglig bakgrunn/kompetanse	Stillingsandel	Antall personer som til sammen fyller rollen
Leder	Psykologressurs tilknyttet Bufetat har også rollen som faglig leder for teamet	20%	1
Lege	Spesialist i barne- og ungdomspsykiatri og barnesykdommer	20%	2
	Spesialist i barne- og ungdomspsykiatri, PhD. Samisk kompetanse og sakkyndig psykiater	20 %	

Psykolog PHBU	Spesialist i klinisk barn- og ungdomspsykologi, traumekompetanse, nevropsykologisk erfaring	100%	1
Psykolog Bufetat	Spesialist i klinisk barn- og ungdomspsykologi, spesialist siden 2011. Sakkyndig psykolog siden 2005	80 %	1
Barnevernsfaglig	Barnevernsfaglig spesialist/masternivå	100%	1
Kontorfaglig	Stilling foreløpig vakant, men teamet har fått låne en rådgiverressurs fra Enhet for inntak i regionen	50%	1
Tannlege	Spesialist i barnetannhelse, tannlege ved barnehuset i Tromsø	20%	1
Sykepleier			

3 LÆRING OG ERFARING FRA ETABLERING AV TEAM OG UTPRØVING AV TVERRFAGLIG HELSEKARTLEGGING

3.1 Brukerperspektivet

Vi beskriver brukerperspektivet fra to vinkler. For det første bruker vi data samlet inn fra hver enkelt kartlegging til å beskrive barn og ungdommer som har vært på kartlegging, deres bakgrunn og historikk og hvilke anbefalinger som ble gitt fra kartleggingsteamene. Vi supplerer dette med oppsummering av samtaler med noen barn som har blitt kartlagt og deres erfaringer og opplevelser knyttet til dagen, hvilke tilbakemeldinger barn og unge har gitt til teamet på selve kartleggingsdagen, og hvilken tilbakemelding omsorgspersonene har gitt til teamet på kartleggingsdagen.

3.1.1 Barn og unge som har vært på tverrfaglig helsekartlegging

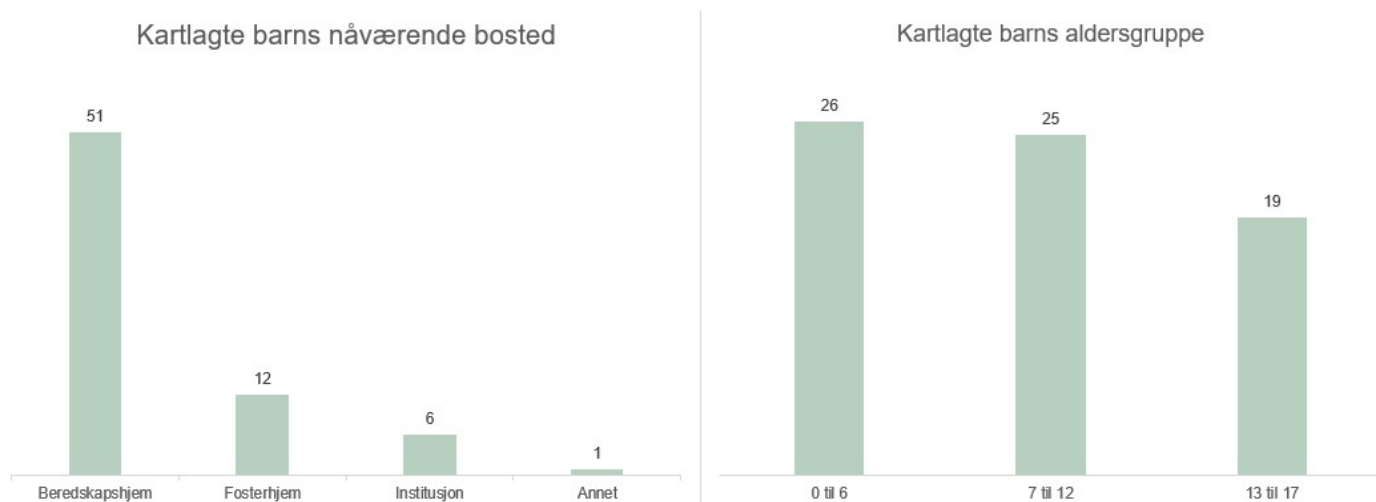
Dette kapitlet er tredelt. Den første delen viser overordnede data om barna som har vært på tverrfaglig helsekartlegging. I denne delen presenteres utvalget, barnas alder, nåværende bosted, hvilken paragraf de er plassert på, fødeland og morsmål. I den andre delen presenteres barnas historikk, herunder årsak til plassering, funn i barnets historikk, samt diagnosehistorikk. Den tredje delen presenterer hvilke anbefalinger og veiledninger som teamet gir i etterkant av kartleggingen. Prosjektet har tatt med innsikt fra disse dataene inn i kapittel 5 Vurdering av læring og erfaringer fra utprøvningsprosjektet der vi drøfter innsikt på tvers av de ulike datainnsamlingene vi har gjort.

Om barna som har vært på tverrfaglig helsekartlegging

Det er samlet inn data fra kartlegginger gjennomført av teamene fra august 2021 til august 2022. Til sammen er det samlet inn data fra 70 kartlegginger. Det gjøres oppmerksom på at det foreligger en skjevhet i utvalget ved at 40 prosent av kartleggingene er gjennomført av team Sør 7-17. Resultatene må derfor tolkes med forsiktighet.

De fleste barna som er kartlagt, bor i beredskapshjem og venter på en varig plassering. 32 kartlagte barn er akutt plassert, og det er besluttet å fremme sak om omsorgsovertakelse (§§ 4-6 andre ledd, 4-9 første ledd). 21 barn er plassert utenfor hjemmet etter §§ 4-8 og 4-12, barnevernstjenesten har omsorgsansvar etter omsorgsovertakelse. Ett barn er plassert etter atferdsbestemmelse § 4-25. Ingen barn er plassert på §§ 4-24 og 4-26. For aldersgruppen 0-6 bor 77 prosent i beredskapshjem og de resterende 23 prosent i fosterhjem. For aldersgruppen 7-17 er det 70 prosent som bor i beredskapshjem. I denne gruppen er det like mange som bor i fosterhjem og i institusjon. Av de barna som bor i institusjon er de fleste mellom 13 og 17 år gamle. Figur 4 viser fordelingen av barnas bosted på kartleggingstidspunktet, samt barnets aldersgruppe. Sammenliknet med utvalget av barn som ble kartlagt i CARE-prosjektet er det noen flere som bor i beredskapshjem i denne utprøvingen av tverrfaglig helsekartlegging¹³.

¹³ Myrvold et al. (2020) Evaluering av CARE-modellen. Tverrfaglig kartlegging av utsatte barns helse og omsorgsbehov, side 52

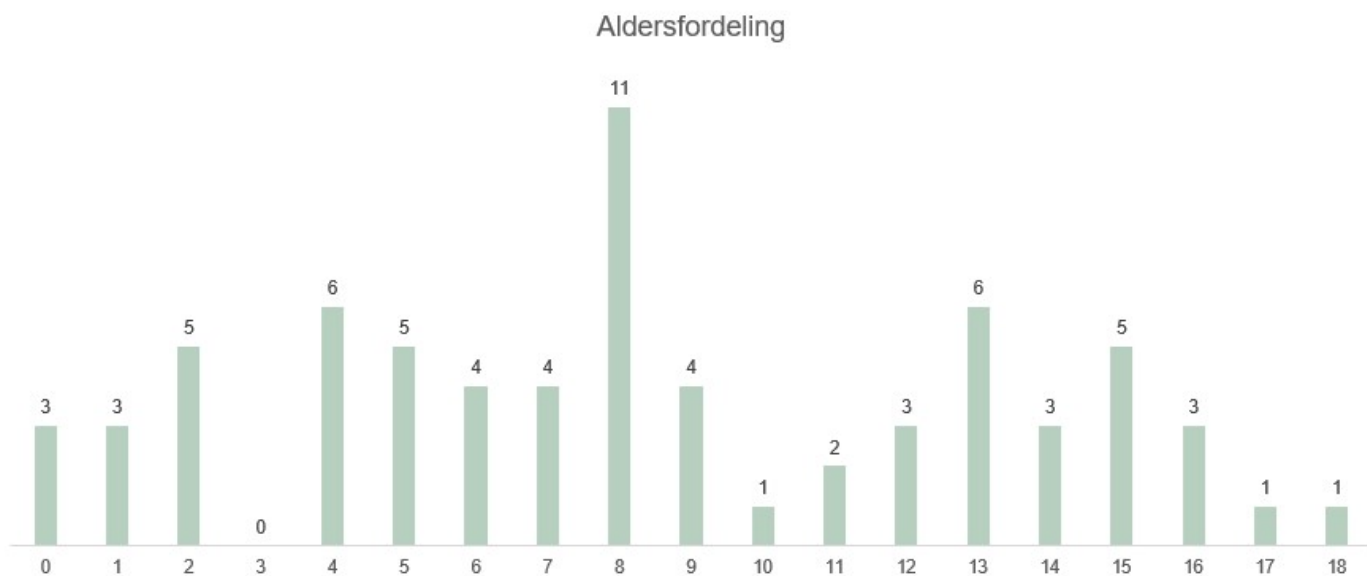


Figur 4 Kartlagte barns bosted på kartleggingstidspunktet, samt barnets aldersgruppe (N=70)

Det er omtrent like mange gutter som jenter som har vært på en kartlegging, med en liten overvekt på gutter. De fleste er født i Norge og har norsk som morsmål. 21 prosent av barna har et annet morsmål enn norsk. For 13 prosent av barna er det ikke oppgitt morsmål. Teamene blir i registreringen av kartleggingene bedt å oppgi om det var noen hindre for kartleggingen. Ett av de mulige svaralternativene er språk. Ingen av teamene har oppgitt at språk var til hinder for kartleggingen. Det samles ikke inn data på om det var tolk til stede på kartleggingen. Teamet i Oslo tester gjennomføring av kartlegging over flere dager (se avsnitt 3.2.3 Data om innhold i kartleggingene). Av de barna som er kartlagt i Oslo har 64 prosent norsk som morsmål, 27 prosent har engelsk som morsmål og 9 prosent har somali som morsmål. Barnets morsmål ser ikke ut til å ha en innvirkning på om teamet gjennomfører kartleggingen over 2 eller 3 dager.

Aldersfordelingen til barna som er kartlagt vises i Figur 5. Prosjektet har kun innhentet barnets fødselsår, og barnets/ungdommens alder er kalkulert ut fra fødselsår og hvilket år kartleggingen er gjennomført. Aldersfordelingen viser at barna som er kartlagt spenner over hele målgruppen. Det er positivt at også de som tilhører aldersgruppen 13 til 17 gjennomfører kartlegginger. Denne gruppen utgjør 27 prosent av vårt utvalg på 70 barn. I CARE-prosjektet ble det kartlagt 26 barn over 13 år (13 prosent av de kartlagte barna)¹⁴, så det var knyttet spenning til om tverrfaglig helsekartlegging ville nå denne målgruppen.

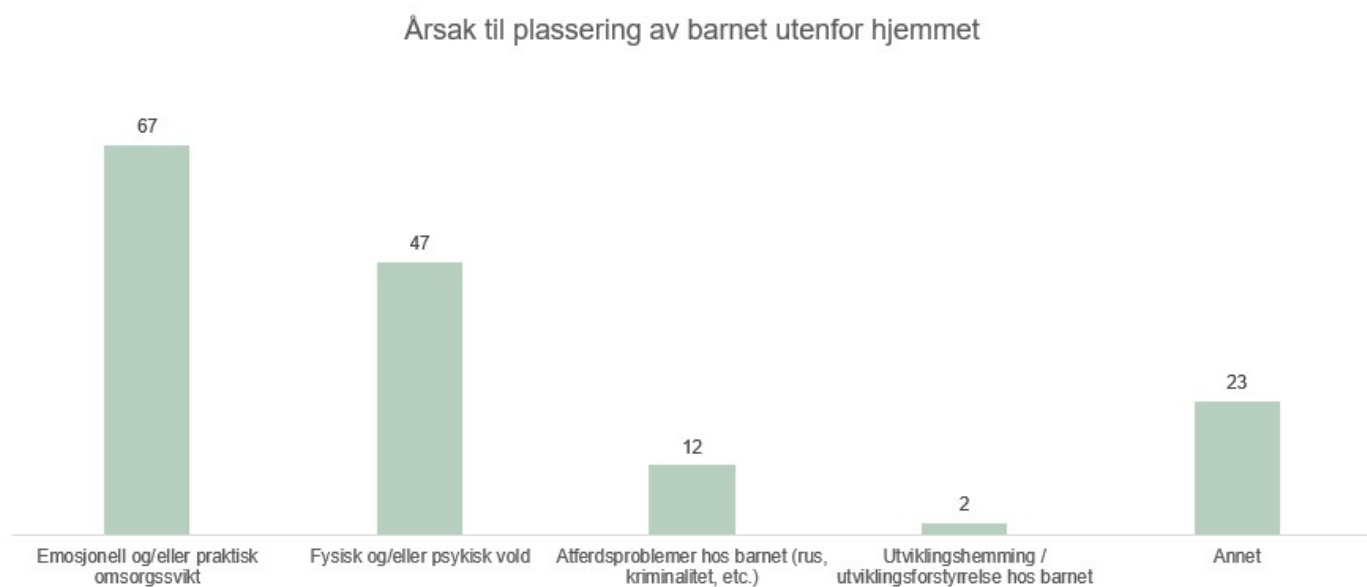
¹⁴ Myrvold et al. (2020) Evaluering av CARE-modellen. Tverrfaglig kartlegging av utsatte barns helse og omsorgsbehov, side 50



Figur 5 Kartlagte barns aldersfordeling (N=70)

Barn og unges historikk

For 96 prosent av barn/unge som er kartlagte er emosjonell og/eller praktisk omsorgssvikt minst én av grunnene til at de er plassert utenfor hjemmet. 94 prosent av barna har også psykososiale belastninger i sin historikk. For barna i aldersgruppen 0-6 er det emosjonell og/eller psykisk vold, praktisk og/eller emosjonell omsorgssvikt og andre grunner som er oppgitt som årsak for plassering utenfor hjemmet. Figur 6 viser årsaker til at barn er blitt plassert utenfor hjemmet.

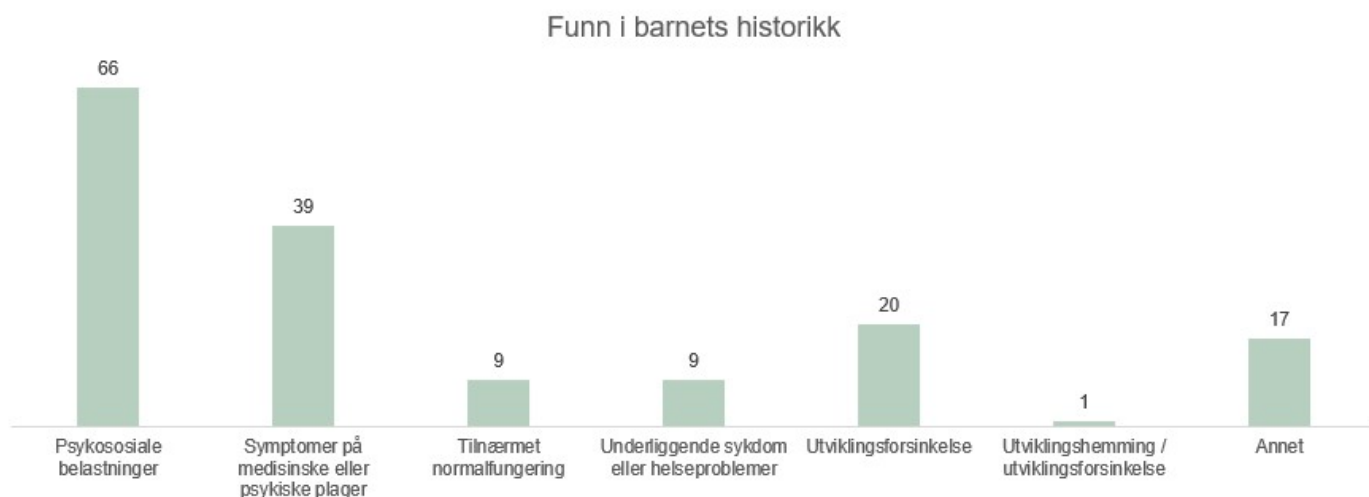


Figur 6 Kartlagte barns årsak til plasseringer (N=70. For enkelte barn kan det være oppgitt flere årsaker til at barnet ble plassert utenfor hjemmet.)

For 94 prosent av barna ble det funnet psykososiale belastninger i barnets historikk. Dataene viser også at i historikken til ungdom på institusjon er det flere med underliggende sykdom eller helseproblemer,

sammenlignet med resten av utvalget. Disse funnene stemmer overens med funn gjort i studien av Kayed (2015)¹⁵. I denne studien rapporterer ungdom at de har en subjektiv opplevelse av egen helse som dårlig.

84 prosent av unge i aldersgruppen 13-17 har symptomer på medisinske eller psykiske plager i sin historikk. Alle i samme aldersgruppe har en historikk med psykososiale belastninger. Figur 7 viser en oversikt over funn i kartlagte barns historikk.



Figur 7 Funn i kartlagte barns historikk (N=70. For hvert barn kan det være funn i historikken innenfor flere av kategoriene.)

29 prosent av barna som er kartlagt i løpet av prosjektperioden har blitt utredet tidligere, og 17 prosent har tidligere blitt diagnostisert i primær- eller spesialisthelsetjenesten. Når vi ser på kun de ungdommene som bor på institusjon er diagnosehistorikken litt annerledes. Her rapporteres det at 67 prosent er tidligere utredet, og 83 prosent har et tidligere behandlingsforløp. Det er viktig å påpeke her at dette er et lite utvalg.

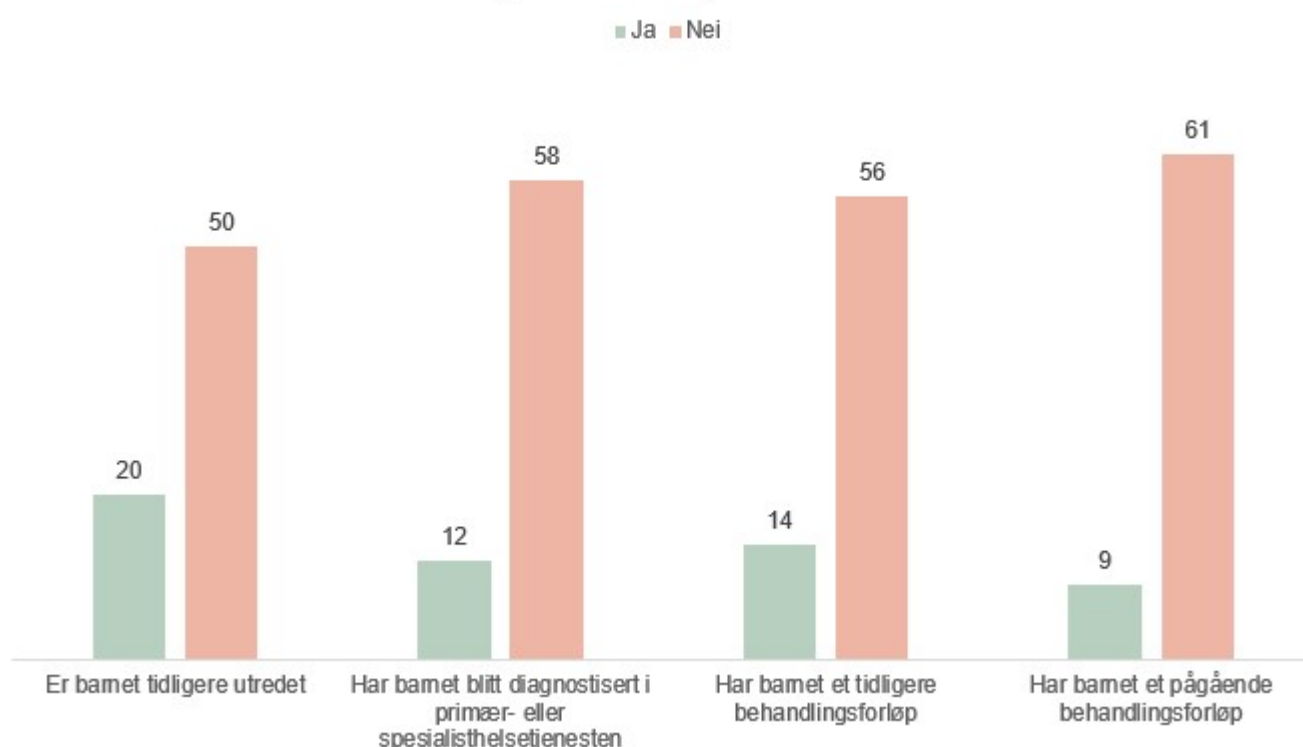
Barn som er akuttplassert er i mindre grad tidligere utredet, de har i færre tilfeller blitt diagnostisert i primær- eller spesialisthelsetjenesten, og de har mindre tidligere eller pågående behandlingsforløp sammenlignet med utvalget som helhet.

31 prosent av barna som ikke er tidligere utredet har likevel i sin historikk symptomer på medisinske eller psykiske plager, 14 prosent oppgis å ha utviklingsforsinkelser i historikken sin, og 66 prosent oppgis å ha historikk med psykososiale belastninger.

83 prosent av alle barna som har vært på kartlegging har ikke noen kjente diagnoser fra primær- eller spesialisthelsetjenesten. Av disse har 77 prosent en historikk med psykososiale belastninger, 40 prosent har symptomer på medisinske eller psykiske plager og 21 prosent har en utviklingsforsinkelse i sin historikk. Aldersfordelingen på denne gruppa sprer seg over hele spennet fra 0 til 18 år.

¹⁵ Kayed, N. S., Jozefiak, T., Rimehaug, T., Tjelflaat, T., Brubakk, A. & Wichstrøm, L. (2015)

Kartlagte barns diagnosehistorikk



Figur 8 Kartlagte barns diagnosehistorikk (N=70)

Kartleggingsteamenes anbefalinger om henvisninger, tilrettelegginger og veiledning til omsorgsperson

I datainnsamlingen er teamene bedt om å oppgi hvilke anbefalinger som gis i kartleggingsrapporten.

I løpet av de 70 gjennomførte kartleggingene er det gitt 116 anbefalinger om veiledning til omsorgsperson, 123 anbefalinger om tilrettelegging og 156 anbefalinger om ulike henvisninger (se Figur 9).

«Andre henvisninger» er den største enkeltgruppen av ulike henvisninger, og i 32 kartlegginger har det blitt gitt anbefalinger om andre henvisninger. Det antas at denne sekkekategori i stor grad kan inneholde anbefalinger om psykisk helsetjeneste i kommunene. Det er også mulig at eksempelvis anbefalinger om henvisninger til fysioterapeut kan inngå i denne kategorien.

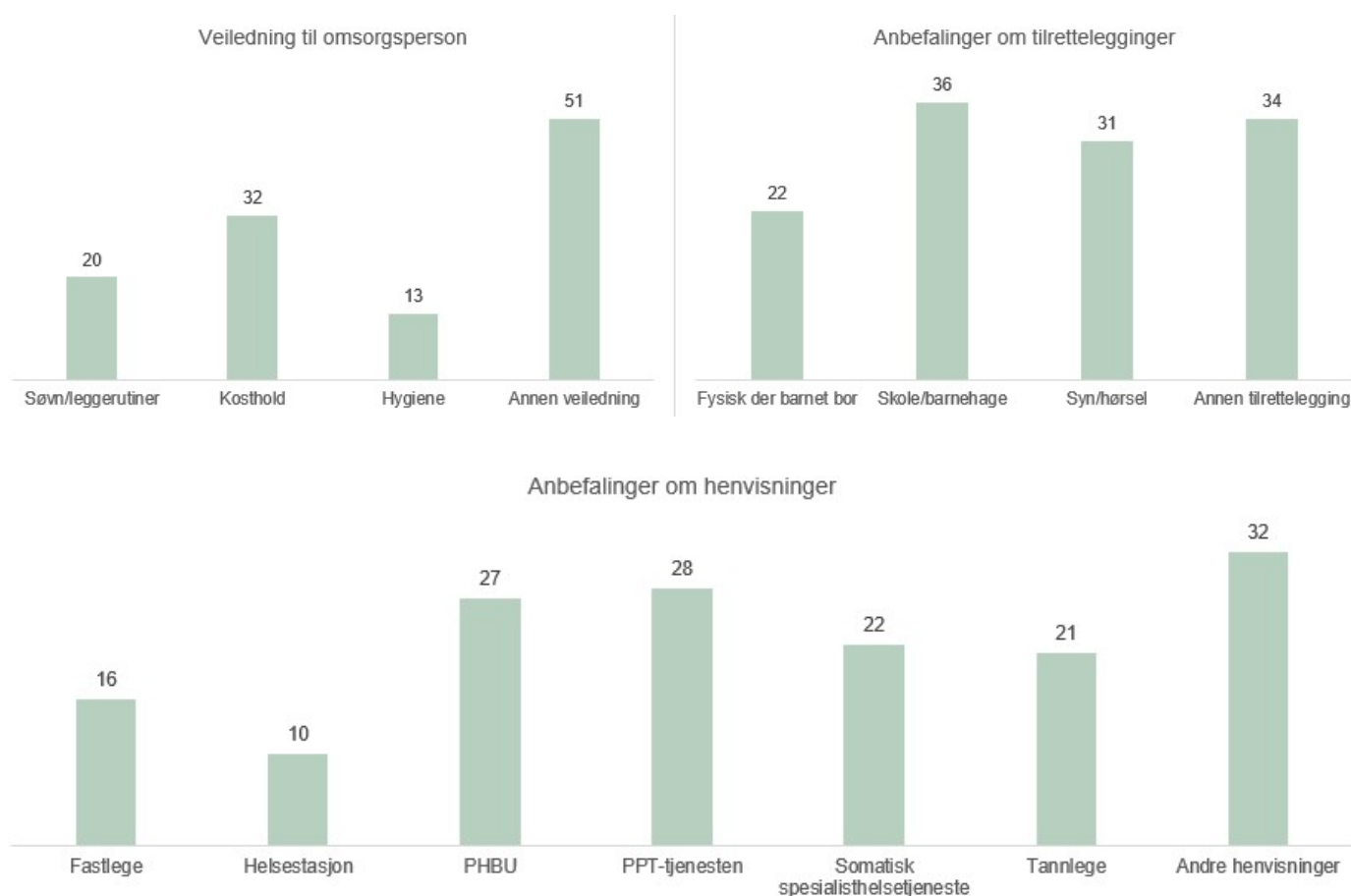
39 barn anbefales henvist til PP-tjenesten eller får anbefalinger om tilrettelegging i skole eller barnehage. 3 barn får anbefaling om henvisning til PP-tjenesten, men ikke anbefaling om tilrettelegging i skole/barnehage. 11 barn får anbefalinger om tilrettelegging i skole/barnehage, men ikke anbefaling om henvisning til PP-tjenesten. 25 barn får anbefaling om både henvisning til PP-tjenesten og anbefalinger om tilrettelegging i skole/barnehage. Av de barna som får anbefalinger om både henvisning til PP-tjenesten og anbefalinger om tilrettelegging i skole/barnehage er 9 barn i aldersgruppen 0-6 år, 9 barn er i aldersgruppen 7-12 år og 7 barn er i aldersgruppen 13-17 år.

22 barn (31 prosent) anbefales henvist til somatisk spesialisthelsetjeneste, 27 barn (39 prosent) anbefales henvist til psykisk helsevern og 16 barn (23 prosent) anbefales henvist til fastlege. I 41 prosent av kartleggingene ble det ikke gitt anbefalinger om henvisning til hverken somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern eller fastlege.

For aldersgruppen 7-12 år gis det i 92 prosent av kartleggingene veiledning til omsorgsperson om kosthold. Veiledning om kosthold til omsorgsperson kan være en del av arbeidet med å forebygge overvekt hos barnet, da barn plassert i fosterhjem eller institusjon kan ha noe høy forekomst av overvekt¹⁶. Undervekt og spiseforstyrrelser kan også være en utfordring.

Alle teamene med unntak av teamet i Nord har henvist minst ett av barna de har kartlagt til tannlege. Team Nord har inkludert en tannlege i sitt team, noe som kan tyde på at tannhelseundersøkelsen som gjøres på kartleggingen er såpass grundig at teamet hittil har kunnet gi anbefalinger om ivaretagelse av tannhelsen til barnet, uten at barnet på nytt må på en tannlegeundersøkelse. Flere av teamene har regelmessig anbefalt henvisning til tannlege. Dette kan tyde på at selv om et team ikke har med en tannlege blir barnets tannhelse ivaretatt.

I 44 prosent av kartleggingene anbefales tilrettelegginger knyttet til barnets syn/hørsel. Det er rimelig å anta bedre syn og hørsel vil styrke barnets funksjon i hverdagen.



Figur 9 Veiledning til omsorgspersoner, og anbefalinger om tilrettelegginger og henvisninger (N=70. For hvert barn er det gitt flere anbefalinger.)

3.1.2 Barn og unges erfaringer basert på samtaler med barn

Prosjektet ved psykologspesialist Ingvild Sørum Rasch-Olsen intervjuet 6 barn som har vært på en tverrfaglig helsekartlegging. Fire av barna har blitt kartlagt i region sør, ett av barna i region nord, og ett i

¹⁶ Kling, S., Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2016). Kling, S., Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2016)

Oslo. Det er like mange gutter som jenter som er intervjuet. Tre av barna bor i beredskapshjem, og tre av barna bor på institusjon. Barnas alder er mellom 8 og 16 år. Intervjuene er gjennomført per telefon. Generelt gir barna svært korte svar med lite utdyping og refleksjon.

Barnas/ungdommenes inntrykk og perspektiver fra kartleggingsdagen

- Barna/ungdommene er fornøyde med kartleggingsdagen. De føler seg sett, hørt og godt behandlet.
- Barna/ungdommene opplever de voksne som snille
- Barna/ungdommene forstår at de voksne ønsker å hjelpe de
- Alle har fått beskjed om at de skal på kartlegging og har snakket med omsorgsperson i forkant
- Barna/ungdommene forstår at de er på kartleggingen for å finne ut om de trenger hjelp og er friske
- En av ungdommene svarer at det syns det var slitsomt å være på kartleggingen, men at det gikk greit
- Alle hadde fått beskjed om at de kunne ta med seg spørsmål til teamet med på kartleggingen, men ingen gjorde dette
- Barna som bor i beredskapshjem likte den oppsummerende samtalen, ungdom på institusjon er litt avmålte, men har ingen negative kommentarer til den oppsummerende samtalen og syns den var grei
- Det er lite barna/ungdommene ønsker å endre på ved kartleggingsdagen dersom de kunne velge fritt
- Barna oppgir at de er usikre på hva som er formålet med kartleggingen og hva som skjer etterpå

3.1.3 Barn og unges tilbakemelding til teamene på kartleggingsdagen

På kartleggingsdagen blir barna i samtale med en fra kartleggingsteamet spurt om hvordan de vurderer dagen. Basert på hva barna svarer registrerer kartleggingsteamet i datafangstarket på en skala fra 1-5 hvordan barna vurderte dagen. I 56 prosent av kartleggingene har teamene registrert at barna var svært fornøyde med dagen. Resultatene må tolkes med forsiktighet fordi det er teamets tolkning av det barnet har sagt. Det er også en risiko for at barna synes det er ubehagelig å komme med negative tilbakemeldinger til voksenpersoner som skal hjelpe dem. Figur 10 viser fordelingen av barnas vurdering på en skala fra 1-5.



Figur 10 Teamets tolkning av barnets vurdering av dagen, på en skala fra 1 (dårligst) til 5 (best) (N=70)

3.1.4 Omsorgspersonens perspektiver

På slutten av kartleggingsdagen blir barnets omsorgsperson spurt av en i kartleggingsteamet om hvordan de synes kartleggingsdagen har vært. Basert på hva omsorgspersonen svarer har teamet registrert inn i

datafangstarket på en skala fra 1-5 hvordan omsorgspersonen vurderte dagen. Figur 11 viser hvordan omsorgspersonens vurdering fordeler seg på en skala 1-5. Tilbakemeldingene er overveldende positive.



Figur 11 Teamets tolkning av omsorgspersonens vurdering av dagen, på en skala fra 1 (dårligst) til 5 (best) (N=70)

I intervjuene med saksbehandlere i kommunal barnevernstjeneste ble det også opplyst om at noen omsorgspersoner hadde gitt tilbakemeldinger om kartleggingsdagen direkte til saksbehandler. En av beredskapsforeldrene hadde gitt tilbakemelding til saksbehandler om at hun opplevde kartleggingen som fin og rolig, og at det ikke hadde vært noen belastning for barnet. En annen saksbehandler opplyste at en fostermor i et hjem med stor slitasje hadde uttrykt at hun opplevde dagen som krevende og at det var mye som skulle gjennomføres i løpet av dagen.

I forbindelse med intervjuene med barn/ungdom som hadde vært gjennom en kartlegging fikk også barnets omsorgsperson mulighet til å komme med sine tanker om kartleggingsdagen. En av omsorgspersonene ønsket å formidle at hun var veldig fornøyd med tiltaket, og at kartleggingen hadde gitt henne mye god informasjon. En av omsorgspersonene som var barnets kontaktperson på institusjon ytret et ønske om å få beskjed på forhånd om at omsorgsperson skal intervjues, og hvilke spørsmål som stilles, slik at de kunne forberede seg. Det ble også trukket frem som hensiktsmessig at barnet får beskjed om hva omsorgsperson intervjues om, slik at barnet ikke blir usikker på hva som sies. En av omsorgspersonene ytret et ønske om at legen har mer kunnskap om rammene på en barnevernsinstitusjon, slik at det ikke anbefales tiltak som rent praktisk ikke kan iverksettes på en institusjon.

3.2 Tjenesteperspektivet

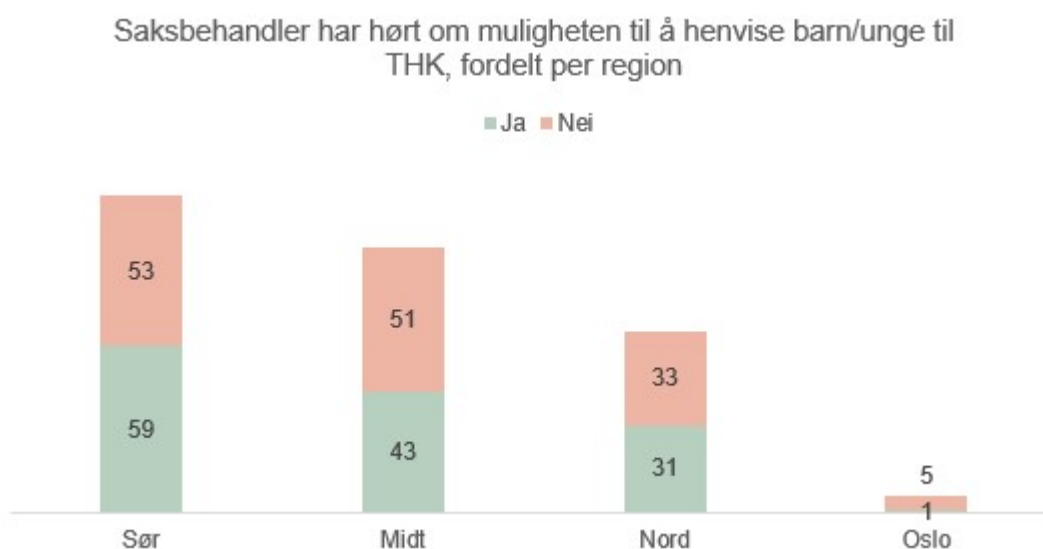
3.2.1 Barnevernstjenesten

Barnevernstjenesten er ansvarlig for å innhente samtykke og henvise barn til tverrfaglig helsekartlegging, innhente opplysninger om barnet og sende til kartleggingsteamet, motta rapporten fra kartleggingsteamet og følge opp de anbefalte tiltakene fra kartleggingsteamet.

Spørreundersøkelse blant saksbehandlere i kommunal barnevernstjeneste

Om utvalget

Prosjektet har gjennomført en spørreundersøkelse rettet mot saksbehandlere i kommunal barnevernstjeneste i de regioner som har vært en del av utprøvingsprosjektet. Undersøkelsen samlet inn svar fra 276 respondenter i regionene Sør, Midt, Nord og Oslo i perioden 20. mai til 20. juni. Av de som besvarte undersøkelsen hadde de fleste tilhørighet til region Sør. Det er færrest respondenter fra Oslo kommune. Av alle respondentene hadde omtrent halvparten hørt om tverrfaglig helsekartlegging. Av de som hadde kjennskap til tverrfaglig helsekartlegging hadde 27 prosent vært saksbehandler for barn/unge som var i målgruppen. Av de som har vært saksbehandlere til barn/unge i målgruppen hadde 40 prosent henvist minst ett av disse barna til tverrfaglig helsekartlegging. Dette tilsvarer 31 respondenter.



Figur 12 Saksbehandlers kjennskap til THK, fordelt per region» (N=276)

Årsak til manglende henvisning til tverrfaglig helsekartlegging

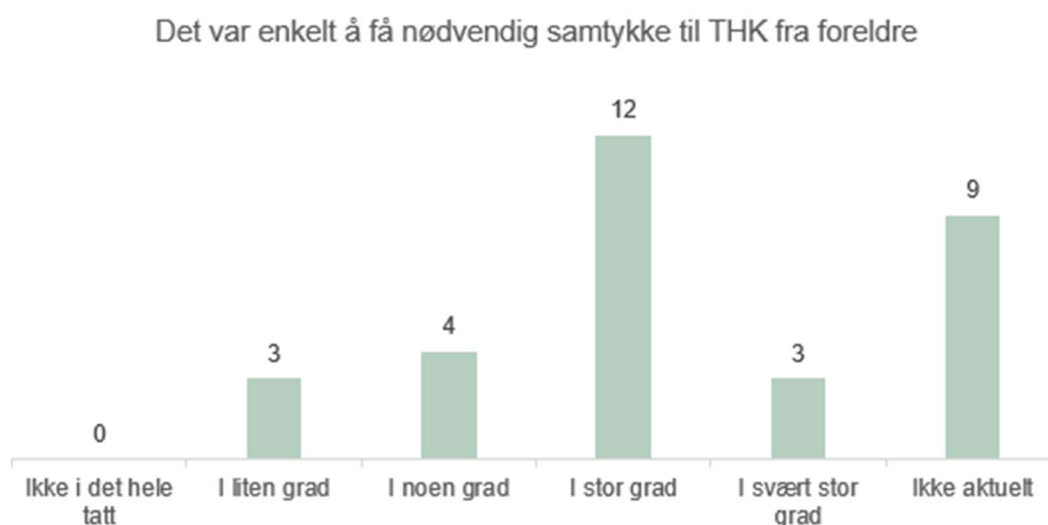
Den vanligste årsaken som oppgis som grunn til at barn ikke er henvist til kartlegging er manglende kunnskap om tverrfaglig helsekartlegging hos saksbehandler. Det er færre respondenter fra region Sør som oppgir dette som årsak for at de ikke har henvist til kartlegging sammenlignet med respondenter fra øvrige regioner. Blant respondenter fra region Sør er det flere som oppgir at barnet/ungdommen var tilstrekkelig kartlagt, eller at tilbudet ikke opplevdes som relevant for barnet/ungdommen, som de viktigste årsakene til at de ikke har blitt henvist til tverrfaglig helsekartlegging. Av andre årsaker til at barn/unge ikke er henvist til tverrfaglig helsekartlegging oppgis det blant annet at saksbehandler ikke har hatt ansvar for oppfølging av barn i målgruppen etter at de fikk kjennskap til tilbudet.



Figur 13 Svarfordeling på spørsmålet «Hva er årsaken til at du ikke har henvist barn/unge i målgruppen til THK?» (N=72)

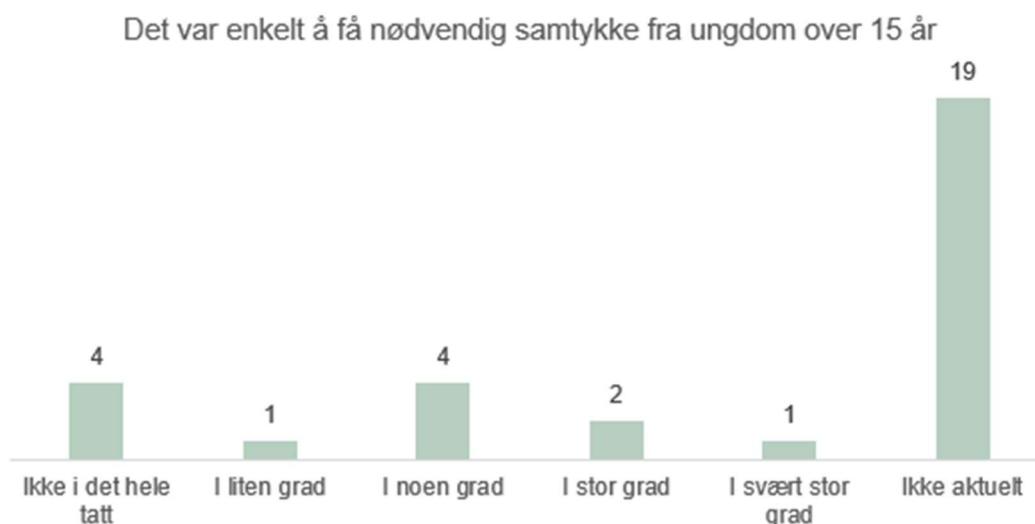
Nærmere om samtykke fra foreldre og ungdommer over 15 år

22 saksbehandlere har opplevd å innhente samtykke fra foreldre og uttalt seg om hvor enkelt det var å få samtykke fra disse. 12 saksbehandlere har innhentet samtykke fra ungdommer over 15 år og uttalt seg om hvor enkelt dette var. Tallgrunnlaget er lite, og må derfor tolkes med forsiktighet.



Figur 14 Svarfordeling på spørsmålet «Det var enkelt å få nødvendig samtykke til THK fra foreldre» (N=31)

Det er flere respondenter fra region Sør som rapporterer om at det er i stor eller svært stor grad enkelt å få nødvendig samtykke til tverrfaglig helsekartlegging fra foreldre. I øvrige regioner er det flere som svarer at det i liten eller i noen grad var enkelt å få nødvendig samtykke fra foreldre. Det gjøres her oppmerksom på at gruppen respondenter fra barnevernstjenester tilhørende region sør er dobbelt så stor som respondentgruppen fra øvrige regioner. Region Sør har også hatt et tilbud om tverrfaglig kartlegging i CARE-team tidligere, så tilbudet kan også ha vært mer kjent for saksbehandlere i kommuner som tilhører denne regionen. Sammenlikninger av resultater på tvers av regioner må derfor tolkes med forsiktighet.

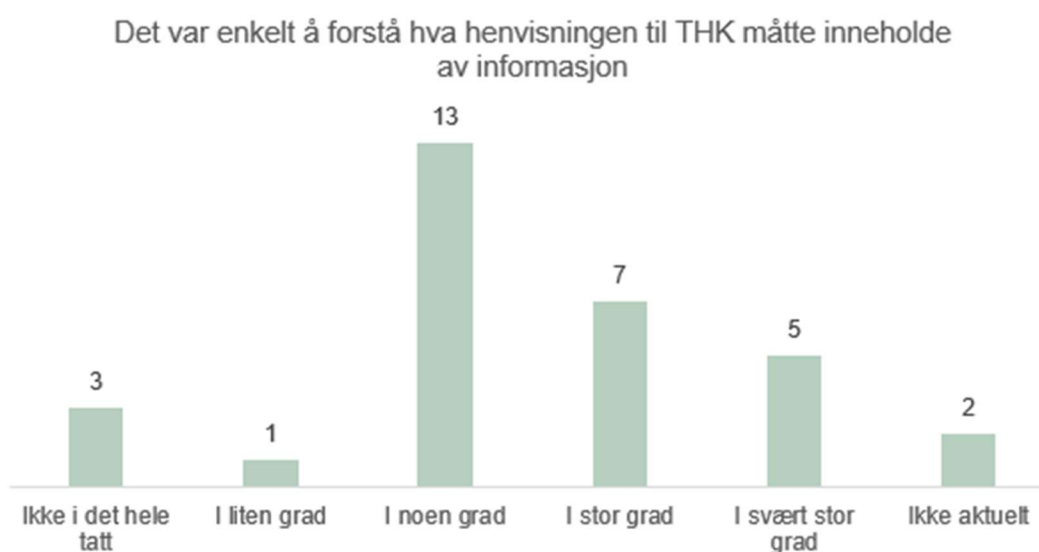


Figur 15 Svarfordeling på spørsmålet «Det var enkelt å få nødvendig samtykke til THK fra ungdom over 15 år» (N=31)

Svarene på om det var enkelt å få nødvendig samtykke fra ungdom over 15 år tyder på at det er vanskeligere å få ungdom til å samtykke til tverrfaglig helsekartlegging sammenlignet med de tilfellene hvor foreldrene må samtykke. Svarene fra respondentene i region Sør tyder på at det i større grad var enkelt å få samtykke fra ungdom over 15 år i denne regionen sammenlignet med øvrige regioner.

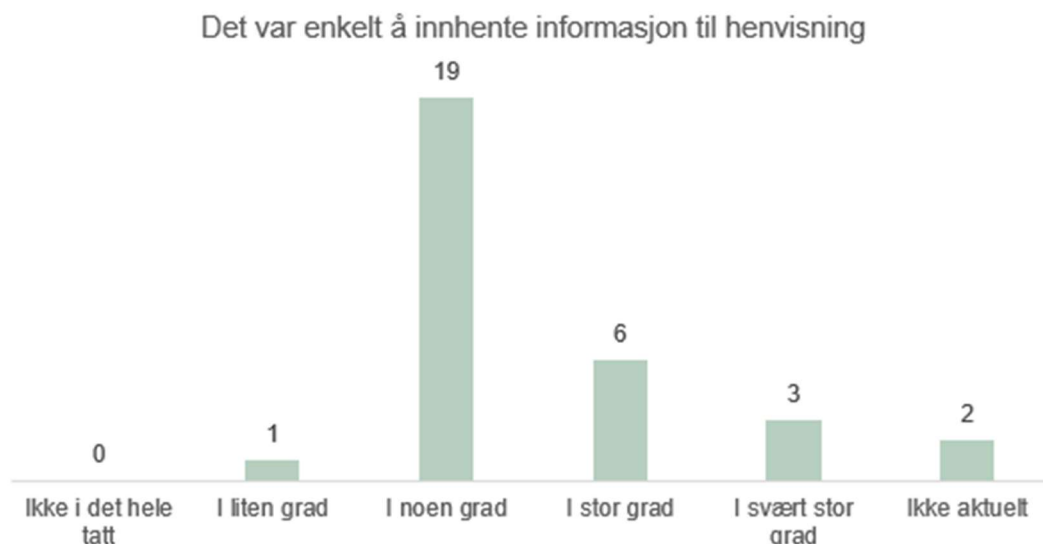
Innhold i henvisningen til tverrfaglig helsekartlegging og innhenting av informasjon

De fleste syntes det i noen grad, i stor grad eller i svært stor grad var enkelt å forstå hva henvisningen skulle inneholde. Få saksbehandlere har svart at det ikke i det hele tatt var enkelt å forstå hva henvisningen til tverrfaglig helsekartlegging måtte inneholde. Det er flere som syntes det i stor grad eller veldig stor grad var enkelt å forstå, enn som ikke syntes det var enkelt å forstå. Det er noenlunde likt fordelt mellom regionene.



Figur 16 Svarfordeling på spørsmålet «Det var enkelt å forstå hva henvisningen til THK måtte inneholde av informasjon» (N=31)

På spørsmålet om det var enkelt å innhente informasjon til henvisning, tyder svarene på at det å samle inn informasjon til henvisningen kan være litt krevende. Her er det lite forskjell mellom regionene. De som har svart at det var litt vanskelig å forstå hva henvisningen skulle inneholde har også svart at det var litt vanskelig å innhente informasjon. Dette kan tyde på at hvorvidt det oppleves som enkelt å innhente informasjon til henvisningen er avhengig av om det oppleves som enkelt å forstå hva som skal være med i henvisningen.



Figur 17 Svarfordeling på spørsmålet «Det var enkelt å innhente informasjon til henvisning» (N=31)

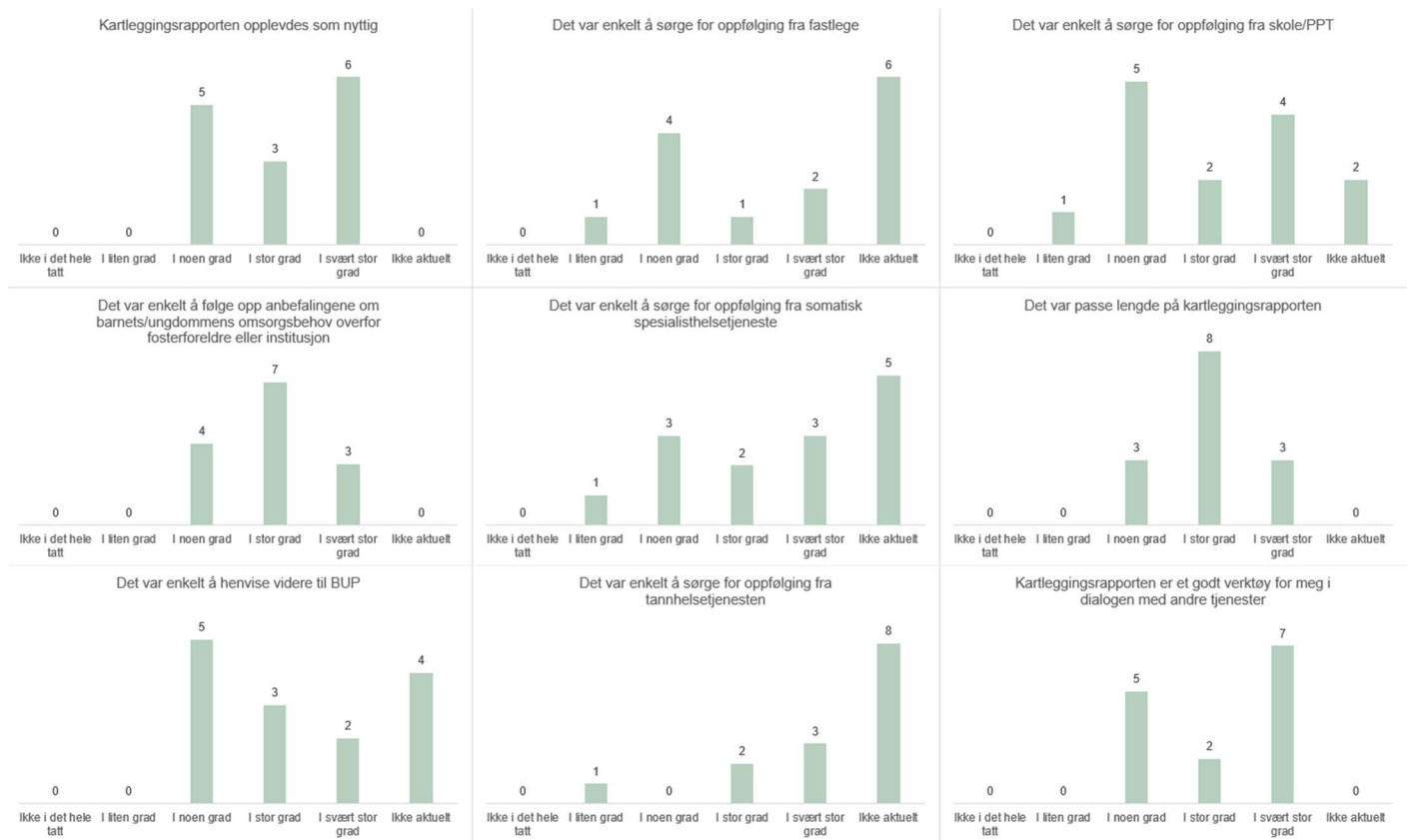
Barnevernstjenestens vurdering av kartleggingsrapporten

Av de respondentene som har henvist barn/ungdom til kartlegging var det 14 stykker som svarte at de hadde mottatt en kartleggingsrapport fra et kartleggingsteam. De fleste av respondentene er fra barnevernstjenester tilknyttet region Sør, og et par stykker er tilknyttet region Midt. I Figur 18 under er svarfordelingen på spørsmål om kartleggingsrapporten visualisert. Grunnet et lite utvalg må også disse resultatene tolkes med forsiktighet.

De fleste respondentene som har mottatt en kartleggingsrapport opplevde rapporten som nyttig. De som kun i noen grad opplevde kartleggingsrapporten som nyttig opplever også at det i mindre grad var enkelt å sørge for oppfølging fra andre instanser. Særlig oppfølging fra skole/PPT kan se ut til å være vanskelig for saksbehandler. Halvparten av utvalget svarte at det har i liten eller i noen grad vært enkelt å sørge for oppfølging fra skole/PPT.

Der det har vært aktuelt å få oppfølging fra fastlege, er det flere som svarer at det i liten eller i noen grad var enkelt å få denne oppfølgingen. Det kan også se ut som at de samme som svarte at det i mindre grad var enkelt å sørge for oppfølging fra fastlege også opplever at rapporten bare i noen grad var nyttig og at det var mer utfordrende å sørge for oppfølging fra andre instanser.

Det er ingen store variasjoner i hvordan respondentene har svart på spørsmål knyttet til hvordan kartleggingsrapporten fungerer som verktøy i dialog med andre tjenester.



Figur 18 Svarfordeling på spørsmål knyttet til mottak av kartleggingsrapport (N=14)

Avsluttende kommentarer fra saksbehandlere

Avslutningsvis i spørreundersøkelsen ble respondentene spurt om de hadde noen andre innspill eller kommentarer som de ønsket å dele. Av de kommentarene som kom inn handlet de fleste om at barnevernstjenesten var veldig positive til tilbudet, og ønsket mer informasjon. Det kom flere innspill på at det var ønskelig å kunne henvise barn som ikke var flyttet ut av hjemmet, og de barna som hadde bodd i fosterhjem en stund. Det uttrykkes også et ønske om at de som har ansvar for kartleggingen har tilgang til de nødvendige dokumenter i Bufetats systemer, slik at barnevernstjenesten slipper å sende informasjon som allerede ligger tilgjengelig.

Intervjuer med saksbehandlere i kommunal barnevernstjeneste

Det er gjennomført intervjuer med seks saksbehandlere i kommunal barnevernstjeneste. Saksbehandlerne har tilhørighet i regionene Nord, Midt, Sør og Oslo.

Overordnede innsikter fra intervjuene

Tverrfaglig helsekartlegging oppleves som et målrettet og svært godt tilbud. Flere av respondentene gir tilbakemelding om at tilbudet er «spot on», veldig velkomment og at de vil henvise barn til kartlegginger også fremover. Kartleggingsdagen trekkes frem som en positiv opplevelse både for barna og omsorgspersonene.

Det foreligger et behov for mer informasjon om THK

Flere av respondentene peker på viktigheten av god informasjon om hva tverrfaglig helsekartlegging er. Det anses som positivt å få informasjon om hva tilbudet innebærer direkte fra teamet, eller andre med inngående kunnskap om THK. Det kan i enkelte tilfeller oppleves som uklart om barnet er i målgruppen, eksempelvis i

de tilfeller hvor det er uklart om barnet skal tilbakeføres til hjemmet, og om barnet da skal henvises til kartlegging. Det pekes også på som viktig for barna som skal kartlegges at det foreligger godt informasjonsmateriell om tverrfaglig helsekartlegging som er tilpasset barn. En presentasjon av teamet og bilder av lokalene trekkes frem som viktig i dialogen med barnet. Det pekes også på et ønske om at barnet skal få besøke kartleggingslokalet i forkant av kartleggingen.

Barn som har vært på kartleggingen har positivt inntrykk

Barn som har vært gamle nok til å uttale seg om kartleggingen, har gitt positiv respons på kartleggingsdagen til saksbehandler. Gjennomføringen med pauser både for mat og spilling på telefon har blitt trukket frem som positive faktorer. Ett av barna som har vært på kartlegging hadde reflektert over resultatene fra kartleggingen, både de som barnet kjente seg igjen i, og de resultatene det ikke kjente seg igjen i. Barnet hadde ikke blitt skremt av å være på en kartlegging, og hadde forståelse for at dette var viktig.

Enkel henvisningsprosess med rask tilbakemelding til saksbehandler oppleves som viktig

Det pekes på som positivt at det benyttes det samme henvisningsskjemaet når saksbehandler skal henviser til THK som for øvrige tjenester i barnevernet. Rask tilbakemelding på henvisningen oppleves som viktig for saksbehandler, og de som fikk jevnlig informasjon om prosessen eller status rundt henvisningen satte pris på dette. Det trekkes også frem som positivt at det raskt settes en dato for gjennomføring av kartleggingen. Jevnlig dialog med teamet, også etter at dato for kartleggingen er satt, pekes også på som positivt. Enkelte team har praktisert en avvikende henvisningsprosess i utprøvningsperioden. Saksbehandlere som har henvist barn til kartlegging til disse teamene peker på et ønske om tettere og mer forutsigbar prosess.

Henvisninger til somatisk spesialisthelsetjeneste via fastlege kan være utfordrende

Det trekkes frem som utfordrende at en må via fastlegen for henvisninger til somatisk spesialisthelsetjeneste når barnet allerede er undersøkt av en lege. Flere trekker frem at det er kommet frem informasjon om barnets helse i kartleggingsrapporten som må tas tak i med en gang. I disse tilfellene kan omveien via barnets fastlege være krevende. Kartleggingsrapporten kan og bør muliggjøre en direkte henvisning av barnet til somatisk spesialisthelsetjeneste.

På den andre siden trekker en saksbehandler frem at det kan være fordelaktig å gå via fastlege for å henviser barnet til somatisk spesialisthelsetjeneste. Dette trekkes frem av samme saksbehandler som også var opptatt av tettere involvering av saksbehandler og mer dialog med kartleggingsteamet. I mangel av gode avklaringer fra kartleggingsteamet på hva som ligger til grunn for de ulike anbefalingene opplever vedkommende at det kan være en fordel å koble på fastlege som kan ha mer tid til å gjøre en vurdering. Vedkommende peker på et behov for et tettere samarbeid med kartleggingsteamet dersom vedkommende skal benytte kartleggingsrapporten i direkte dialog med somatisk spesialisthelsetjeneste.

Informasjonsinnhenting er viktig, også for barnevernet

Informasjonen som etterspørres av kartleggingsteamene er også nyttig for barnevernstjenesten å ha. En henvisning til tverrfaglig helsekartlegging kan være en god oppfordring for barnevernet til å innhente informasjon som de uansett bør ha om barnet. I forkant av informasjonsinnhenting trekkes det frem som svært nyttig at saksbehandler har deltatt på et oppstartsmøte med kartleggingsteamet, slik at de har innsikt i hvilken informasjon som er hensiktsmessig å sende inn og ikke. Mengden informasjon som må innhentes til en kartlegging kan være stor, og det trekkes frem som veldig positivt å ha direkte dialog med

kartleggingsteamet i arbeidet med innhenting av informasjon. En saksbehandler trakk frem et ønske om å være mer involvert i kartleggingen. Vedkommende mente å kjenne barnet godt, og opplevde å sitte på mye relevant informasjon som kunne vært nyttig for kartleggingsteamet.

Barnevernstjenesten viser til at informasjonsinnhenting fra fastlege kan være krevende. Informasjon om hvorvidt barnet har fastlege er heller ikke alltid lett tilgjengelig for barnevernet. Saksbehandler kan oppleve å måtte kontakte flere legesentre for å finne ut om barnet har hatt en legekontakt der tidligere.

Kartleggingsrapporten er svært nyttig for barnevernstjenesten

Kartleggingsrapporten gir veldig god informasjon om barnet til barnevernet, både i sakene hvor barnevernstjenesten har mye informasjon om barnet, og der de har lite informasjon. Konkretiseringen og dokumenteringen av barnets behov i en samlet rapport trekkes frem som spesielt nyttig. Saksbehandlere som har mottatt kartleggingsrapporter fra de regioner hvor teamene har brukt rapportmalen peker på rapportens oppbygging med en tydelig oppsummering og inndelte struktur som veldig brukervennlig.

I de tilfeller hvor barnet trenger rask oppfølging trekkes det frem viktigheten av å få informasjonen fra kartleggingsteamet innen kort tid, selv om rapporten ikke er ferdig skrevet og overlevert barnevernet. I de tilfeller hvor barnet må henvises videre, har kartleggingsrapporten fungert som et godt verktøy for barnevernstjenesten. Selv når barnet tidligere har vært flere ganger hos BUP gir kartleggingsrapporten ny, og nyttig, informasjon som legges ved nye henvisninger til utredning. I arbeidet med å finne fosterhjem til barna oppleves rapporten som et godt verktøy til å finne det riktige hjemmet med de rammene som barnet behøver. For eksempel kan det være at omsorgsbehovet til barnet er så stort at det ikke bør være andre barn som bor i hjemmet. Det kan også være behov for en bestemt geografisk plassering dersom barnet har spesielle helse- eller hjelpebehov som ivaretas på en spesialskole eller andre instanser. Noen barn har også så komplekse utfordringer (for eksempel sterke tilknytningsforstyrrelser eller utagerer mye/sterke følelsesuttrykk), at anbefalingen fra teamet kan være at barnet bør bo i et fosterhjem med særlig kompetanse på dette. For barn med sammensatte og komplekse behov, der flere aktører må samarbeide om å hjelpe barnet, kan det også være en fordel at fosterhjemmet har særlig kompetanse på å navigere i systemene for å sikre at barnet får den hjelpen som det har behov for.

Det pekes på av flere som viktig at kartleggingsrapporten mottas før barnets sak skal behandles i fylkesnemnda. I de tilfellene hvor barnets sak er behandlet i fylkesnemnda, er rapporten blitt godt mottatt og vektlagt i stor grad av nemnda.

3.2.2 Teamledere, ansvarlige i Bufetat, Enhet for inntak og ledere i helseforetak

Utpøringsprosjektet har gjennomført dybdeintervjuer med alle teamlederne for de tverrfaglige kartleggingsteamene, den som har vært ansvarlig for å etablere teamene i de ulike regionene i Bufetat (men ikke i BFE), en representant for Enhet for inntak som mottar henvisninger fra barnevernstjenesten og ledere i helseforetak som avgir ressurser til kartleggingsteamene. Respondentene har snakket åpent i intervjuene, og delt både erfaringer, frustrasjoner og bekymringer. Respondentene har blitt lovet at de ikke siteres i rapporten og at utsagn ikke kan knyttes direkte til dem. Fordelen er at vi har fått ufiltrerte erfaringer. Samtidig er konsekvensen at vi har måttet aggregere innsikten, slik at den på enkelte områder kan fremstå som generell og lite konkret.

Til sammen har vi gjennomført 12 intervjuer i perioden 14.03-08.04. Flere av teamene hadde på dette tidspunktet nylig startet opp med kartlegginger, og kun gjennomført mellom en og fem kartlegginger. Innsikten kan derfor bære preg av at teamene fortsatt var i en oppstartsfase. I denne oppdaterte sluttrapporten har vi også intervjuet ansvarlig for etablering av team i en region som nå er i ferd med å etablere sitt første tverrfaglige kartleggingsteam.

Overordnet

Behov for et tydelig mandat og solid forankring

Et flertall av de vi har snakket med peker på viktigheten av god ledelsesforankring og tydelig dialog mellom Bufetat/BFE og helseforetakene, og inn i teamene. En forutsetning for et godt samarbeid ligger i et presist definert mandat med tydelige rammer for hva tverrfaglig helsekartlegging er, og hva det nettopp ikke er. Det vil også være viktig å etablere et eierskap til tjenesten i helseforetakenes linjeledelse. Det påpekes at samarbeidet mellom Bufetat/BFE og helselinja er lettere når begge instanser har fått likelydende oppdrag.

Antagelser om at det finnes lignende tilbud fra før er en gjenganger og det er behov for å kommunisere og eksemplifisere forskjellen på *kartlegging* og *utredning* og *andre tester*. Et eksempel som trekkes frem er forskjellen på tverrfaglig helsekartlegging og Pakkeforløp Barnevern – kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn og unge. Det pekes også på viktigheten av at instansene som skal følge opp barna har tilstrekkelig kapasitet. Systemene bør ha en felles målsetting, slik at det ikke etableres mange kartleggingsteam uten at tilstrekkelig hjelp kan tilbys barna i etterkant. Det pekes på en risiko for at for mange spesialistressurser bindes opp i kartleggingsteamene, og det ikke er kapasitet i tjenestene til å ivareta de barna som er kartlagt.

Helseforetakene

Avgi/fristille ressurser

For helseforetakene som skal avgi ressurser er det avgjørende med god informasjon om oppdraget, beskrivelse av rolle de skal avgi og hva det vil bety med tanke på arbeidsgiveransvar. Spørsmål rundt sykefravær, vikar, mistrivsel på arbeidsplass og lignende bør omtales i samarbeidsavtale eller annen type avtale. Det å ha arbeidsgiveransvar overfor ansatte som er på et helt annet sted enn en selv, oppleves også krevende for mange å ivareta. I intervjuene blir det sagt at for å lykkes må riggen rundt arbeidsforhold være på plass.

Det er også behov for en tydeliggjøring av sakkyndigrollen da dette er et uklart begrep for de lederne som skal fristille ressurser, noe som i seg selv kan skape utfordringer med eierskap til tilbudet i helseforetakene. Det er også mange som opplever det krevende å avgi ressursen som etterspørres og flere opplever at de ikke får erstattet disse ressursene. For helseforetakene kan det å avgi ressurser skape utfordringer med å dekke andre behov og de kan oppleve å ende opp med å være den tapende part. Flere peker på det å ansette personene i Bufetat som en mer bærekraftig løsning på sikt. Det er også viktig for helseforetakene at forespørsler kommer i god tid så de får tid til å planlegge for den kommende perioden.

Krav til helseressurser er vanskelig å imøtekomme for de fleste regioner

Flere helseforetak kommenterer at det er vanskelig å imøtekomme kravene til kompetansen på helseressursene som etterspørres inn i teamet og flere er bekymret for levedyktigheten til ordningen om ikke dette tilpasses kapasiteten som finnes i de ulike regionene. Det er mangel på både lege- og

psykologspesialister i de fleste regioner, og for høye eller rigide kompetansekrav vil kunne føre til at helseforetakene ikke klarer å stille med helsepersonell med riktig kompetanse. Samtidig er det et generelt dilemma i spesialisthelsetjenesten at det er vanskelig å rekruttere og beholde folk med riktig kompetanse for de oppgaver, forventninger og krav som stilles. Helsedirektoratet presiserer i innspill til rapporten at selv om det er spesialistmangel i deler av spesialisthelsetjenesten og deler av landet, medfører ikke dette at man reduserer forventninger til spesialisthelsetjenesten.

I nord utdannes det i snitt en barnelege i året og det leies derfor inn leger og psykologer via utleiefirmaer, noe som er svært kostbart. Teamene i sør har ikke fått bemannet psykolog fra PHBU og legerollen er ikke bemannet av en pediatr med erfaring i sosialpediatri, men en erfaren barnelege. I Oslo fikk de psykolog fra BUP 1.august 2022 (de fikk imidlertid en barnepsykiater fra BUP i påvente av psykologressursen). I Midt har psykologrollen vært delt på to personer som hver hadde 25 prosent stilling. På tidspunktet for ferdigstillelse av denne rapporten har teamet i Midt én psykologressurs fra BUP i 50 prosent stilling.

Ansvarlig for etablering av tverrfaglige kartleggingsteam

Informasjonsbehovet er stort i oppstartsfasen

For de som skal etablere team i nye regioner foreligger det et stort informasjonsbehov om beste praksis for etablering. MVP trekkes frem som et viktig hjelpemiddel ved etablering av nye team, og burde vært en del av en større informasjonspakke. Informasjon om inngåelse av samarbeidsavtaler med helselinja, hvor stor stillingsbrøken til teamleder bør være og teamets geografiske lokasjon er spørsmål som trekkes frem når nye team skal etableres. I forhold til avtaleinngåelse med helseforetakene stilles det spørsmål ved på hvilket nivå samarbeidsavtalene skal inngås, og hvem som er ansvarlig for inngåelse av denne avtalen. I forlengelse av dette spørsmålet reises et nytt spørsmål om dimensjonering og hvor mange som skal tilbys kartlegginger i regionen, som har innvirkning på hvor teamets geografiske lokasjon skal være, samt hvilket helseforetak det skal inngås avtaler med. I tillegg til informasjonspakken pekes det på behovet for oppstartsmøter med ansvarlig for tjenesten i Bufdir og muligheten til å lære av mer erfarne teamledere.

Teamleder

Teamleder har behov for tid til å bygge og støtte teamet sitt

Samtlige teamledere bruker mer tid enn budsjetterte 10 prosent. De trekker frem at det kreves mye tid for å forankre og sette teamet. Det kommer frem i intervjuene at teamleder ser det som avgjørende å være tilgjengelig for avklaringer både i forberedelser til kartleggingsdagen, i gjennomføringen av selve kartleggingen, og i arbeidet med rapporten. For at teamet skal jobbe effektivt trenger de at teamleder tar avgjørelser på sparket og skjermer teamet fra alle oppgaver som ikke angår kartleggingen.

Teamets sammensetning og mandat

Rollebeskrivelser og forventningsavklaringer

Det er avgjørende at det utarbeides gode rollebeskrivelser og at forventninger til en selv og de andre på teamet drøftes ved oppstart. Rollebeskrivelser og forventningsavklaringer er også etterlyst av helseforetakene for å kunne gjøre best mulig vurdering rundt hvilke ressurser som bør avgis og med hvilken horisont.

Større stillingsprosenter kan gi bedre kontinuitet og samarbeidsforhold

Små team der det enkelte teammedlem har en større stillingsprosent rapporterer om enklere samarbeidsforhold fordi det er lettere å finne tid til felles forberedelser og etterarbeid, som drøfting og rapportskriving. Større stillingsprosenter gjør også at teammedlemmene tilbringer mer tid sammen, blir kjent, og på den måten etablerer tillit og får bedre rammebetingelser for et tverrfaglig arbeid. Samtidig kan denne type organisering være mer sårbar for sykdom og fravær.

På motsatt side vil team der rollene er fordelt på flere personer med lavere stillingsprosenter kunne ha utfordringer med å koordinere seg. Blant annet har lavere stillingsprosenter vist seg krevende i form av å koordinere samarbeidstid rundt forberedelser, gjennomføring av kartlegging, analysearbeid og rapportskriving. Dette har for noen resultert i en del kvelds- og fritidsjobbing. Ett team har for eksempel rapportert at de i en kortere periode måtte sette kartlegginger på pause fordi psykologen ikke hadde flere timer tilgjengelig til tverrfaglig helsekartlegging.

Helseressurser må ikke bli konsulenter

Respondenter fra helseforetak peker på at lave stillingsprosenter på ressurser fra helseforetakene og lite fokus på inkludering og samhold i teamet som helhet vil kunne føre til helseressurser med mindre eierskap til oppdraget om tverrfaglig helsekartlegging enn teammedlemmene fra barnevernet. Risikoen er at helseressurser blir konsulenter som bare utfører en klinisk helsesjekk uten å delta likeverdig i forberedelser og planlegging av kartleggingen, gjennomføring av kartleggingsdagen, den tverrfaglige drøften og arbeidet med rapporten. Respondentene mener at det er viktig at dette unngås og at det bør jobbes systematisk med å inkludere helseressurser inn i teamet og skape et felles eierskap til oppdraget som skal utføres. Ett team har også erfart at legen ikke har anledning til å delta i den tverrfaglige drøften, men kun leverer en skriftlig rapport i etterkant av selve kartleggingsdagen. Dette begrunnes i legens meget travle kalender og for lite tid avsatt til å delta i det tverrfaglige arbeidet. Dette skaper bekymring hos teamleder, da prinsippene om samtidighet og tverrfaglighet og merverdien dette skaper bortfaller.

Sakkyndigrollen og manglende henvisningsrett

Legene i kartleggingsteamene peker på uheldige situasjoner som har oppstått som konsekvens av manglende henvisningsrett for å sikre helsehjelp for barnet. Da barnevernstjenesten ikke har henvisningsmulighet til somatikk i spesialisthelsetjenesten, kun til psykisk helsevern for barn og unge, blir dette spesielt uheldig. Eksempler som har blitt pekt på er små barn som ikke gir blikkontakt og som bør undersøkes av øyelege, eller unge jenter som frykter at de er gravide og bør undersøkes. De omtaler det som yrkesetisk krevende å ikke ha muligheten til å henvise barnet videre til helsehjelp. Flere av barna de har kartlagt har hatt behov for direkte henvisning, og legene opplever det som en omvei å la det gå gjennom fastlege (hvis barnet har en tilgjengelig) eller legevaktslege på et senere tidspunkt når behovet identifiseres av barnelege/legespesialist i kartleggingssituasjonen. Det refereres til legens rolle ved Statens Barnehus som en modell der barnelegen innehar sakkyndigrollen og samtidig kan henvise barnet til helsehjelp. På Statens Barnehus er det lagt til rette for at helsepersonell kan utføre sakkyndigoppdraget (rettsmedisinsk undersøkelse) og en medisinsk undersøkelse (helsehjelp med mulighet for å henvise) samtidig.

I 0-6-teamet i Sør er det gjort kartlegginger i flere år uten at legen har hatt henvisningsrett til somatisk spesialisthelsetjeneste. Ved behov for helsehjelp som er spesielt viktig har teamets lege tatt kontakt med

fastlege, behandler, omsorgsperson og lokal barnevernstjeneste på kartleggingsdagen for å gi informasjon.

Behov i teamet

Tverrfaglighet er en ferdighet som må trenes opp og vektlegges allerede fra start

Noen team forteller om utfordringer med det å jobbe tverrfaglig og en manglende felles forståelse av hva tverrfaglig arbeid betyr. Teamene har til nå hatt noe ulik tilnærming, der noen team legger opp til at alle fagpersoner skal være med på alt, mens andre mener at tverrfagligheten ligger i at ulike fagprofesjoner gjør sine kartlegginger og at tverrfagligheten kommer når dette drøftes felles. Det pekes på muligheten av å tilrettelegge for flere møtepunkter for teamet i løpet av en dag hvor de kan samarbeide tverrfaglig. Flere av respondentene peker på at arbeidskulturen i helseforetakene og barnevernet er ulike, og at dette også påvirker samarbeidet. Teamlederne peker på behovet for å definere en felles metode og tilnærming til tverrfaglighet og trene på denne. Det er ønskelig med en tydelig definisjon hva tverrfaglighet er, og hvordan denne skal tilrettelegges for.

Innblikk i de andres fagområder

Det er også ønskelig at teamet innledningsvis får innblikk i hverandres fag og metoder til bruk i kartleggingen allerede fra start for å forstå mer om helheten og hvordan de kan spille på hverandre. Manglende kjennskap til hverandres fagkompetanse kan føre til profesjonskamp, manglende tillit til andres vurderinger og ønske om å kontrollere hverandre. Det pekes også på behovet for å forstå hvordan barnevernstjenesten jobber. Teamdeltakere som kommer “utenfra” har andre forutsetninger for å forstå mandatet til tverrfaglig helsekartlegging og man løper en risiko for å “prate forbi hverandre”.

Behov i kartleggingsarbeidet

Behov for effektive rutiner og systemer for å motta henvisninger

Alle teamene har per august 2022 stor pågang av henvisninger, og har planlagt kartlegginger i minst 1-2 måneder framover i tid. I takt med at henvisningsmengden øker, begynner man å se noen barnesykdommer knyttet til kapasitet og effektivitet. Regionene har organisert mottak av henvisninger på ulike måter i utprøvingen, men MVP standardiserer et henvisningsforløp via Bufetats Enhet for inntak. Enhet for inntaks rolle er å vurdere om barnet er i målgruppen for tverrfaglig helsekartlegging og oversende saken med tilhørende dokumentasjon til teamet. Teamet overtar så ansvaret for dialogen med barnevernstjenesten knyttet til den enkelte kartlegging.

Tidkrevende å innhente dokumentasjon

Teamene har erfart at barnevernstjenesten ikke har god nok informasjon om hva slags dokumenter som skal følge barnet ved en henvisning til kartlegging. Det er behov for å utarbeide malverk og gode pre-utfylte skjemaer som etterspør ulike informasjon og dokumentasjon på barnet. Psykologene må ofte etterlyse den samme dokumentasjonen om barnet, noe som er tidkrevende og lite hensiktsmessig ressursbruk. Dette kan være for eksempel være evnetester fra PPT eller informasjon fra BUP. Denne informasjonen besitter ikke alltid barnevernstjenesten om barnet. En av årsakene til dette kan være at barnet nettopp er flyttet ut av hjemmet, og informasjonen ikke enda er innhentet av barnevernstjenesten.

Viktig å avklare barnets/ungdommens motivasjon for å møte opp

Blant de større barna er det erfart at det kan være utfordrende å få barnet/ungdommen til å stille opp på selve kartleggingsdagen. Om barnet ikke dukker opp og teamet ikke har fått beskjed blir det en kostbar avlysning

og ressursene i teamet er sårbare i sin arbeidslogistikk mellom tverrfaglig helsekartlegging og annen jobb. Flere av teamene har gode erfaringer med å kontakte omsorgsperson/institusjon i forkant for å avklare motivasjonen.

Rapportmal må oppleves som et verktøy og ikke et hinder i arbeidet

Teamene i Midt, Nord og Sør 7-17 har i august 2022 tatt i bruk prosjektets felles rapportmal. Hensikten med å utvikle en felles rapportmal har vært å minimere risikoen for uønsket variasjon og sikre forutsigbarhet for kommunene som mottar rapporten. Det var opprinnelig en viss skepsis til rapportmalen blant teamene, da den oppleves som litt overveldende og for lang med mange gjentakelser. En oppdatert versjon av rapportmalen med veiledning for hvordan den er tenkt brukt, ble sendt til teamene 10.05.2022.

Styringsgruppen i prosjektet har bedt teamene om å bruke den oppdaterte rapportmalen i minst fem kartlegginger for å få erfaringer med formatet. Teamene som nå har erfaring med bruk av rapportmalen opplever at den fungerer godt, men har gitt innspill til mulige forbedringer i eventuelle nye versjoner.

Teamet i Midt har valgt å gå tilbake til sin opprinnelige rapportmal etter å ha brukt den felles rapportmalen i fem kartlegginger. De opplever at denne er bedre tilpasset de minste barna.

Rapportskrivingen er den desidert vanskeligste tidsrammen å overholde for de ulike ressursene og det er avgjørende at rapportmal er av best mulig hjelp og støtte for at teamene skal kunne levere god kvalitet.

Region Sør 0-6-teamet har lang erfaring med rapportskriving gjennom CARE-prosjektet, og peker på et behov om en kort og konsis rapportmal tilpasset kommunen. De peker også på viktigheten av at rapportmalen ikke blir for lang og detaljert, og at det må unngås gjentakelser for å sikre at rapporten blir leservennlig og oversiktlig. Deres erfaringer er at hovedfokus i rapporten bør være barnets behov for utviklingsstøtte og tilrettelegging i hverdagen, samt behov for henvisninger.

3.2.3 Data om innhold i kartleggingene

Innsikt fra datafangsten om hva teamet gjør på kartleggingsdagen

Om kartlegginger per team

Det er samlet inn data om 70 kartlegginger som er gjennomført i prosjektets utprøvningsperiode. Teamet med flest registrerte kartlegginger er Sør 7-17, som har registrert 28 gjennomførte kartlegginger. Fordelingen av antall registrerte kartlegginger per team vises i Figur 19. Teamet i Oslo tester gjennomføring av kartleggingen over flere dager. På sine 11 registrerte kartlegginger har teamet gjennomført kartlegging over 2 dager ved seks av tilfellene, og over 3 dager i fem tilfeller.



Figur 19 Antall registrerte kartlegginger per team (N=70)

At det har blitt gjennomført flest kartlegginger i teamene i Sør, reflekterer at disse teamene kom raskt i gang med kartlegginger. Barneteamet i Sør har merket at det er færre barn som akutt plasseres i regionen, og de har i prosjektperioden kartlagt 16 barn som inngår i erfaringsgrunnlaget.

Teamets vurdering av kartleggingsdagen

Teamet har blitt bedt om å gjøre en egen-evaluering av hvordan de synes kartleggingsdagen har vært. Teamenes vurdering er i all hovedsak svært positiv. Figur 20 viser hvordan egen-evalueringen per kartlegging fordeler seg på en skala fra 1-5.



Figur 20 Teamets vurdering av kartleggingsdagen, på en skala fra 1(dårligst) til 5(best) (N=70)

Teamet blir også bedt om å oppgi om det var noen hindre for kartleggingen, eksempelvis manglende oppmøte, språk, manglende samarbeid, fravær i tverrfaglig team eller andre hindre. Ingen av teamene har registrert noen hindre på de gjennomførte kartleggingene.

Verktøy og metoder benyttet i kartleggingene

I datafangsten skilles det på om en bestemt del av kartleggingen/bestemte kartleggingsverktøy og metoder er gjennomført av en ressurs fra helselinja eller en ressurs fra Bufetat/BFE (se avsnitt 2.3.3 Helsefaglige føringer for utprøvingen). I denne delen av datainnsamlingen foreligger det store skjevheter. Tre av teamene har ikke fått fristilt psykolog fra PHBU fra sitt helseforetak, noe som kan forklare hvorfor større deler av kartleggingene ofte er gjennomført av ressurser fra Bufetat/BFE. Alle teamene har psykologer ansatt i Bufetat/BFE og barnevernsfaglig i sine team. Det er ikke spesifisert i datainnsamlingen om kartleggingene er gjort av psykolog fra Bufetat/BFE eller barnevernsfaglig. I henhold til MVP er det psykologressursene som skal gjøre den største delen av kartleggingene. Tilbakemelding fra teamene tyder også på at det er noe feil og mangler i registreringen. Datagrunnlaget om hvorvidt en metode eller verktøy er benyttet av helsepersonell eller ansatte fra Bufetat/BFE er derfor vanskelig å tolke.

De fleste verktøy som teamene kan rapportere på er benyttet av teamene i større eller mindre grad. Dette kan indikere at det er et behov for fleksibilitet i teamene knyttet til hvilke kartleggingsverktøy de kan benytte. Teamene varierer i liten grad mellom hvilke verktøy de benytter i kartleggingene. Dette kan tyde på at valget av kartleggingsverktøy baseres på hva teamene har kompetanse på. Den lille variasjonen som er, kan være knyttet til tilpasninger til det enkelte barn.

Sosialpediatrisk undersøkelse

99 prosent av kartleggingene inneholder en sosialpediatrisk undersøkelse. At dette tallet ikke er 100 prosent kan være både fordi ett barn har motsatt seg hele, eller store deler av undersøkelsen, eller at det er en feil i registreringen. Over 85 prosent har gjennomgang av sykdomshistorie og sosiale forhold. Datasettet gir ingen nærmere forklaring på hvorfor det ikke har blitt gjort en gjennomgang av sykdomshistorie og sosiale forhold i de øvrige tilfellene.

Samtale med barnet

En del av kartleggingen er en samtale med barnet. Denne skal i utgangspunktet gjennomføres av psykolog fra helse eller Bufetat/BFE eller barnevernsfaglig. I 74 prosent av kartleggingene er det gjennomført en samtale med barnet. 47 prosent av samtalene er gjennomført av psykolog eller barnevernsfaglig fra Bufetat/BFE, 10 prosent av samtalene er gjennomført av psykolog fra helse, og 43 prosent av samtalene er gjennomført av både psykolog fra helse og psykolog eller barnevernsfaglig fra Bufetat/BFE. Det at flere team ikke har psykolog fra helse kan forklare hvorfor psykolog fra helse gjennomfører en mindre andel av disse samtalene.

Det er gjennomført 44 kartlegginger av barn over 7 år. I 43 av disse kartleggingene er det gjennomført en samtale med barnet, dette tilsvarer 98 prosent av de kartlagte barna over 7 år. 21 prosent av samtalene er gjennomført av psykolog eller barnevernsfaglig fra Bufetat/BFE, og 79 prosent av samtalene er gjennomført av både psykolog fra helse og psykolog eller barnevernsfaglig fra Bufetat/BFE.

Det er gjennomført 26 kartlegginger av barn fra 0-6 år. I 8 av disse kartleggingene er det gjennomført en samtale med barnet, dette tilsvarer 31 prosent av de kartlagte barna fra 0-6 år. 75 prosent av samtalene er gjennomført av psykolog eller barnevernsfaglig fra Bufetat/BFE, og 25 prosent av samtalene er gjennomført av psykolog fra helse. Det er gjennomført samtaler med barn i alderen 4-6 år.

Kartlegging av risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer

I 99 prosent av alle kartlegginger er det gjennomført en kartlegging av risiko og beskyttelsesfaktorer.

3.2.4 Innsiktsworkshop med kartleggingsteamene

Det ble gjennomført en innsiktsworkshop med kartleggingsteamene på en fysisk samling i Oslo 21. april 2022. Deltakerne ble inndelt i grupper basert på rolle i det tverrfaglige kartleggingsteamet, slik at vi fikk fem grupper:

- Teamledere
- Psykologer (fra Bufetat/BFE og PHBU)
- Barnevernsfaglige
- Leger
- Sykepleiere

Gruppene fikk i oppgave å tenke gjennom de tre fasene i kartleggingsarbeidet: Før kartleggingsdagen, under kartlegging (på selve kartleggingsdagen) og etter kartlegging. For hver av fasene skulle gruppen først reflektere rundt egne erfaringer om hvordan arbeidet i de ulike fasene har fungert og hva de har lært om gjennomføring av tverrfaglige helsekartlegginger. Deretter, basert på erfaringene og læringen, skulle gruppen peke på anbefalinger til hvordan dette burde vært løst. Avslutningsvis skulle hver gruppe trekke frem de topp tre viktigste anbefalingene sett fra deres ståsted.

Tabell 1 oppsummerer de topp tre viktigste anbefalingene fra hver gruppe.

Tabell 1 De topp tre viktigste anbefalingene fra hver gruppe

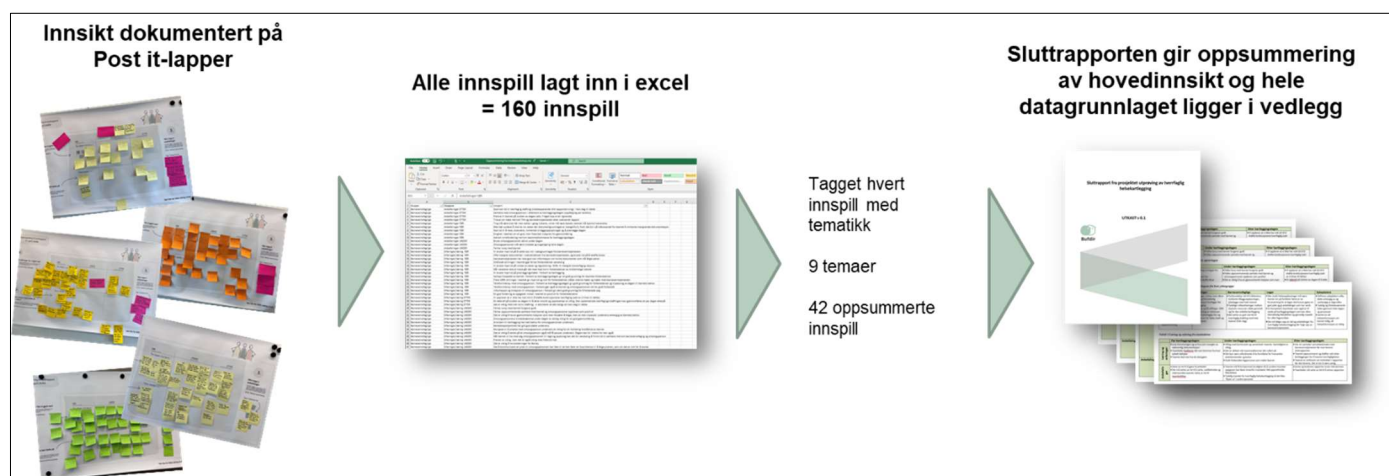
Teamledere
• Sette av tid til å gjøre forarbeidet • Teamet må få lov til å løse oppgaven innenfor mandatet. Opprettholde fleksibiliteten • Korte og konkrete rapporter innen tidsrammen, teamleder må sette av tid til å støtte teamet i rapportskrivingen
Psykologer
• Vi trenger rutiner som sikrer at riktig/tilstrekkelig informasjon foreligger før kartlegging • Robuste og få stillinger. 50 prosent på psykolog er minimum • Det må planlegges for og prioriteres for felles drøft og etterarbeid
Barnevernsfaglige
• Forberedelse: tid til å diskutere, innhente tilleggsopplysninger, planlegge med hele teamet • Tydelige rolleavklaringer mellom teamets ressurser, både generelt og for den enkelte kartlegging • Det må settes av god nok tid til tverrfaglig drøfting med hele teamet (halv dag)
Leger
• Mer (nok) helseopplysninger må være hentet inn på forhånd. Dette er en forutsetning for at legen skal kunne gjøre en god jobb og gi anbefalinger som har verdi. • En kompetent teamleder som også er til stede på kartleggingsdagen som kan sikre tilstrekkelig fleksibilitet og gjensidig respekt for ulike fagområder

- Det må følges opp at råd og anbefalinger fra tverrfaglig helsekartlegging blir fulgt opp av barnevernstjenesten

Sykepleiere

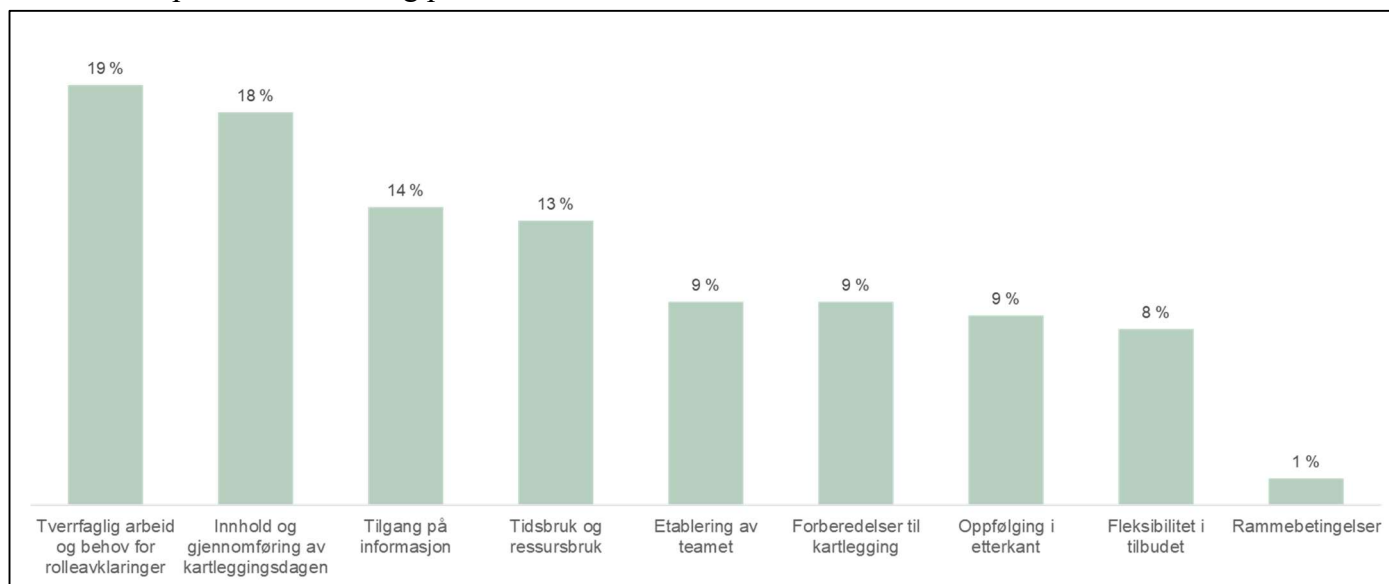
- Definere sykepleiers rolle, både avhengig av og uavhengig av legerollen
- Tydelig og tilstedeværende leder gjennom hele dagen og prosessen
- Samle inn all helseinformasjon om barnet tidlig, all helseinformasjon er viktig

Til sammen har vi dokumentert 160 innspill fra workshopen. Alle innspillene ble samlet og gjennomgått. Her presenterer vi den oppsummerte innsikten. Hele datagrunnlaget fra workshopen ligger som vedlegg 1 til denne rapporten. Figur 21 beskriver prosessen fra workshop til oppsummert innsikt.



Figur 21 Prosessen fra workshop til oppsummert innsikt i sluttrapporten

Analysen identifiserte 9 tematiske områder som innspillene fra teamene ble gruppert inn i. Over halvparten av innspillene handler om tverrfaglighet, kartleggingsdagen og tilgang på informasjon. Figur 22 viser hvordan innspillene fordeler seg på de ulike temaene.



Figur 22 Innspill fra workshop fordelt på tematikk

Vi har oppsummert innsikten innenfor hvert tema i noen overordnede innsikter. Noen innspill gikk igjen mange ganger, eller var tett knyttet til hverandre. Andre innspill var mer enkeltstående. Innspillene som kom handlet både om bekymringer og faktiske erfaringer. I denne datainnsamlingen var det ikke mulig å skille på om innspillene var fundert i erfaringer eller tanker om mulige problemstillinger.

Tabellen i vedlegg 2 gjengir de overordnede innsiktene fra workshopen innenfor hvert tema, og viser også hvor mange enkeltinnspill som ligger til grunn for den oppsummerte innsikten.

3.2.5 Erfaringer fra enkelte team

Erfaring fra kartlegginger i Oslo

Oslo erfarer at tverrfaglig helsekartlegging har økt helseaktørene sin kunnskap om barnevern og barnevernets kunnskap om helse gjennom teamsamarbeidet. Barnevernstjenestene som har mottatt rapporter, har gitt tilbakemelding om at barnas behov i mange tilfeller har vært mer omfattende enn før antatt. Det har handlet om behov for utviklingsstøtte og tilrettelegging i hverdagen, samt behov for henvisninger til f.eks. PHBU eller barnehabilitering. Også sider ved oppfølging av somatisk helse har blitt tydeliggjort.

Erfaring fra etablering av team i Sør

Region Sør etablerte sitt 7-17 team allerede i november 2021. De valgte å rekruttere interne psykologer og barnevernsfaglig fra Bufetat med rett kompetanse, samt å inngå direkte avtale med en barnelege. De rapporterer om godt samarbeid med kommunene, god kommunikasjonsplan, stor pågang av henvisninger, og raske inntak. De får tilbakemelding fra kommunene om at de er godt fornøyde med rapportene som har fulgt malen fra CARE-prosjektet og at disse oppleves som konsise og med fokus på tiltak. De har fra oppstart av utprøvingen jobbet mot oppsatte måltall for kartlegginger, jevnt inntak og gjennomføring av 4-6 kartlegginger i måneden. Når et barn ikke har kunnet komme har de lagt vekt på å raskt erstatte dette barnet med et annet, slik at teamet gjennomfører kartlegginger på planlagte dager. Kartleggingene gjennomføres alltid på en dag. Region Sør erfarer at det er behov for handlingsrom og fleksibilitet for å få etablert team og gjennomført kartlegginger.

3.2.6 Direktoratsperspektivet

For Bufdir og Helsedirektoratet har prosjektet både vært lærerikt og utfordrende. Rammene for tverrfaglig helsekartlegging var uklare ved prosjektets oppstart, og nye utfordringer og problemstillinger har stadig blitt løftet ettersom teamene kom i gang med kartlegginger. I dette delkapitlet trekker vi frem observasjoner og refleksjoner fra direktoratsperspektivet. Enkelte av punktene drøftes videre i kapittel 5.

Ulikheter i departementenes tilnærming til utprøving av tilbudet

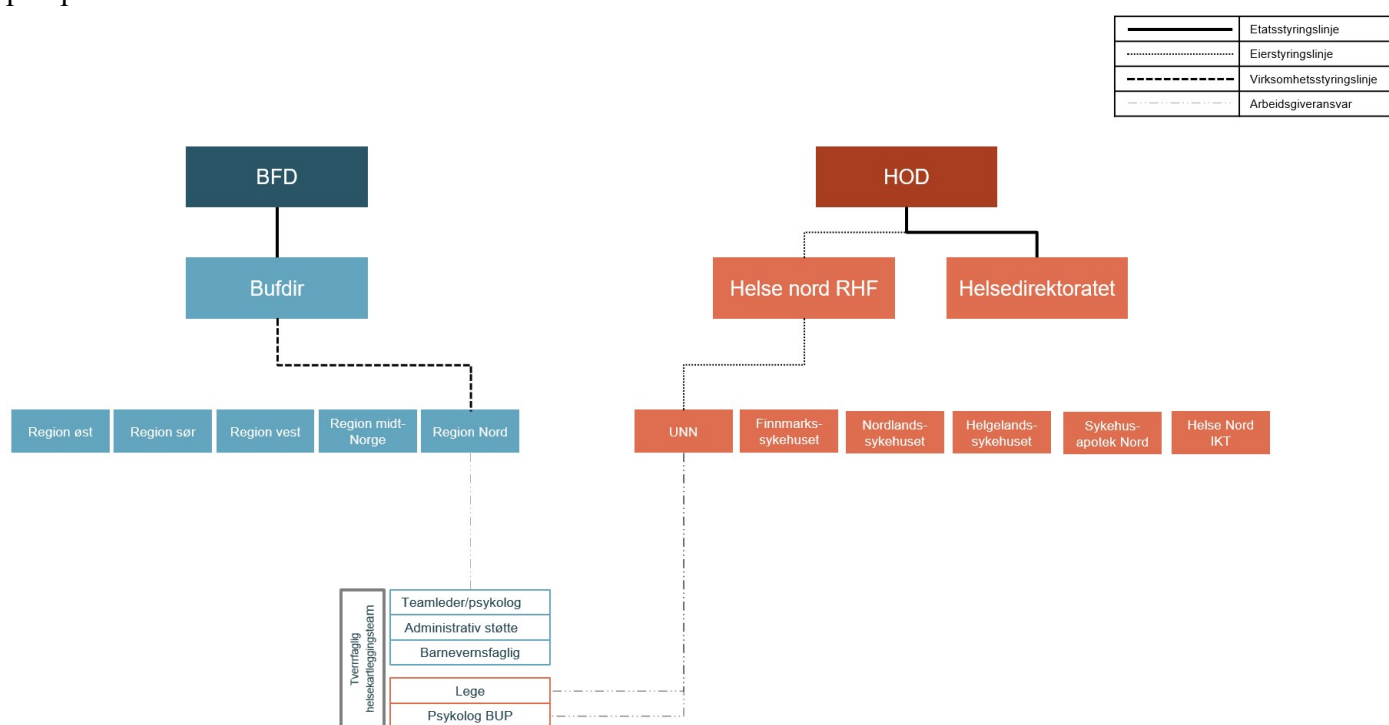
Direktoratene har ikke fått et felles oppdrag fra sine respektive departementer om å gjennomføre utprøving av tverrfaglig helsekartlegging. Det er kun Bufdir som formelt sett har fått i oppdrag å prøve ut tverrfaglig helsekartlegging fra overordnet departement. Helsedirektoratet deltar inn i prosjektet etter invitasjon fra Bufdir.

Direktorater med ulik rolle, ansvar og myndighet i egen sektor

Helsedirektoratet har en rendyrket fagdirektorsrolle for helsesektoren, mens Bufdir både er fagdirektorat og har ansvaret for virksomhetsstyringen av Bufetat. I dette prosjektet har det vært behov for at fagdirektoratene sammen utvikler innholdet i tilbudet under utprøvingen (MVP), samtidig som det har vært

et behov for tydelige styringssignaler og informasjon i Bufetat og til både regionale helseforetak og helseforetak for å sikre etablering av team. Bufdir har direkte styringslinjer til det operative nivået i egen sektor som følge av virksomhetsstyringsansvaret, mens styringslinjene innenfor helse går gjennom HODs eierstyring av RHF-ene og deretter gjennom deres eierstyring av HF-ene. Eierstyring skiller seg fra etatsstyring og virksomhetsstyring på flere områder, men i denne sammenhengen er det sentralt å trekke frem at departementets eierstyring skjer gjennom årlige oppdragsdokumenter som angir mål/krav og bevilgning, samt gjennom vedtak i foretaksmøte som fastsetter økonomiske og organisatoriske krav og rammer. Eierstyringen gir ikke rom for løpende direkte styring på samme måte som innen Barne-, ungdoms- og familieetaten.

Det at Helsedirektoratet er Bufdirs samarbeidspart i prosjektet, men ikke har tilsvarende styringslinjer ned til det operative nivået i sin sektor har skapt utfordringer for prosjektet både med hensyn til formidling av informasjon, styringssignaler og anvendelse av tildelte budsjettmidler i helseforetakene. Ulikhetene i styringslinjene er illustrert i figuren under, der tverrfaglig helsekartleggingsteam i region Nord er tegnet inn på operativt nivå.



Figur 23 Styringslinjer fra BFD og HOD ned til tverrfaglig helsekartleggingsteam

De to direktoratenes ulike roller, kombinert med ulike fagbakgrunner og organisasjonskulturer har periodevis gjort det krevende å enes om grad av detaljering av innholdet i tilbudet (kompetansekrav, omfang, roller, etc.). Denne prosessen har tatt tid og har vært utfordrende, samtidig erfarer prosjektet at det gjennom meningsbrytning og faglige diskusjoner stadig etableres ny innsikt som tar oss videre i arbeidet.

I utprøvsperioden har arbeidet vært organisert som et prosjekt, med en styringsgruppe som ligger utenfor de ordinære linjeorganisasjonene i de to sektorene. Dette har både gitt fordeler og ulemper i prosjektperioden. Fordelene handler i stor grad om muligheten til å ta raske beslutninger, og få kraft og fart i etableringen av kartleggingsteam – samt at de berørte lederne (ut over ledelsen i direktoratene) har deltatt i de overordnede beslutningsprosessene. Samtidig har det vært krevende å sortere hvilke beslutninger som

skal tas hvor, og å jobbe med prosjektmetodikk i to organisasjoner som i hovedsak er vant til å forholde seg til egen linje.

Ulikheter i lovverket i de to sektorene

Det følger ikke av helselovgivningen at de regionale helseforetakene (RHF-ene) har ansvar for å bidra inn i teamene. Helseforetakenes plikt til å bidra følger av en instruks gitt i eierstyringslinjen fra HOD til RHF-ene.

Underveis i prosjektet har det vært behov for flere juridiske avklaringer. På helsesiden har blant annet spørsmål knyttet til ulike sider av helsepersonells profesjonsbestemte ansvar etter helsepersonelloven blitt løftet. Sakkyndigrollen slik den skal utøves i det tverrfaglige helsekartleggingsteamet med hjemmel i barnevernloven er et eksempel på denne typen problemstillinger. Det at helsepersonell ikke skal yte helsehjelp aktualiserer spørsmål om hvor grensen går. Kartleggingen skjer i Bufetat og det samtykkes etter barnevernloven. Hvis det skal gis helsehjelp krever det et eget samtykke som forutsetter at helselovgivningens regler om informasjon, medvirkning og samtykke følges og at helsepersonell dokumenterer i journal. HF-enes plikt til å stille helsepersonell til rådighet og spørsmålet om helsepersonell kan henvise barn videre til somatisk spesialisthelsetjeneste direkte har også kommet opp gjentatte ganger.

Den særskilte organiseringen av barnevernstjenesten i Oslo kommune

Det faglige og økonomiske ansvaret for barnevernet er i dag delt mellom det statlige nivået (Bufetat) og kommunalt nivå (den kommunale barnevernstjenesten). Oslo kommune står imidlertid utenfor denne organiseringen, og har etablert en egen modell. Oslo har organisert barnevernet på to nivåer: et bydelnivå og et sentralt nivå. Det sentrale nivået består av byrådsavdelingen og Barne- og familieetaten (BFE). BFE har ansvar for å drifte og fremskaffe plasser i barneverninstitusjoner og beredskapshjem på samme måte som Bufetat har overfor kommunene ellers i landet. De 15 bydelene i Oslo har det samme ansvaret etter barnevernloven som kommunene ellers i landet har. De skal utrede barnas situasjon og vedta egnede tiltak, og de skal følge opp barn som er plassert i institusjon eller fosterhjem.

Den særskilte organiseringen i Oslo er regulert i barnevernloven § 2-3 a.¹⁷ Som følge av modellen som er etablert i Oslo, har ikke Bufdir direkte styringslinjer til tverrfaglig helsekartleggingsteam i Oslo. Dersom Oslo kommune skal *instrueres* til å innrette innholdet i tilbudet om tverrfaglig helsekartlegging på en spesifikk måte, må dette skje gjennom forskrift fra BFD. I BFDs instruks til Bufdir¹⁸ omtaler departementet Bufdir som «normerende direktorat for hele barnevernet». Av dette følger det at man bør kunne forvente at Oslo kommune forholder seg lojalt til de faglige retningslinjer som direktoratet gir. Den særskilte organiseringen av barnevernstjenesten i Oslo kommune må likevel kunne sies å tilføre ytterligere kompleksitet i et allerede intrikat styringslandskap.

¹⁷ Lovens bestemmelser om Barne-, ungdoms- og familieetatens oppgaver og myndighet kommer ikke til anvendelse i Oslo kommune. I Oslo kommune skal Barne-, ungdoms- og familieetatens oppgaver og myndighet ivaretas av kommunen. Kommunens vedtak om godkjenning etter § 5-8 kan påklages til sentralt nivå i Barne-, ungdoms- og familieetaten. Departementet gir nærmere forskrifter om Oslo kommunes plikter, oppgaver og kompetanse og om statlig tilsyn og kontroll.

¹⁸ Instruks for økonomi- og virksomhetsstyring i Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), Fastsett av Barne- og familiedepartementet 1. januar 2020, pkt 2.1, avsnitt d)

3.2.7 Personvernrettslige problemstillinger i prosjektperioden

Personopplysningsloven og personvernforordningen (GDPR) stiller krav til behandling av personopplysninger og gir rettigheter til den personen som opplysningene omhandler. Behandling av personopplysninger må, for å være lovlig, ha et rettslig grunnlag. Prosjektet har utarbeidet informasjonsskriv til foreldre og ungdom over 15 år. Dette informasjonsskrivet kan barnevernstjenesten benytte for å innhente og dokumentere samtykke til tverrfaglig helsekartlegging, samt å informere om hva som skal skje på kartleggingsdagen og hva informasjonen som samles inn skal brukes til. Informasjonsskrivene er tilpasset slik at teksten skal være lett å forstå for mottakeren. Det er barnevernstjenesten som er ansvarlig for å informere foreldre og barn/ungdom om at det er krav om samtykke til tverrfaglig helsekartlegging, herunder at det må gis samtykke til å innhente opplysninger om barnet/ungdommen. Det presiseres også at samtykket når som helst kan trekkes tilbake, også under selve kartleggingen.

Bufdir har i forbindelse med utprøvningsprosjektet gjennomført flere personvernrettslige vurderinger. Disse knytter seg både til det å igangsette tverrfaglige helsekartlegginger før tilbudet ble hjemlet i lov, og til å innhente erfaringer og kunnskap fra utprøvingen av tilbudet.

Det har kun vært gjennomført tverrfaglige helsekartlegginger av barn som Barne- og familiedepartementet har avklart at er i målgruppen for tilbudet i utprøvningsperioden, se punkt 2.2.2.

Personvern vurderinger knyttet til igangsettingen av utprøvingen

Ved oppstart av utprøvningsprosjektet hadde kun barnevernstjenesten hjemmel til å gjennomføre tverrfaglig helsekartlegging av barn. Barnevernstjenesten har behandlingsgrunnlag etter GDPR artikkel 6 nr. 1 bokstav e) og etter artikkel 9 nr. 2 bokstav g). Fra 1. januar 2022 framgår dette uttrykkelig av barnevernloven § 6-7 c.

Fra 1. juni 2022 har Bufetat selvstendig hjemmel til å gjennomføre tverrfaglige helsekartlegginger og dermed tilsvarende behandlingsgrunnlag jf. barnevernloven § 2-3 tredje ledd bokstav c jf. § 6-7 c.

Frem til 1. juni 2022 kunne Bufetat kun gjennomføre kartlegginger på vegne av barnevernstjenesten, forutsatt at kommunen/barnevernstjenesten hadde inngått en databehandleravtale og oppdragsavtale med Bufetat som regulerte dette. Som et ledd i utprøvningsprosjektet laget Bufdir utkast til en databehandleravtale og en personvernkonsekvensvurdering (DPIA) som kommunene kunne bruke til dette formålet.

I arbeidet med databehandleravtalen og DPIA-en vurderte Bufdir blant annet om Bufetat kunne benytte film ved kartlegging av barn i alderen 0-6 år. Filming for denne aldersgruppen kan være aktuelt ved bruk av anerkjente utredningsverktøy som er nødvendig for å kunne gjennomføre kartleggingen på en faglig forsvarlig måte. Det var ikke opplagt at filming av barn har behandlingsgrunnlag i barnevernloven § 6-7 c tilsvarende øvrig behandling av personopplysninger. Prosjektet utarbeidet et notat om vurderingene som ble gjort vedrørende filming av barn og om det kunne løses ved samtykke. Bufdir kom til at fordi kartleggingen har hjemmel i barnevernsloven som også hjemler behandling av personopplysninger i denne sammenheng jf. barnevernloven § 6-7 c, omfatter barnevernstjenestens behandlingsgrunnlag etter GDPR også bruk av film ved kartlegging av barn i alderen 0-6 år. Grunnet de særskilte problemstillingene som reiser seg med hensyn på bruk av samtykke til behandling av personopplysninger i regi av offentlig myndighet, særlig i lys av at samtykket må være frivillig avgitt, var det etter Bufdirs syn forsvarlig å lande på nevnte konklusjon. Fra 1. juni 2022 gjelder det samme for Bufetat.

Personvern vurderinger knyttet til innhenting av erfaringer og kunnskap fra utprøvingen

Etter Bufdirs vurdering har Bufdir behandlingsgrunnlag for personopplysninger knyttet til innhenting av erfaringer og kunnskap fra utprøvingen i GDPR artikkel 6(1)(e) jf. personopplysningsloven § 8 og GDPR artikkel 9(2)(j) jf. personopplysningsloven § 9, supplert med forvaltningsloven § 13 a nr. 1 og/eller nr. 2. Bufdir har utarbeidet egen DPIA for dette formålet.

For at behandlingen skal være lovlig må imidlertid behandlingen være omfattet av nødvendige garantier i samsvar med GDPR artikkel 89(1), som stiller krav om at det er innført tilstrekkelige tekniske og organisatoriske tiltak i forbindelse med behandlingen. Tiltakene skal særlig sikre at prinsippet om dataminimering overholdes.

Bufdir mottar opplysninger fra hver enkelt kartlegging fra Bufetat/BFE (kartleggingsteamene). Fram til 1. juni 2022 framgikk det av databehandleravtalen mellom Bufetat og barnverntjenesten at Bufetat skulle gi Bufdir slike opplysninger på vegne av barnevernstjenesten. Opplysningene gis i statistisk form eller ved at individualiserende kjennetegn utelates på annen måte, jf. forvaltningsloven § 13 a nr. 2. Bufdir har likevel vurdert at fordi kombinasjonen av dataene som Bufdir mottar innebærer en teoretisk mulighet for å kunne spore barnet som er kartlagt, innebærer innhenting av opplysningene likevel behandling av personopplysninger etter GDPR. Prosjektet har i form av de vurderinger som er gjort lagt til grunn at Bufdir og Bufetat hver og en regnes som separate behandlingsansvarlige.

Medlemmene i kartleggingsteamene har frivillig deltatt i arbeidsmøter sammen med prosjektkontoret, hvor de har delt egne erfaringer og vurderinger fra arbeidet med tverrfaglige helsekartlegginger. Medlemmene har også blitt intervjuet enkeltvis om hvordan de opplever at arbeidet i teamet har fungert. Opplysningene gis i statistisk form eller ved at individualiserende kjennetegn utelates på annen måte jf. forvaltningsloven § 13 a nr. 2 og aggregeres før de deles med andre utenfor prosjektet. Informasjonen som teammedlemmene gir om egne erfaringer og vurderinger utgjør også personopplysninger etter GDPR.

Det er gjort grundige vurderinger av om prosjektet kan snakke med barn og ungdom som har vært på en tverrfaglig helsekartlegging. Det er vurdert og konkludert med at Bufdir har hjemmel til å behandle nødvendige personopplysninger i tilknytning til gjennomføring av samtaler for forskningsformål, jf. personopplysningsloven §§ 8 og 9. Barnevernstjenesten kan dele kontaktinformasjon om barnet/ungdommen som har vært på en tverrfaglig helsekartlegging og deres omsorgsperson når det er gitt samtykke til samtale, jf. forvaltningsloven § 13 a nr. 1. Samtykket er forvaltningsrettslig, og ikke ment å etablere behandlingsgrunnlag for behandling av personopplysninger. Et krav for at prosjektet kan gjennomføre en samtale med barnet/ungdommen er at ungdom over 15 år selv samtykker til å delta i en slik samtale. Det var barnevernstjenesten som innhentet samtykke fra ungdommen før Bufdir kunne ta kontakt. For barn/unge under 15 år var kravet at barnevernstjenesten bekreftet at en samtale kunne finne sted og at enten saksbehandler eller barnets omsorgsperson hadde snakket med barnet og at barnet hadde bekreftet at de ønsket å delta i en slik samtale.

Av personvern hensyn er det vurdert at det å innhente erfaringer fra barn og unge, så langt som mulig bør gjøres uten at barnet identifiseres eller kan knyttes opp mot konkrete kartlegginger. Prosjektet vurderte å be den enkelte barnevernstjeneste om å intervju barnet i etterkant av kartleggingen, for så å sende opplysningene til Bufdir på en måte som sikret at opplysningene ikke kunne knyttes til et konkret barn.

Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Øst og Sør (R-BUP), som bistod i utformingen av denne informasjonsinnhenting, mente at en slik framgangsmåte er lite egnet til å sikre førstehåndsinformasjon fra barnet og at barn ofte ønsker å være imøtekommende overfor voksne som hjelper dem. R-BUP anbefalte i stedet at barnet/ungdommen fikk mulighet til å gi tilbakemeldinger via et digitalt spørreskjema i etterkant av kartleggingen. R-BUP opplyste at de har erfaring med at barn helt ned mot 7-8 år klarer å fylle ut spørreskjema selv dersom de er godt utarbeidet. Prosjektet har utarbeidet et slikt skjema som ble sendt til teamene i juni 2022, men det er foreløpig ikke samlet inn data gjennom dette skjemaet.

Buudir har tidlig i prosjektperioden intervjuet to ungdommer som er i målgruppen for tverrfaglig helsekartlegging, men som ikke selv har blitt kartlagt, med hensikt å gi prosjektet innspill på gode brukerreiser for barn som skal gjennomgå tverrfaglig helsekartlegging. Her brukte prosjektet metoder fra tjenestedesign. Vedkommende som snakket med barna, oppsummerte samtalen på en måte som utelot individualiserende kjennetegn. Selv om data fra intervjuene dermed ikke inneholder identifiserbare opplysninger jf. forvaltningsloven § 13 a nr. 2 og dataene også aggregeres i form av brukerreiser før brukerreisen lagres hos Buudir, er det en teoretisk mulighet for at de vil kunne spores tilbake til konkrete barn. Buudir har derfor vurdert at innhenting av opplysninger innebærer behandling av personopplysninger etter GDPR.

4 ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE FORHOLD

4.1 Bemanning, kostnader til årsverk og øvrige driftskostnader

4.1.1 Opprinnelig planlagt bemanning i ordningen

I høringsnotat om tverrfaglig helsekartlegging i barnevernet¹⁹, sendt på høring 22. desember 2020, og svar på oppdrag fra BFD til Bufdir av 1. juni 2021 er det beskrevet at teamene skal bestå av lege/psykiater, psykologer, barnevernsfaglig og administrativ-/ledelseskompentanse. I sitt svar på oppdrag av 1. juni anbefaler Helsedirektoratet at kartleggingsteamet inkluderer tannlege og sykepleier i tillegg²⁰. Som tidligere nevnt legger utprøvningsprosjektet Helsedirektoratets anbefaling om sosialpediatrisk undersøkelse til grunn for legeundersøkelsen, og lar teamene inkludere tannlege og sykepleier der de har ønsket det. Det er også presisert at psykologstillingen skal besettes 50 prosent av psykolog ansatt i Bufetat/BFE og 50 prosent av psykolog ansatt i PHBU, ref. punkt 2.2.3. Anbefalingen om sosialpediatrisk undersøkelse er i etterkant noe justert. Se punkt 2.2.3.

Bemanning som grunnlag for budsjettestimater knyttet til tverrfaglig helsekartlegging finnes i tabell 2 nedenfor.

4.1.2 Faktisk bemanning i teamene i utprøvningsperioden

Tabell 2 Teamenes bemanning i prosjektperioden

	Grunnlag for budsjettestimater	Oslo (0-17)	Midt (0-6)	Nord (7-17)	Sør (0-6)	Sør (7-17)	Helse v. barnevern
Lege	50%	100%	50%***	40%	40%	50%	HOD
Psykolog (PHBU)	50%	40%	50%	100%	0%	0%	HOD
Psykolog (Bufetat/BFE)	50%	100%	50%	80%*	100%	100%	BFD
Barnevernsfaglig	100%	100%	150%	100%	100%	100%	BFD
Kontorfaglig	100%	0%	60%	50%**	50%	50%	BFD
Teamleder	10%	50%	20%	20%*	20%	20%	BFD
Tannlege	0%	0%	0%	20%	0%	0%	HOD
Sykepleier	0%	40%	50%***	0%	0%	0%	HOD
Sum årsverk BFD	2,6	2,5	2,8	2,5	2,7	2,7	
Sum årsverk HOD	1,0	1,8	1,5	1,6	0,4	0,5	
Sum antall årsverk	3,6	4,3	4,3	4,1	3,1	3,2	

*) Teamleder i Nord fyller også rollen som psykolog fra Bufetat og har til sammen en 100 % rolle i teamet.

**) Stillingen til kontorfaglig er foreløpig vakant, men teamet har fått låne en rådgiverressurs fra Enhet for inntak i 50%.

***) Teamet i Midt er tildelt 50% legeressurs og 50% sykepleierressurs, men har i praksis fått 10-20% legeressurs og 20-30% sykepleierressurs

Som tabellen viser, har reell teamsammensetning avveket fra sammensetningen som dannet grunnlaget for budsjettildelingen i 2022. Prosjektet har ikke stilt krav eller fulgt opp teamene eller regionene om hvordan de

¹⁹ BFD (2020) Høringsnotat om tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet

²⁰ Helsedirektoratets svar på oppdrag om tverrfaglig helsekartlegging, publisert 23.06.2021

setter sammen teamene eller disponerer budsjettmidlene, med unntak av kravene om at de obligatoriske rollene skal være besatt. For øvrig har prosjektet lagt til grunn at Bufetats regioner og teamene har forholdt seg til tildelt ramme, slik prosjektet også har lagt til grunn at Helseforetakene gjør selvstendige disponeringer av helsepersonell til teamene innenfor tildelt ramme.

4.1.3 Kostnader ved teamene i utprøvningsperioden

Den økonomiske rapporteringen for tverrfaglig helsekartlegging gjøres i ordinær linje, ikke i prosjektet. Ved første tertial rapporterte alle regioner verken om overforbruk eller mindreforbruk på midler til tverrfaglig helsekartlegging. Rapportering fra andre tertial 2022 har ikke kommet på tidspunktet denne rapporten produseres. Prosjektet har heller ikke tilgang på informasjon om kostnader knyttet til helseressursene som deltar i teamet. Reelle tall for kostnader til det enkelte team er derfor ikke tilgjengelig, ei heller prognoser for resten av 2022.

For å kunne gi en vurdering av kostnadmessige konsekvenser av ulik bemanning i teamene, har prosjektet utarbeidet estimerte årsverkskostnader for de ulike rollene. De estimerte arbeidskraftkostnadene er basert på tall fra ulike lønnsstatistikker, herunder SSBs lønnsstatistikk²¹, minimumslønn for sykehus fra Den Norske Legeforening²² og gjennomsnittstall for lønnsnivå fra Norsk Sykepleierforbund²³. Det er lagt til et påslag på 30 prosent på tall fra lønnsstatistikker for å hensynta arbeidsgivers kostnader knyttet til ansettelsesforholdet, eksempelvis sosiale kostnader og arbeidsgiveravgift. Tall fra 2021 er justert med en lønnsvekst på 3,5 prosent.

Det er en grad av usikkerhet i estimatene, da faktorer som geografisk lokasjon, ansiennitet og grad av spesialisering vil ha en innvirkning på lønnsnivå. For å hensynta dette er det estimert ett høyt, ett lavt og et middels scenario for utgifter per årsverk. Tallene som brukes i kostnadsestimatene er et gjennomsnitt av disse scenariene. I tabellen under er grunnlagsdata brukt i kostnadsestimeringen per årsverk.

Tabell 3 Grunnlagsdata for kostnadsestimering

	Gjennomsnittlig estimert årsverkskostnad	Lavt estimert årsverkskostnad	Høyt estimert årsverkskostnad
Lege	1 242 000	1 087 000	1 449 000
Psykolog PHBU	1 139 000	1 035 000	1 345 000
Psykolog Bufetat/BFE	1 139 000	1 035 000	1 345 000
Barnevernsfaglig	879 000	796 000	983 000
Kontorfaglig	776 000	703 000	849 000
Enhetsleder	1 139 000	1 138 000	1 345 000
Tannlege	1 242 000	1 087 000	1 449 000
Sykepleier	828 000	725 000	931 000

²¹ SSB Statistikkbanken kildetabell 11419

²² Den norske legeforeningen, Minimumslønn sykehus, datert 28.juni 2022

²³ Norsk sykepleierforbund, Gjennomsnittslønn, lønnsvekst og antall årsverk, tall fra 2021

I tillegg til estimatene knyttet til rollene i teamet er det gjort estimater knyttet til øvrige driftskostnader per team. Kostnadsestimatene bygger delvis på rapporterte kostnader fra kartleggingsteamene og tildeling av midler til regionene av Bufdir. Det gjøres oppmerksom på at det foreligger usikkerhet knyttet til estimatene, og de må tolkes deretter.

Basert på grunnlagsdataene og rollefordelingen i teamene er det estimert et årlig kostnadsnivå per team.

Tabell 4 Estimering av årlig kostnadsnivå per team

	Estimerte kostnader basert på grunnlag for budsjettestimater	Oslo (0-17)	Midt (0-6)	Nord (7-17)	Sør (0-6)	Sør (7-17)
Estimerte kostnader til barnevernsressurser (BFD)	2,9 MNOK	2,0 MNOK	2,6 MNOK	2,5 MNOK	2,7 MNOK	2,7 MNOK
Estimerte kostnader til helseressurser (HOD)	1,3 MNOK	2,7 MNOK	1,7 MNOK	2,0 MNOK	0,5 MNOK	0,6 MNOK
Estimerte kostnader til husleie og drift (BFD)	0,8 MNOK	0,5 MNOK	1,0 MNOK	1,3 MNOK	0,9 MNOK	0,9 MNOK
Estimerte kostnader til etablering (BFD)	0,5 MNOK	0,5 MNOK	0,5 MNOK	0,5 MNOK	0,5 MNOK	0,5 MNOK
Sum estimerte kostnader per team	5,5 MNOK	5,7 MNOK	5,8 MNOK	6,3 MNOK	4,6 MNOK	4,7 MNOK

Kompetansesammensetning og bemanning av teamene vil i stor grad påvirke kostnadsnivået for drift av teamene. Krav til spesialisert kompetanse samt et krevende marked for rekruttering er naturlige kostnadsdrivere. Prosjektets erfaringer så langt viser at rekruttering og tilgang på riktig kompetanse fra både helseforetak og Bufetat/BFE er utfordrende, og forsinker arbeidet med etablering av nye team.

Den største kostnadsdriveren, i tillegg til lønn, er husleie. Husleiekostnadene varierer betydelig mellom teamene. Enkelte team som er samlokalisert med eksisterende tjenester har lavere kostnader, mens andre team som har inngått nye leiekontrakter og/eller tilpasning/ombygging av lokaler har betydelig høyere kostnader. Ett av teamene påpeker at det også bør legges til rette for fleksibel bruk av bygg.

I tillegg til kostnader til drift av team, har det vært kostnader knyttet til gjennomføring av etablerings- og utprøvningsprosjektet på nasjonalt nivå i 2021 og 2022. Disse kostnadene dekker lønn til prosjektleder- og medarbeidere, konsulenthonorarer, samlinger og reiser. Erfaringene fra prosjektet tilsier at det også på sikt vil være kostnader knyttet til nasjonal koordinering, styring, opplæring og kompetanseheving osv. Arbeidet med tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet er komplisert og av stort omfang. Det krever et nasjonalt fokus og et system for å sikre koordinering, beslutninger og prinsipielle avklaringer også fremover.

5 VURDERING AV LÆRING OG ERFARINGER FRA UTPRØVINGSPROSJEKTET

Basert på innsikten som har kommet frem i kapittel 3 og 4 har prosjektet drøftet hva som er sentral læring fra utprøvningsprosjektet så langt.

5.1 Etablering av team, ressurser, organisering og tverrfaglig arbeid

5.1.1 Styring og organisering

Styringslinjer og informasjonsflyt i Bufetat og helsesektoren

Utfordringer knyttet til styringslinjer og informasjonsflyt er trukket frem både av aktørene på tjenestesiden og fra direktoratene. Som følge av styringsmodellen med foretaksorganisering og eierstyring har det vært utfordrende å nå frem med styringssignaler og informasjon til det operative nivået i helsesektoren. I utprøvningsperioden har dette gitt utslag i form av praktiske utfordringer for etableringen av team, eksempelvis er det informasjon og avklaringer som ikke har nådd frem til helseforetakene som har gjort at helseressurser ikke har kommet på plass i team.

En annen utfordring som er trukket frem i samarbeidet mellom Bufdir og Helsedirektoratet kan muligens knyttes til de to direktoratenes ulike roller. I arbeidet med å definere roller og kompetansekrav til ressurser inn i de tverrfaglige helsekartleggingsteamene har Helsedirektoratet en normerende rolle. I dette ligger at legerollen beskrives på en slik måte at helseforetakene vil kunne måtte legge til rette for spesialisering og videreutdanning av leger, for å på sikt kunne etterkomme kompetansekravene som stilles til leger i tverrfaglige helsekartleggingsteam. Bufdir har i sin tilnærming til rollebeskrivelsene ønsket å være varsomme med å stille krav som vanskelig vil kunne etterkommes i dagens situasjon. Videre har Bufdirs tilnærming hatt som utgangspunkt at kvalitet i tilbudet vil utvikles og tilpasses erfaringene som gjøres over tid - i samskaping med praksisfeltet og etter hvert når det er mulig med brukere. Som virksomhetsstyrer for Bufetat har Bufdir et ansvar for å sikre at etaten har de nødvendige ressursene for å tilfredsstille faglige standarder som direktoratet stiller opp. Helsedirektoratet har som fagdirektorat uten styringslinje til helseforetakene ikke det samme ansvaret for å stille ressurser til disposisjon.

I utprøvningsperioden har prosjektkontoret og styringsgruppa sørget for avklaringer og løsninger på både praktiske og mer overordnede utfordringer som har oppstått fortløpende. Erfaringene fra prosjektet tilsier at det også på sikt vil være kostnader knyttet til nasjonal koordinering, styring, opplæring og kompetanseheving osv. Arbeidet med tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet er komplisert og av stort omfang. Det krever et nasjonalt fokus og arbeid på systemnivå for å sikre koordinering, beslutninger og prinsipielle avklaringer også fremover. Det må legges vekt på å videreutvikle tjenesten og at barnets brukeropplevelse og rettigheter blir ivaretatt. Erfaringene så langt tilsier også at det ved oppskalering og utvidelse av tilbudet vil være behov for å etablere en permanent ordning for tverretattlig samordning og styring av tilbudet.

Her vil det være mulig å se hen til og hente inspirasjon fra tverretattlige samarbeid mellom andre sektorer som f.eks. a-krimssamarbeidet mellom Skatteetaten, NAV, politiet, Toll- og avgiftsetaten og Arbeidstilsynet som har formalisert en tverretattlig styringsmodell, der AID har et koordineringsansvar på departementsnivå. Eller Team Norway-samarbeidet mellom Innovasjon Norge, Sjømatrådet, utenriksstasjonene og Norwep som er organisert etter en løsere nettverks-modell, med NFD som koordinerende departement.

Uavhengig av hvilken modell for samordning og samhandling som eventuelt etableres på tvers av sektorene, så vil reelt tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid mellom det statlige barnevern og helsesektoren være et suksesskriterium for tverrfaglig helsekartlegging. Etter prosjektets vurdering er det en forutsetning for å lykkes med en oppskalering og utrulling av flere team, at Bufetat og RHF/HF får likelydende oppdrag som spesifiserer formål, forventninger til ressursbruk osv. Felles og likelydende oppdrag til både Bufdir og Helsedirektoratet fra henholdsvis BFD og HOD er også en stor fordel.

Forankring av tilbudet om tverrfaglig helsekartlegging i spesialisthelsetjenesten

Ulike styringsmodeller og styringskulturer i de to sektorene har som beskrevet over gitt utfordringer med hensyn til forankringen av og informasjon om tilbudet til RHF-ene og HF-ene fra oppstart. Det er flere andre elementer som også vurderes å ha bidratt til en svakere forankring av tilbudet i helsesektoren:

- Tilbudet er ikke hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven, og helseforetakene uttrykker i intervjuer en usikkerhet rundt hva som kreves og forventes av dem i forbindelse med etablering av tverrfaglig helsekartleggingsteam. Det kan skape usikkerhet for helsepersonell å utføre oppdrag som er hjemlet under et annet lovverk enn helsepersonelloven, da de til enhver tid i kraft av å være helsepersonell forholder seg til helsepersonelloven. Et tiltak kan være å involvere de juridiske avdelingene i RHF-ene i større grad enn de har vært til nå.
- Lave stillingsprosjenter inn i teamene for ressurser fra helsesiden kan føre til helseressurser uten tilhørighet til teamet og uten eierskap til tverrfaglig helsekartlegging som tilbud.
- Det stilles spørsmål ved nødvendigheten av å ha to psykologer på hvert team, og om denne ressursbruken kan forsvares.
- Helsepersonellens rolle som «sakkyndig» kan oppleves som uklar. I tillegg opplever flere helsepersonell det begrensende å ikke ha henvisningsrett i rollen som sakkyndig, og usikkerhet om hvorvidt anbefalinger blir fulgt opp av barnevernstjenesten. Dette kan ha bidratt til uklarheter for helseforetakene som skulle fristille ressurser til etableringen av team.
- Leger i teamene peker på at det oppleves som yrkesetisk utfordrende å skulle sitte i et spesialisert team uten myndighet til å henvise barn som har behov for det direkte til somatisk spesialisthelsetjeneste. Det er per i dag opp til fastlegen å gjøre en *ny* vurdering av om barnet skal henvises til spesialist etter gjennomført tverrfaglig helsekartlegging, selv om legen i teamet har anbefalt slik henvisning.

For å unngå at disse elementene og den svake forankringen tverrfaglig helsekartlegging har i helsesektoren per i dag blir en langt større utfordring ved oppskalering av tilbudet og utrulling av nye team er det behov for å utrede kompensierende tiltak. Helse utgjør en helt sentral del av tilbudet om tverrfaglig helsekartlegging, og det er dermed behov for å sikre at helsesiden ivaretar sitt sektoransvar. Bruk av rettslige virkemidler (regelstyring) kan kompensere for eierstyringsformens begrensede styringsmuligheter og bidra til tydeliggjøring av helseforetakenes ansvar inn i tverrfaglig helsekartlegging.²⁴ Det bør dermed utredes om tilbudet kan lovfestes i spesialisthelsetjenesteloven. Det bør også utredes om anledningen til å henvise barn til spesialisthelsetjenesten kan løses på en mer hensiktsmessig måte. Det bør prioriteres å ta ned alle former for barrierer som vanskeliggjør det å gi barna adekvat helsehjelp.

²⁴ NOU 2003:34 Mellom stat og marked -selvstendige organisasjonsformer i staten, kap. 4

Tidkrevende aktiviteter for teamene

Erfaringer fra teamene i etableringsfasen viser at det er flere aktiviteter som krever mye tid fra teamene utenfor selve kartleggingsarbeidet. Det trekkes særlig frem aktivitetene informasjonsinnhenting, rapportskriving og vitneførsel i nemnd. Forberedelser til kartleggingsdagen kan for eksempel ta svært lang tid dersom teamet får tilsendt hele barnevernsmappa på 250 sider, eller om barnet har komplekse utfordringer som krever mer planlegging av kartleggingsdagen og verktøy spesielt fra psykologenes side. Det rapporteres om en estimert tidsbruk som ikke tar høyde for noen av disse aktivitetene i det omfang de forekommer.

Informasjonsinnhenting fremstår som en grunnleggende utfordring i utprøvingen. Det foreslås å lage en nøktern liste med standardinformasjon som skal ligge ved den enkelte sak, eksempelvis epikriser og rapporter fra andre tjenester ved henvisning til tverrfaglig helsekartlegging. Barnevernstjenesten skal innhente den informasjonen kartleggingsteamet behøver, og eventuell informasjon som mangler må redegjøres for. Konsekvensen av manglende informasjon er at barnet blir mindre grundig kartlagt, og at teamet ikke har nødvendig grunnlag for å komme med anbefalinger. Gode rutiner og maler for barnevernstjenestens innhenting av informasjon om barnet i forkant, bidrar også til å redusere teamets tidsbruk. Et av teamene bruker en mal som sendes på mail til barnevernstjenesten, og har en samtale med henviser i forkant. Noen henvisere bruker lang tid på å sende informasjonen slik at det tar lang tid fra henvisning er mottatt til det er mulig å sette opp time for kartlegging av barnet. Enhet for inntak eier normalt sett dialogen med barnevernstjenesten og kan spille en rolle i å veilede barnevernstjenesten om hvilken informasjon som skal hentes inn.

Rapportskriving pekes på som en annen tidskrevende oppgave. Det pekes på som nødvendig å forsøke å effektivisere rapportskrivingen, både for å sikre kvaliteten på rapporten og for å redusere belastningen på teamene. Det er usikkert hva som gjør at rapportarbeidet tar lang tid. Det pekes på flere forhold fra ulike team: den tverrfaglige drøften tar lang tid, manglende informasjon om for eksempel tidligere helseopplysninger, vanskelig å få samlet teamet for sparring og nødvendige avsjekker. Gode digitale løsninger og verktøy, eksempelvis WISC-tester på nettbrett som genererer og samler resultatet fra testen kan være tidsbesparende for psykologene. Erfaring fra teamene som har vært i drift i litt lengre tid viser at rapportskriving er det som fortsatt tar lengst tid, men gode rutiner for det skriftlige arbeidet i etterkant korter ned tiden i skrivearbeidet. Flere peker på at tiden som er satt av til tverrfaglig helsekartlegging ikke strekker til. Teamene har også organisert skrivearbeidet ulikt. Noen steder tar teamleder et driveransvar for rapporten, mens andre steder er det barnevernsfaglig eller psykolog ansatt i Bufetat/BFE som har hovedansvaret.

Vitneførsel i nemnd kan være en tidkrevende aktivitet for teamene. Erfaringer fra ett av kartleggingsteamene er at de ble kalt inn som vitner i alle fire sakene de hadde hatt til da. Den som kalles inn som vitne i fylkesnemnda plikter å møte. Den som vitner bruker tid på både forberedelser til, og gjennomføring av vitneførsel. Det ble antydning at det kan gå opptil 1-2 dagsverk med forberedelser og gjennomføring per vitnemål for team i etableringsfasen. Noen tror at det er sannsynlig at det vil bli mer regelen enn unntaket at teammedlemmene må stille som vitne, og det må tas med i ressursberegningene at det brukes mye tid i forbindelse med vitneførsel. Team som har vært i drift en stund erfarer at dette går litt i perioder. Tydelig informasjon til fylkesnemndene om hva tverrfaglig helsekartlegging er og ikke er, samt hva teamet kan si noe om og ikke, kan redusere behovet for vitneførsel. Rapporten som skrives i etterkant av en kartlegging vil kunne brukes i fylkesnemnda og retten, noe som oppleves som problematisk for teamene da det er naturlig å

formulere seg forskjellig og dokumentere annerledes når formålet med rapporten er at det skal være til hjelp for barnevernstjenesten kontra bruk i nemnd.

5.1.2 Rekruttering og bemanning

Planlagt og faktisk bemanning

Da utprøvingen ble planlagt og estimert, ble det lagt til grunn at teamene skulle ha lege (50 prosent), psykolog fra PHBU (50 prosent), psykolog fra Bufetat/BFE (50 prosent), barnevernsfaglig (100 prosent), kontorlaglig støtte (100 prosent) og teamleder (10 prosent). Teamene stod fritt til å avgjøre om stillingene skulle besettes av en eller flere ressurser. I forhold til helseressurser har det vært avgjørende hva helseforetakene har hatt anledning til å fristille av ressurser.

Erfaring viser at teamene har løst bemanningen litt forskjellig. Alle teamene har hatt en større teamlederrolle enn 10 prosent. De fleste teamene har hatt teamleder på 20 prosent, men dette har fortsatt opplevdes som for lite (se punktet nedenfor om teamlederrollen). Oslo har hatt teamleder på ca. 50 prosent. Dette har blitt trukket frem som en viktig suksessfaktor fra resten av teamet i Oslo. Teamet i Nord har delt en av psykologrollene og lederrollen. Det anslås en 80-20-splitt i tidsbruk mellom psykologrollen og lederrollen.

Teamene som har knyttet til seg pediater med erfaring i sosialpediatri fra universitetssykehusene har også knyttet til seg barnesykepleiere som samarbeider med legen. Både legene og sykepleierne fra disse teamene (Oslo og Midt) mener det er veldig verdifullt at også sykepleiere er med på kartleggingen. Sykepleierne selv rapporterer om at de opplever at deres kompetanse er relevant inn i teamet, både avhengig og uavhengig av legen. Det er kun ett team som har fått tilknyttet en tannlege i teamet, men det har vært et ønske i flere team å inkludere en tannlegeressurs.

Flere av teamene har hatt utfordringer med å rekruttere psykolog fra PHBU til å delta på kartleggingene. Teamene har likevel gjennomført kartlegginger med psykolog fra Bufetat/BFE. Teamene opplever selv at de i all hovedsak likevel har klart å forvalte begge samfunnsmandatene. Prosjektet har ikke informasjon som tyder på at dette har redusert kvaliteten på kartleggingene.

I to av teamene har teamleder en dobbeltrolle som både fagressurs og teamleder/koordinator. Denne dobbeltrollen kan i noen tilfeller være krevende, og det understreker viktigheten av en klar rollefordeling.

Teamene har løst bemanningen av fagressurser inn i teamene på ulikt vis. Det har vært en tydelig tilbakemelding fra teamene at de ønsker stor grad av fleksibilitet i hvordan de organiserer seg. Da en foreløpig versjon av denne rapporten ble sendt på intern høring i prosjektteamene var det også flere av innspillene som omhandlet rekruttering og teamsammensetning og bekymring for at ordningen ikke vil være bærekraftig på sikt.

Barnevernsfagliges rolle

Utarbeidelsen av rollebeskrivelse for barnevernsfaglig rolle i teamet bød på noen utfordringer da det til dels er overlappende kompetanse mellom barnevernsansatt psykolog og barnevernsfaglig. Region Midt fremhever særlig viktigheten av den barnevernsfagliges rolle i teamet. Barnevernsfaglig har i mange team en sentral rolle både i kartlegging, analyse og rapportskrivning, noe som i større grad bør synliggjøres og

fremheves. Region Midt mener at dette bør løftes både med tanke på rekruttering og det å beholde kompetanse i teamene.

Størrelsen på teamene

Region Sør har siden oppstart av utprøvingen raskt fått på plass et team for barn i alderen 7-17, ved hjelp av rekruttering av interne psykologer og barnevernsfaglig fra Bufetat med rett kompetanse, og avtale med barnelege. Hverken 0-6-teamet eller 7-17-teamet i Sør har psykolog fra PHBU. Team Sør peker på at dersom det er flere personer som skal være til stede på en kartlegging, blir det fort veldig ressurskrevende. De mener at teamene bør bestå av en lege, en psykolog og en barnevernsfaglig.

Region Midt peker også på utfordringen med at teamene blir for store. Både med tanke på bærekraft i tilbudet, og at det er viktig at barnet eksponeres for færrest mulig personer gjennom kartleggingsdagen. Teamet har hatt lege og sykepleier fra St. Olavs Hospital, og sammenliknet med prosjektets minimumsstandard er sykepleieren en frivillig rolle som kommer i tillegg til grunnbemanningen i teamet. Lege og sykepleier opplever samarbeidet dem imellom som avgjørende. Teamleder observerer samtidig at de strever noe med å finne naturlige oppgaver for sykepleieren ut over å bistå i legeundersøkelsen, og stiller spørsmål ved om dette er riktig bruk de samlede ressursene, særlig med tanke på skalering av ordningen. De vurderer det som hensiktsmessig å gi sykepleieren opplæring i relevante øvrige metoder for kartleggingen dersom sykepleierrollen skal være en anbefaling videre. Deling av 50 prosent stilling psykologressurs mellom to personer gir en sårbarhet i teamet med tanke på effektiv utnyttelse av ressurs. Det er også krevende for de som innehar rollen. Det er ønskelig med en økning av psykologressursen i teamet. Teamet erfarer at psykologene har en sentral rolle i teamet, og deres bidrag på kartleggingsdagen krever omfattende etterarbeid.

Region Nord erfarer at størrelsen på teamet fungerer godt, og tilbakemeldingene så langt tyder ikke på at barna/ungdommene opplever at teamet er for stort. Teamet i Nord har også hatt tannlege som en fagressurs inn i teamet på noen av kartleggingene. Barna/ungdommene som har hatt tannlegeundersøkelse på kartleggingsdagen melder ikke om at de syns det er for mange mennesker til stede.

Teamet i Oslo fikk fra 1. august en psykologspesialist fra BUP i litt under 50 prosent stilling. Dette kombinert med den eksisterende barnepsykiaterressursen, samt psykolog og barnevernspedagog fra BFE. Psykologspesialisten fra BUP skal av kapasitetshensyn ikke delta på kartleggingene, men deltar i tverrfaglig drøfting, ser på samspillet og eventuelt andre undersøkelser med andre teammedlemmer. Teamet i Oslo opplever at sykepleierressurs har en naturlig rolle i legeundersøkelsen, i samtaler med omsorgsperson og i gjennomgang av helsedokumenter fra barnevernstjenesten.

Ansettelse av lege i Bufetat

Tverrfaglig helsekartlegging slik regionene har fått beskjed om å prøve det ut, innebærer at helseforetakene skal stille med helsepersonell inn i kartleggingsteamene. Det har for noen av teamene vært utfordrende å få på plass avtaler med helseforetakene og spørsmålet om hvorvidt det kan være et alternativ at Bufetat ansetter leger har kommet opp. En erfaring fra Region Midt som har forsøkt dette tidligere ved Viktoria familiesenter er at dette kan være vanskelig. De prøvde for noen år siden å utlyse 20 prosent legestilling uten å klare å besette den. De hadde dialog med flere for å både motivere og få forståelse for hvorfor denne rekrutteringen var krevende. På tross av innsatsen fikk de ikke søkere med riktig kompetanse. Noen av tilbakemeldingene

var at det økonomiske tapet sammenliknet med vaktordningen som legene var en del av i helseforetaket var vanskelig for Bufetat å kompensere for, samt at fagfeltet var ukjent og de ville få et mindre fagmiljø med leger. Det er mulig at man ved oppskalering av team vil kunne få større fagmiljøer på tvers av teamene slik at det faglig sett vil kunne oppleves som mer relevant for legene.

Legens deltakelse på kartleggingsdagen

I enkelte team er legen svært presset på kapasitet. Dette innebærer at sykepleieren gjør det primære arbeidet med å sette seg inn i barnets historikk og bakgrunn, og at legen ofte kun deltar på legeundersøkelsen og ikke har kapasitet til å delta på de ustrukturerte delene av dagen for å observere barnet, eller delta i den tverrfaglige drøften. Et av teamene har gjort seg konkrete erfaringer med at legens tilstedeværelse gjennom hele kartleggingsdagen gir en tilleggsverdi til kartleggingen og styrket teamets vurderinger. I den aktuelle kartleggingen gjorde informasjon som kom frem gjennom dagen og i samtale med omsorgspersonen også at legens bekymring for barnet økte. I samråd med barneavdelingen ved helseforetaket ble det derfor besluttet at barnet ble lagt inn samme dag for videre undersøkelser og oppfølging.

Inkludering av tannlege i teamet – erfaringer fra team Nord

Inkludering av tannlege i teamet krever mer forarbeid og koordinering, og medfører noe mer tid for teamleder. Det stiller også mer krav til fleksibilitet i timeplanen. En viktig forutsetning for samarbeidet er prosessen fram til en avtale, og at den er forankret på ledernivå. I tillegg er det viktig at tannlegen selv har sterk faglig motivasjon og et ønske om å bidra. Tannlegeundersøkelsen tar 15-40 minutt, og den gjennomføres på samme rom som legeundersøkelsen som kan være ufarliggjørende for barn/ungdom som er nervøse for tannlegebesøk.

Tannlegen oppleves av teamet som en god ressurs inn i drøften, og bidrar med viktige perspektiver som teamet uten tannlege ikke hadde fanget opp. Eksempelvis ble det trukket frem at barn med finmotoriske utfordringer eller reguleringsvansker kan ha behov for særskilt hjelp og oppfølging med tannpuss. I slike tilfeller kan tannlege anbefale en spesiell type tannbørste som gjør det enklere for barnet og omsorgspersonen å lage gode rutiner for tannpuss. Et annet eksempel er ungdom som bor på institusjon og som selv er ansvarlig for å ivareta egen tannhygiene, men som ikke har lært gode rutiner for ivaretagelse av tannhelse. I et slikt tilfelle kan tannlegen anbefale en spesiell type farget tannkrem, hvor fargen forsvinner der tennene er godt nok pusset. Ved inkluderingen av en ekstra fagperson får hele teamet en bedre felles og helhetlig forståelse av barnet. Det er opplevd verdifullt i både drøften og utarbeidelsen av konkrete anbefalinger for videre oppfølging.

Rekrutteringsutfordringer og krav til kompetanse

Region Sør opplever at kravene til kompetanse som stilles til legen er for snever med tanke på hvilke spesialiteter som etterspørres. Dette samsvarer med informasjon fra respondenter i dybdeintervjuene fra både helse- og barnevernssektoren. Med tanke på nasjonal utrulling vil det være vanskelig å skaffe tilstrekkelig antall ansatte med den beskrevne kompetanse. Region Sør understreker at det i dag også er stor mangel på psykologspesialister ved de fleste BUPer, og barneleger ved helseforetak. Rekrutteringsutfordringer vil gjøre det krevende å få ressurser fra helseforetak. Teamet i Nord trekker frem at det er svært få overleger med sosialpediatrisk kompetanse ved UNN HF, noe som skaper utfordringer ved rekruttering av leger inn i teamene.

Alternative måter å organisere arbeidet på

Oslo og Region Sør har begge organisert arbeidet på måter som avviker fra organiseringen beskrevet i minimumsstandarden for tverrfaglig helsekartlegging. Oslo har to leger som i hovedsak alternerer på å delta i kartleggingene. Det samme gjelder for sykepleier, psykolog og barnevernsfaglig ressurs. Bakgrunnen er at teamet i Oslo skal kartlegge barn fra 0 til 17 år, og må tilpasse seg kartlegginger av hele aldersgruppen. Teamet erfarer at det per nå er få små barn som blir henvist, og at de får henvist flere barn mellom 7 og 14. Dette samsvarer med erfaringene som teamene i region Sør har hatt, der det også har vært færre barn fra 0-6 som henvises til kartlegging. Psykiaterressursen fra PHBU og leder er den samme i alle kartleggingene. Det totale teamet i Oslo er dermed større, men antall personer som deltar på hver kartlegging er det samme, bortsett fra at de frem til nå ikke har hatt med psykolog fra PHBU, men en psykiaterressurs. Fordelen med å organisere arbeidet på denne måten er at det blir flere personer å spille på i teamet i tilfelle sykdom, ferieavvikling eller annet fravær. Det gjør også at de ulike fagpersonene har andre innenfor eget fagfelt å sparre med og som kjenner ordningen og metodene, selv om de ikke har observert det aktuelle barnet.

Med tanke på at ordningen skal skaleres opp, kan disse erfaringene fra Oslo være interessante. Når hver region etter hvert skal ha flere team, kan det være stordriftsfordeler ved samlokalisering og «ressurspooling». Det kan bidra til å skape et større fagmiljø rundt teamene og man kan se på modeller for at en mer erfaren eller spesialisert lege kan være sparringspartner for leger med bredere og mer generell kompetanse.

Region Sør har valgt en annen modell, der de for 0-6-teamet til dels har beholdt den opprinnelige bemanningen fra den gang teamet var et CARE-team. Det vil si at de har en lege med spesialisitet i barne- og ungdomspsykiatri, en psykolog ansatt i Bufetat og en barnevernsfaglig ansatt i Bufetat. De har holdt teamet så lite som mulig, og har lyktes med å gjennomføre mange kartlegginger. I 7-17-teamet er det inngått en avtale direkte med en pediater som inngikk som en del av teamet ved dets etablering.

Tilnærmingen med å knytte til seg en lege direkte til teamet²⁵, slik Region Sør har gjort i 7-17-teamet betyr at de har kunnet gjennomføre kartlegginger selv om de ikke har inngått avtale med helseforetaket. Det er tilstrekkelig å rekruttere en lege direkte til teamet. Region Sør mener også at det er en fordel at teamet er det samme over tid, fordi teamet blir godt kjent og på den måten lettere etablerer nødvendig tillit og trygghet for å lykkes med det tverrfaglige arbeidet. Region Sør legger også vekt på at mengdetreningen gjør at teamet klarer å levere god kvalitet.

5.1.3 Geografisk og organisatorisk plassering av team

Bakgrunn for valg av teamets fysiske lokasjon

Bufetats regioner og BFE har selv gjort vurderinger på hvor teamets fysiske lokasjon skal være. Det har i utprøvningsprosjektet vært lagt vekt på ulike faktorer ved valg av organisatorisk og geografisk lokasjon. Teamet kan lokaliseres med fysisk nærhet til et helseforetak, de kan samlokalisere med eksisterende Bufetat-tilbud, eller de kan være helt frittstående. Teamene i Sør og teamet i Midt er samlokalisert med eksisterende Bufetat-tilbud. Teamet i Midt er lokalisert i samme bygg som Bufetats regionskontor. I starten av prosjektperioden delte teamet lokaler med senter for foreldre og barn i Trondheim i påvente av ferdigstillelse av egne lokaler. Lokalene til team Midt ligger sentralt i Trondheim, med fysisk nærhet til St. Olavs Hospital.

²⁵ Avtalen med legen ble inngått før presiseringen om at helsepersonell skulle komme fra helseforetaket.

Begge teamene i Sør er lokalisert ved Telemark barne- og familiesenter, som ligger i nærhet til Sykehuset Telemark. Teamet i Oslo er lokalisert i lokalene til Aline og Frydenberg barnevernsenter, som også er fysisk i nærhet til Ullevål Sykehus hvor teamet har fått helseressurser fra. Teamet i Nord har valgt å ikke samlokaliseres med et eksisterende Bufetat-tilbud, men de holder til i samme bygg som familievernkontoret. Teamet er lokalisert i Tromsø, med fysisk nærhet til Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN).

Organisatorisk plassering av team

De fleste regionene har valgt å organisere teamene under eksisterende tiltak (Barne- og familiesentre/akuttinstitusjoner/NABE). Teamet i Nord er direkte organisert under Enhet for inntak og regional avdelingsdirektør (F1-direktøren). Vi har foreløpig lite erfaring til å vurdere hva som er mest hensiktsmessig, men aspekter som tilgang på ressurser og nærhet til eksisterende fagmiljø kan spille en rolle her.

5.1.4 Tverrfaglighet

Tverrfaglig arbeid er krevende og må trenes fra start

Både dybdeintervjuene og innsiktsworkshopen med kartleggingsarbeidet viser til at tverrfaglig arbeid er krevende, og at kompleksiteten i det tverrfaglige øker når det også skal skje på tvers av sektorer. Det er viktig å få frem alle perspektivene, for å sørge for reell tverrfaglighet. Det er også viktig å hjelpe teamet å se og bygge på hverandres styrker og ressurser, for en mest mulig smidig og fleksibel bruk av ressursene på kartleggingsdagen. Som leder må man også bygge en god kultur i samarbeid med teammedlemmer fra ulike arbeidskulturer, og drive omdømmebygging og systemarbeid for å gjøre tiltaket kjent. For å lykkes må man ha tillit, gjensidig respekt og takhøyde. Tverrfaglig arbeid er en kompetanse som må trenes frem over tid og krever mer av leder enn en ordinær teamlederjobb.

Det kommer frem et tydelig behov for at hvert enkelt team må få anledning til å etablere seg som et team, bli kjent med hverandre, forsikre seg om at alle kjenner alles kompetanse og bidrag i arbeidet og avklare forventninger. Det er viktig å etablere en samarbeidskultur og samarbeidsform som fungerer i det enkelte teamet. Kunnskap og kjennskap til hverandres fagområder og forståelse og respekt for hverandre på tvers av fagområder trekkes frem som nødvendige forutsetninger for å lykkes med denne typen arbeid.

Det pekes på behov for tydelige roller, samtidig som teamene må ha fleksibilitet til å bruke de ulike rollene til barnets beste.

For å understøtte dette arbeidet i nye team bør det utarbeides støttemateriell, verktøy/hjelpemidler for å etablere og sette teamet, i tillegg til opplæring av både teamleder og resten av teamet. En viss innsikt i barnevernsloven og hvordan barnevernet jobber trekkes frem som en fordel for at alle skal forstå mandatet og redusere faren for å snakke forbi hverandre. En form for fadderordning mellom team og opprettholde arenaer og fora for erfaringsdeling, ble også trukket frem som viktig.

Teamleder er svært viktig for at teamet skal lykkes

Kartleggingsteamene trekker frem teamleder som svært viktig for å skape en god dynamikk i teamet der man spiller på hverandres styrker, har tilstrekkelig fremdrift, gjør nødvendige forventningsavklaringer og får til et miljø der alle faggrupper opplever å være likeverdige og inkludert. Nok kapasitet hos teamleder til å ivareta gode forberedelser og være til stede på kartleggingsdagen og lede teamet blir også pekt på som en

viktig suksessfaktor. Samtlige teamledere opplever gitt stillingsprosent som altfor lav for arbeidet som kreves med å forankre og sette teamet. Dette gjelder både de nyetablerte teamene, og barneteamet i Sør som har holdt på med CARE-kartlegginger i flere år. Teamlederne opplever det som avgjørende å være tilgjengelig for avklaringer og kunne ta avgjørelser på sparket og flere påpeker nødvendigheten av å kunne skjerme teamet fra alle andre oppgaver enn hva som angår kartleggingen.

Med utgangspunkt i erfaringene som er gjort til nå, fremstår det som at lederrollen er helt sentral for at teamene skal lykkes med det tverrfaglige arbeidet. Tydelige ledelse sikrer riktig bruk av tiden til fagpersonene og leder bør være tilgjengelig på samme adresse når kartlegginger gjennomføres. Aller helst bør teamleder være til stede på kartleggingsdagen og lede teamet gjennom kartleggingsdagen og den tverrfaglige drøften. Teamleder bør også være blant de første som rekrutteres til nye team, slik at vedkommende er på plass fra start og kan bruke tid på å sette og etablere teamet og sikre god forankring inn mot helse.

Det fremstår som svært viktig med rekruttering av riktig person inn i lederrollen. Vedkommende bør ha stor motivasjon og relevant erfaring. 10 prosent fremstår som alt for lav stillingsprosent, særlig i en etableringsfase.

Leder bør også ha kompetanse og erfaring med å jobbe tverretattlig, og kunnskap om de ulike medlemmene i teamets rammebetingelser og mandat. De skal arbeide inn mot helseforetak for å sørge for rekruttering, omdømmebygging og gjøre tiltaket kjent, samt inn mot kommunene for å sikre henvisning av saker. Teamleder vil også kunne ha en rolle inn mot fylkesnemnda for å synliggjøre hva rapporten kan og ikke kan si noe om.

5.1.5 Henvisning til spesialisthelsetjenesten

Et forhold som har kommet opp gjentatte ganger i prosjektet, er hvorvidt legene i de tverrfaglige kartleggingsteamene skal ha mulighet til å henvise barn direkte til somatisk spesialisthelsetjeneste. Det følger av Prop 222L at tverrfaglig helsekartlegging ikke er helsehjelp. Legene skal derfor kun ha en sakkyndigrolle inn i arbeidet. Fordi kartleggingene ikke er helsehjelp fører ikke helsepersonell journal, og legene har ikke henvisningsrett som sakkyndig i et tverrfaglig helsekartleggingsteam. Når legene i utprøvningsprosjektet ikke har hatt mulighet til å henvise direkte til spesialisthelsetjenesten har de i stedet skrevet anbefalinger om henvisning til spesialisthelsetjeneste i rapporten. Barnevernstjenesten har henvisningsrett til PHBU, men ikke til somatisk spesialisthelsetjeneste. Anbefalinger om henvisning til somatisk spesialisthelsetjeneste må barnevernstjenesten derfor i neste instans følge opp med barnets fastlege/legevakt.

Henvisninger til somatisk spesialisthelsetjeneste via fastlege oppleves som utfordrende, både for flere av legene i de tverrfaglige kartleggingsteamene og for barnevernstjenesten. Barnevernet må i disse tilfellene ta med barnet til fastlegen for ny vurdering og eventuelt videre henvisning til somatisk spesialisthelsetjeneste, når barnet allerede er undersøkt av en legespesialist i teamet. Mange av barna i målgruppen til tverrfaglig helsekartlegging har kanskje ikke en fastlege, eller den kan være geografisk langt unna. Fastlegen, eventuelt legevakt som må benyttes dersom fastlege ikke er tilgjengelig, må som regel se barnet selv og gjøre seg opp sin egen mening om hvorvidt barnet bør henvises videre. Barnet møter da enda en behandler, må åpne seg opp enda en gang, og en vurdering gjort av spesialist i barnesykdommer kan bli overprøvd av en

allmennleges vurdering. Dette tar mye tid for barnevernet og allmennlegen, kan være en ekstra belastning for barnet og kan ta bekymringsfull lang tid.

Flere av legene i de tverrfaglige kartleggingsteamene har omtalt det som yrkesetisk krevende at de ikke har rett til å henvise direkte til spesialisthelsetjenesten, både fordi den ekstra sløyfen via fastlegen gjør at det tar enda lenger tid før barnet får det de har vurdert som nødvendig helsehjelp, og fordi de som spesialister på fagfeltet er urolige for at fastlegen skal komme til en annen vurdering og ikke henvise. Videre er det viktig å se på barnets belastning ved å måtte møte og bli vurdert av nok en fagperson, som heller ikke er spesialist. Innspill fra Helse Sør-Øst RHF løfter viktigheten av at helsepersonell er trygge på at anbefalingene i rapporten følges opp og at barna får den hjelpen de trenger. Det kan være en risiko for at manglende mulighet til å henvise og usikkerhet rundt sakkyndigrollen påvirker motivasjon til å delta inn i teamene. Dette kan vanskeliggjøre rekruttering av riktig kompetanse fra helseforetakene inn i arbeidet.

Flere av saksbehandlerne i kommunal barnevernstjeneste som prosjektet har intervjuet, har også trukket frem at det er utfordrende at en må via fastlegen for henvisninger til somatisk spesialisthelsetjeneste når barnet allerede er undersøkt av en lege. Flere forteller at det er kommet frem informasjon om barnets helse i kartleggingsrapporten som må tas tak i med en gang. I disse tilfellene kan omveien via barnets fastlege/legevakt være krevende. Saksbehandlerne ønsker at kartleggingsrapporten gjør det mulig for barnevernstjenesten å henvise til somatisk spesialisthelsetjeneste på samme måte som til PHBU.

Tallmaterialet fra spørreundersøkelsen til kommunale saksbehandlere er svært lite på dette området og må derfor tolkes med forsiktighet. Likevel ser vi også her en svak tendens til at oppfølging mot fastlege oppleves noe mer krevende enn oppfølging mot andre tjenester. Der det har vært aktuelt å få oppfølging fra fastlege, er det flere som svarer at det i liten eller i noen grad var enkelt å få denne oppfølgingen. Det kan også se ut som at de samme som svarte at det i mindre grad var enkelt å sørge for oppfølging fra fastlege også opplever at rapporten bare i noen grad var nyttig og at var mer utfordrende å sørge for oppfølging fra andre instanser.

Når det gjelder henvisning til psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten, har barnevernstjenesten som nevnt mulighet til å henvise barn direkte. Også her må resultatene fra spørreundersøkelsen tolkes med forsiktighet, men det er tendens til at saksbehandlerne i større grad opplever det enkelt å følge opp anbefalinger om henvisning til BUP enn henvisninger til somatisk spesialisthelsetjeneste. De opplever også at henvisningene til BUP blir bedre og får større gjennomslag når barnevernstjenesten kan vise til (og legge ved) rapporten fra tverrfaglig helsekartlegging.

Noen av teamene opplever det som uproblematisk at legen ikke har henvisningsrett og mener det er riktig at dette skal ligge hos barnevernstjenesten og fastlegen. De vektlegger at tverrfaglig helsekartlegging er en *kartlegging* som skal sette barnevernstjenesten i stand til å gi barnet bedre oppfølging og ikke være helsehjelp med utredning eller behandling, og at teamet ikke kan ha noe videre oppfølgingsansvar for disse barna. I 0-6-teamet i Sør er det for eksempel gjort kartlegginger i flere år uten at legen har hatt henvisningsrett til somatisk spesialisthelsetjeneste. Der det har vært behov for helsehjelp som er spesielt viktig har teamets lege tatt kontakt med fastlege, behandler, omsorgsperson og lokal barnevernstjeneste på kartleggingsdagen for å gi informasjon direkte.

Hvorvidt tverrfaglig helsekartlegging skal være å anse som helsehjelp eller ikke, er grundig behandlet i forarbeidene til Prop 222L. Prosjektet erkjenner at det å gi legene henvisningsrett vil ha juridiske, økonomiske og administrative konsekvenser som ikke er utredet i prosjektperioden. Å la legene i kartleggingsteamet få mulighet til å henvise direkte til spesialisthelsetjenesten etter modell fra Barnehusene, alternativt at barnevernstjenesten får mulighet til å henvise til somatisk spesialisthelsetjeneste på samme måte som de i dag kan henvise til PHBU, er nevnt som alternative løsninger. Det er spilt inn fra flere hold at det vil være å krysse grensen til helsehjelp dersom legene får henvisningsrett. Prosjektet anbefaler at dette utredes nærmere.

5.1.6 Behov for to psykologer?

Spørsmål om behovet for to psykologer og deres ulike mandat har blitt løftet i flere omganger. I lys av spørsmålet om effektiv ressursbruk og rekrutteringsutfordringer kan det være hensiktsmessig å se på dette spørsmålet på nytt. Teamene har så langt gjort seg ulike erfaringer.

Region Sør fremhever at både Oslo Kommune og Region Sør har brukt psykolog ansatt i Bufetat/BFE som har lang erfaring fra PHBU. Dette fordi de ikke har fått psykolog fra PHBU fra sine lokale helseforetak grunnet manglende ressurser. De opplever likevel at begge samfunnsmandat er forvaltet og at kartleggingene er av god kvalitet. Region Sør mener at det sannsynligvis ikke vil være bærekraftig at det er to psykologer i hvert team. Region Sør peker på at det er leder i teamet som bør ha ansvaret for å rekruttere fagressurser. Det viktige må være at psykologen har riktig kompetanse, ikke hvor vedkommende er ansatt. Region Sør påpeker også at to psykologer i hvert kartleggingsteam vil medføre en dobling av psykologressursene sammenlignet med hva de bruker i dag, for å ivareta like mange kartlegginger. De mener at dette gjør hver kartlegging svært ressurskrevende.

Region Nord mener det er svært viktig å beholde fagsammensetningen i teamet og at psykolog/lege rekrutteres fra helse slik opprinnelig modell i tverrfaglig helsekartlegging legger til grunn. De mener det er vesentlig at helsetjenestene er representert for å sikre kartlegging av barnas sammensatte psykiske og somatiske helsebehov, samt barnets behov for videre helsehjelp, behandling med mer. De peker på faggruppens viktige kunnskap om tilbud- og organisering av spesialisthelsetjenesten som et viktig bidrag.

Fra helse består teamet i Nord av psykologspesialist i 100 prosent stilling, to barne- og ungdomspsykiatere som deler på 40 prosent stilling, samt tannlege i 20 prosent stilling. Fra Bufetat inngår en barnevernsfaglig ressurs i 100 prosent stilling, og en psykologspesialist/teamleder i 100 prosent stilling. Region Nord har gode erfaringer med denne organiseringen. De opplever at kartleggingene styrkes ved at fagpersonene kan vie større del av stillingen/tid til selve kartleggingene. Likeledes erfarer teamet at tverrfagligheten blir godt ivaretatt gjennom drøfting og erfaringsutveksling mellom fagpersoner fra både helse, tannhelse og barnevern.

Psykologene i Oslo er opptatt av at teamene skal ha ressurser fra PHBU, men legger vekt på at metodene som benyttes i tverrfaglig helsekartlegging har psykologene rett til å benytte med utgangspunkt i sin profesjonsutdanning. Psykologer får gjennom sin utdanning kompetanse på ulike verktøy og de samme verktøyene benyttes av psykologer i PPT, PHBU og i barnevernet med ulikt formål. Hverken psykolog fra PHBU eller psykolog fra Bufetat/BFE diagnostiserer eller behandler i tverrfaglig helsekartlegging. Oslo mener at behov for psykolog fra PHBU bør begrunnes ut fra perspektivene som skal ivaretas og kunnskap

om henvisningsveier. Oslo peker også på at ressursbruken når ordningen skal opp i full skala, vil bli veldig stor. Teamet i Oslo er også opptatt av at barnepsykiaterressurs kan være aktuelt som medlem fra PHBU. De mener teamene godt kan bestå av psykologressurser fra både PHBU og barnevernet, så lenge de fritt kan fordele oppgavene seg imellom.

Teamet i Midt erfarer at det er viktig å ha psykologer fra BUP i teamet. De mener også at tverrfagligheten kan ivaretas uten at psykolog fra helse og Bufetat deltar på alle kartleggingene sammen. Både teamet i Midt og teamet i Nord ønsker tilgang på psykologressurser fra både Bufetat og PHBU, og mener disse ivaretar et viktig perspektiv i kartleggingen. Både teamet i Midt og i Nord peker på relativt høye stillingsprosenten blant psykologene fra helse som en viktig suksessfaktor. I Nord er psykologressursen fra helse tilknyttet teamet 100 prosent. Teamet i Midt hadde i første fase av prosjektet to psykologer fra BUP som delte en 50 prosent stilling. De erfarte at det er mer hensiktsmessig å ha én ressurs i en 50 prosent stilling fremfor to personer med 25 prosent hver.

Som innspill til rapporten presiserer Helsedirektoratet at psykologer fra PHBU har kompetanse i vurdering og diagnostikk av barn og unge med mistanke om psykiske lidelser på bakgrunn av ulike utredningsmetoder. Det er dermed ikke kun det at de bruker kartleggingsverktøyene til ulikt formål som skiller psykolog fra PHBU og Bufetat/BFE, men også ulik kompetanse i vurdering av psykisk lidelse.

5.2 Innhold og gjennomføring av tverrfaglig helsekartlegging

5.2.1 I forkant av kartleggingen – henvisning, informasjonsinnhenting og forberedelser

Enhet for inntak må ha god kjennskap til tverrfaglig helsekartlegging

Det er Enhet for inntak som behandler alle henvisningene til tverrfaglig helsekartlegging i Bufetat. Det er derfor viktig at Enhet for inntak er godt kjent med tverrfaglig helsekartlegging som helhet og innholdet i kartleggingen. Enhet for inntak kan følge opp barnevernstjenesten i de sakene hvor det ikke er henvist til tverrfaglig helsekartlegging når det henvises til en plassering utenfor hjemmet. De kan også være en bidragsyter i de sakene hvor det er usikkerhet eller tvil om det skal henvises til kartlegging. Enhet for inntak har i mange av sakene hvor barn plasseres utenfor hjemmet et samarbeid med barnevernstjenesten/institusjonen, og vil også kunne etterspørre hvordan barna er fulgt opp i etterkant av tverrfaglig helsekartlegging.

Behov for mer kunnskap om tverrfaglig helsekartlegging i kommunene

Det er barnevernstjenesten som henviser til tverrfaglig helsekartlegging. Spørreundersøkelsen til saksbehandlere i barnevernstjenesten viser at det er behov for mer informasjon til kommunene om tilbudet. Dette underbygges av dybdeintervjuene med saksbehandlere. Saksbehandlerne opplever også at det er viktig at deres ledere har kjennskap til tilbudet og kan bistå i vurderingen av om et barn bør henvises eller ikke til tverrfaglig helsekartlegging. Spørreundersøkelsen indikerer også at i regioner der de over tid har hatt et liknende tilbud, har saksbehandlerne mer kjennskap til tilbudet, så det er grunn til å tro at kjennskapet vil øke etter hvert. For å sikre at alle barn og unge får et likeverdig tilbud er det viktig at tverrfaglig helsekartlegging gjøres tilstrekkelig kjent i barnevernstjenesten, slik at det ikke er mangel på kjennskap til tilbudet som gjør at barn og unge ikke får tilbud om kartlegging.

Årsak til manglende henvisning

På spørsmål om årsak til at man ikke har henvist barn i målgruppen til tverrfaglig helsekartlegging svarer 22 prosent av saksbehandlerne i kommunen at det er fordi de vurderte barnet til å være tilstrekkelig utredet. Data om de kartlagte barna viser samtidig at 29 prosent av de kartlagte barna har blitt utredet tidligere, 17 prosent har tidligere blitt diagnostisert i primær- eller spesialisthelsetjenesten, 20 prosent av barna har et tidligere behandlingsforløp, og 13 prosent har et pågående behandlingsforløp. Vi har ikke sammenliknet disse andelenes med den generelle gruppen av barn som flyttes ut av hjemmet, men det har i prosjektet blitt antydning at andelen som er tidligere utredet er overraskende lav. En hypotese kan derfor være at barn som har blitt vurdert i spesialisthelsetjenesten tidligere ikke henvises til kartlegging fordi man tenker at barnets behov er avdekket og godt nok dokumentert.

Henvisningsrutinen

Prosjektet har lagt opp til at henvisning til tverrfaglig helsekartlegging i Bufetat skal følge den samme henvisningsrutinen som henvisning til øvrige tjenester hos Bufetat. Saksbehandlere trekker det frem som positivt at de kan bruke det samme henvisningsskjemaet som for andre tjenester fra Bufetat. Saksbehandlere som sender henvisning til team med en avvikende henvisningsprosess, trekker frem ønske om en mer forutsigbar prosess og raskere tilbakemelding.

Informasjonsinnhenting

Barnevernstjenesten må samle inn informasjon om barnets bakgrunn og helsehistorikk og legge ved henvisningen. Kartleggingsteamene har pekt på at det går med mye tid til å informasjonsinnhenting i forkant av kartleggingene, og at tilstrekkelig bakgrunnsinformasjon om barnet er avgjørende for kvaliteten på kartleggingene. Dette var derfor tema både i spørreundersøkelsen og intervjuer med barnevernstjenesten.

Nesten ingen saksbehandlere opplevde det krevende eller veldig krevende å innhente informasjonen som er nødvendig for å henvise og flertallet syntes også det i noen grad eller ganske stor grad det var enkelt å forstå hva henvisningen skulle inneholde. Det ble også kommentert at denne informasjonen burde barnevernstjenesten uansett ha, så de opplevde ikke nødvendigvis informasjonsinnhenting som noe negativt. Gjennom intervjuene går det frem at det særlig er informasjon fra fastlege som kan være vanskelig å innhente. Saksbehandlerne forteller at det er vanskelig for dem å vite hvorvidt barnet har fastlege, og hvem dette eventuelt er. Dette kan forklare hvorfor kartleggingsteamene trekker frem mangel på helsehistorikk på barna som særlig utfordrende. Saksbehandlerne trekker frem rask tilbakemelding på henvisningen og dialog med kartleggingsteamet om informasjonsinnhenting som nyttig.

Samtykke til kartlegging

For noen grupper av barn og unge må barnevernstjenesten innhente samtykke før henvisning til tverrfaglig helsekartlegging. Ungdom over 15 år samtykker selv. For noen av barna under 15 år er det nødvendig å innhente samtykke fra foreldrene. Selv om tallene fra spørreundersøkelsen er små, antyder tallene at det stort sett er enkelt å få samtykke fra foreldrene, mens det er litt mer varierende og tidvis krevende å få samtykke fra ungdom over 15 år.

Motivasjon til oppmøte

En sentral del av forberedelsene til en kartlegging er å motivere ungdom til oppmøte. Erfaringer fra helsesektoren tilsier at det er vanlig med opptil 20 prosent manglende oppmøte til enkelte tjenester. Ved

avlysninger må leder omrokere på ventelisten slik at andre kartlegginger fremskyndes, for å unngå at teamet ikke får gjennomført en kartlegging på en planlagt kartleggingsdag. Som konsekvens av dette må teamet forberede seg på å ta imot et annet barn enn det de opprinnelig var forberedt på. Dette krever mye tid og ressurser fra det enkelte teammedlem.

Som et ledd i motivasjonsarbeidet pekes det på at både barn og omsorgspersoner må forberedes godt i forkant av kartleggingen. Barna prosjektet har snakket med sier selv at de opplevde å være godt nok forberedt. Samtidig var det ingen av barna som hadde forberedt spørsmål som de kunne ta med seg til kartleggingsteamet.

Varierende grad av motivasjon til å møte opp bekreftes også av en av de intervjuede ungdommene som forteller at vedkommende ikke hadde møtt opp til kartlegging hvis det ikke var for et løfte om en belønning i etterkant av kartleggingen. Avklaringen i prosjektet har vært at det ikke er ønskelig å bruke premier eller belønninger for å motivere barna og ungdommene til kartlegging. Dette utsagnet viser samtidig at det kan være et effektivt tiltak for å motivere ungdommene.

Prosjektet antar at det blir særlig viktig med forberedelsesarbeid og motivering når barnevernstjenesten får hjemmel til å be om tverrfaglig helsekartlegging av barn mens de fremdeles bor hjemme. Hypotesen er at motivasjonen for å møte opp på en kartleggingsdag kan være særskilt lav i denne gruppen. Det pekes også på muligheten om å be barnevernstjenesten om å formidle mer informasjon fra omsorgspersonene i forkant.

5.2.2 Gjennomføring av kartlegging

Erfaringer fra to av kartleggingsteamene tilsier at det kan bli for mye for enkelte barn å gjennomføre kartleggingene på én dag. Disse teamene la vekt på at der det er praktisk gjennomførbart bør teamene få lov til å gjennomføre noen av aktivitetene i forkant av selve kartleggingsdagen. Erfaringer fra teamene i Sør, samt fra CARE-prosjektet er på den andre siden at ett av suksesskriteriene er at kartleggingene gjennomføres på én dag. Det pekes på at dette er særlig viktig i regioner med store avstander. Blant barna prosjektet har snakket med var det ett barn som opplevde dagen som litt slitsom.

Ustrukturerte settinger som lunsj, overgangssituasjoner eller utelek er situasjoner som det anses lurt å observere barnet i, særlig for de barna som ikke har kapasitet til å klare alle verktøyene som brukes i kartleggingen. Omsorgspersonen pekes også på som sentral på kartleggingsdagen, og er en nyttig ressurs for teamet gjennom dagen. Det pekes på som viktig å få gjennomført en egen samtale med omsorgspersonen.

Erfaringer fra kartleggingsteamene peker på at det er nyttig å starte den tverrfaglige drøfte allerede samme dag som kartleggingen. Det kan være hensiktsmessig å legge noen rammer for drøftingen, slik at tidsbruken ikke blir for stor. Et estimat på hvor lang tid drøften bør være kan være gunstig.

Barna prosjektet har snakket med forteller at de stort sett er fornøyd med kartleggingsdagen og «opplever de voksne som snille» og at «de prøver å hjelpe meg». Dette underbygges av saksbehandlerne prosjektet har intervjuet som er svært fornøyd med tilbudet og sier at barna forteller det samme. De omsorgspersonene vi har vært i kontakt med for å koordinere samtaler med barna forteller også at de er svært fornøyd med måten kartleggingsdagen har blitt gjennomført på. Barna trekker særlig frem den oppsummerende samtalen som noe de likte godt.

5.2.3 Etter kartlegging – etterarbeid og oppfølging av anbefalinger

Den tverrfaglige drøften

Kartleggingsteamenes erfaringer tilsier at teamet bør samles for å dele innsikt og erfaringer samme dag som kartleggingen, hvor alt er friskt i minne. Hvis det går for lang tid før man starter drøften og begynner å prosessere inntrykkene er det en risiko at informasjon blir glemt, eller at man blander saker og kobler inntrykk til feil barn. Den systematiske tverrfaglige drøften kan gjennomføres et par dager etterpå. Det kan være hensiktsmessig å drøfte to ganger, både rett etter kartleggingen og etter at rapportskrivningen er i gang. Det pekes også på som veldig hensiktsmessig at teammedlemmene er tilgjengelige for hverandre for sparring i forbindelse med rapportskrivningen. Noen team gjennomfører deler av den tverrfaglige drøften digitalt.

Rapportskriving

Rapportskrivingen trekkes frem av flere i kartleggingsteamene som den mest tidkrevende oppgaven. Det anses som viktig å avklare hva som skal, og ikke skal, være med i rapporten, slik at rapporten blir så konkret som mulig. Kartleggingsteamene peker også på viktigheten av å kunne skrive på rapporten underveis. Dette er særlig viktig i de tilfeller hvor arbeidet har hopet seg opp og teamene kan stå i fare for å forveksle sakene med hverandre.

Kartleggingsrapporten

Kartleggingsrapporten er svært nyttig for barnevernet og et godt verktøy i dialog med andre tjenester. I de regionene der teamene har brukt den utarbeidede rapportmalen trekker saksbehandlere frem rapportens struktur og oppbygging som brukervennlig. Hvorvidt det skal være en felles nasjonal rapportmal eller om teamene selv skal utvikle og tilpasse rapport etter gitte kriterier bør vurderes i arbeidet med Nasjonale anbefalinger om innhold og kompetanse i tverrfaglig helsekartlegging.

Oppfølging av anbefalinger

Saksbehandlere opplever at det i varierende grad er enkelt å følge opp anbefalingene i rapporten. Det er stort sett enkelt å følge opp anbefalinger overfor fosterforeldre/institusjon og anbefalinger om henvisning til BUP. Det er noe mer krevende å følge opp anbefalinger mot fastlege, skole/PPT og somatisk spesialisthelsetjeneste. At det er enklere å følge opp anbefaling om henvisning til BUP enn til somatisk helsetjeneste kan henge sammen med at barnevernstjenesten har mulighet til å henvise selv til BUP, men må via fastlege for å få sendt henvisning til somatisk spesialisthelsetjeneste. Når det i andre sammenhenger antydes at det er vanskelig for barnevernstjenesten å vite hvem som er barnets fastlege kan dette være med på å forklare hvorfor det er vanskeligere å følge opp disse anbefalingene.

Overlevering av rapporten

Kartleggingsteamene har pekt på at det er gunstig å gjennomføre en samtale med barnevernstjenesten før sluttrapporten leveres. Saksbehandlerne i barnevernstjenesten bekrefter at dette er nyttig, og gjør det lettere å følge opp anbefalingene. De kan ha behov for å drøfte hvordan anbefalingene bør følges opp dersom barnets situasjon er i ferd med å endres, for eksempel dersom barnet flytter til nytt fosterhjem. Saksbehandlerne forteller også om situasjoner der oppfølging av anbefalinger haster. Da har teamene tatt kontakt før rapporten foreligger for at barnevernstjenesten kan starte oppfølging umiddelbart. Saksbehandlerne opplever dette som positivt.

Bruk av rapporten i fylkesnemnda

Saksbehandlerne forteller at det er viktig å få rapporten fra tverrfaglig helsekartlegging før behandling i fylkesnemnda. Erfaringene så langt er at fylkesnemnda er svært positiv til rapporten, og rapporten blir vektlagt i stor grad i behandling av barnas sak. Datainnsamling om barn som blir kartlagt viser at over 70 prosent av barna bor i beredskapshjem på kartleggingstidspunktet, noe som understøtter at kommunene opplever det som viktig å ha fått kartlagt barna før behandling i fylkesnemnda og beslutning om varig plassering. I denne sammenheng er det viktig å følge med på om ventetid på kartlegging og rapport påvirker den øvrige prosessen i barnas sak.

I Prop 222L understreker BFD at intensjonen med kartlegging ikke er å underbygge vilkårene for omsorgsovertakelse eller plassering på institusjon på grunn av alvorlige atferdsvansker. De anerkjenner allikevel at opplysninger som kommer frem i kartleggingen vil kunne få betydning for fylkesnemndas vurdering av hvorvidt vilkårene for atferdsplassering er til stede eller ikke. Det kan være viktig å følge med hvordan rapportene blir brukt fremover i fylkesnemndene, og påse at både kartleggingsteamene, barnevernstjenesten og fylkesnemndene holder seg innenfor formålet til tverrfaglig helsekartlegging.

Barnas kunnskap om hvordan rapporten skal brukes

Barn og unge som prosjektet har snakket med sier at de ikke vet hvordan rapporten fra kartleggingsteamene skal brukes videre. Dette tyder på behov for mer informasjon til barn og unge om hva som skjer i etterkant av kartleggingen. Intervjuene med barn og unge som har vært på en tverrfaglig helsekartlegging ble gjennomført såpass kort tid etter kartleggingen at det både kan være at rapporten ikke er ferdigstilt og at barnevernstjenesten ikke har hatt mulighet til å iverksette tiltak basert på anbefalingene.

5.3 Behov for videre kunnskap

Selv om denne oppdaterte versjonen av sluttrapporten gir et mer helhetlig bilde på erfaringer med utprøving av tverrfaglig helsekartlegging, er det fortsatt områder vi ønsker å vite mer om, og områder det bør følges med på når tiltaket etter hvert skal innføres nasjonalt. Prosjektet har kun vart ett år. Noen av dataene som er samlet inn kan muligens tilskrives at tiltaket fortsatt er i en oppstartsfase. Det er også for tidlig å si noe om effekten av tiltaket over tid. Det vil derfor være behov for å følge tverrfaglig helsekartlegging tett de neste årene.

Oppfølging av anbefalingene fra kartleggingsteamene

Råd og anbefalinger som gis til barnevernstjenesten gjennom rapporten fra kartleggingsteamet, må følges opp for at tilbudet skal bidra til at barn og unge skal få ivarettatt sitt helse- og hjelpebehov.

Utprøvingssprosjektet har i begrenset grad hatt mulighet til å undersøke om barnevernstjenesten har fulgt opp råd og anbefalinger fra kartleggingsteamene, og hva som eventuelt har vært hindringer i dette arbeidet. Noe informasjon om hvordan barnevernstjenesten følger opp anbefalingene fra kartleggingsteamene har kommet frem gjennom spørreundersøkelsen som ble gjennomført blant saksbehandlere i kommunal barnevernstjeneste. Intervjuene som er gjennomført med saksbehandlere i barnevernstjenesten har også gitt verdifull innsikt i hvordan saksbehandlere bruker rapporten. Det er likevel for tidlig å si for mye om hvordan anbefalingene faktisk følges opp utover den første tiden etter at saksbehandler har mottatt rapporten.

Barnevernstjenestens erfaringer og vurderinger av tilbudet

Barnevernstjenesten er en viktig målgruppe for tverrfaglig helsekartlegging. De må være kjent med tilbudet, henvise barn og unge, og følge opp anbefalinger fra kartleggingsteamet. Spørreundersøkelsen og intervjuene som er gjennomført blant saksbehandlere i kommunal barnevernstjeneste gir noe innsikt i hvordan de så langt har opplevd tilbudet, og tilbakemeldingene er i all hovedsak positive. For at tverrfaglig helsekartlegging skal bli en nasjonal suksess er det viktig at tilbudet fortsetter å oppleves relevant for barnevernstjenesten. Det å fortsette å samle inn barnevernstjenestens erfaringer og vurderinger av tilbudet vil derfor være viktig i den videre utviklingen av tverrfaglig helsekartlegging.

Barn og unges erfaringer og vurderinger av tilbudet

Prosjektet har fått noe innsikt i barn og unges erfaringer med tilbudet, både gjennom samtale med seks barn som har vært på kartlegging, datainnsamling fra de tverrfaglige teamene som rapporterer på hvordan barna har vurdert dagen, og gjennom samtaler med saksbehandlere og omsorgspersoner. Tilbakemeldingene så langt har vært positive, og barna er stort sett fornøyde med dagen.

Samtidig er det utfordringer med at utvalget av barn som prosjektet har snakket med er svært lite, og de er rekruttert gjennom teamene og kommunene. Vi kan ikke garantere at det ikke har oppstått en skjevhet i utvalget og at vi primært har fått snakke med barn som har vært særlig positive. Tilbakemeldingene fra barna som teamene har rapportert inn har metodesvakheten at det er teamets tolkning av det barna har svart som blir rapportert, og ikke faktisk barnets stemme.

Det samme gjelder til en viss grad tilbakemeldingen om barnas erfaring som viderebringes fra saksbehandler og omsorgsperson. Det er svært positivt at også disse tilbakemeldingene er positive, men det er samtidig fortsatt en fortolkning fra en voksen som barnet er avhengig av og som kan påvirke svaret.

Utpøringsprosjektet har utarbeidet et kort digitalt tilbakemeldingsskjema som barn og unge kan fylle ut på slutten av kartleggingsdagen. Besvarelsen av skjemaet vil kunne skje på en slik måte at det ikke er mulig å spore svarene tilbake til et konkret barn. Tilbakemeldingsskjemaet består av få, enkle spørsmål om blant annet hvordan barnet ble møtt, om de hadde noen spørsmål og om de forstår hvorfor de var på en kartlegging. Ved bruk av dette skjemaet vil det være mulig å få informasjon om barnets/ungdommens umiddelbare opplevelse av selve kartleggingsdagen. Skjemaet ble ferdigstilt i juni 2022. På tidspunktet for når denne sluttrapporten ferdigstilles, var det ikke kommet inn noen svar. Skjemaet kan likevel videreføres for å samle løpende tilbakemeldinger fra barn og unge som har vært på kartlegging og prosjektet anbefaler at Bufdir gjør dette.

Prosjektet vil også anbefale at Bufdir fortsetter å gjennomføre samtaler med barn som har vært på kartlegging. Gjerne i en form der utvalget av barn som blir snakket med er noe mer tilfeldig sammensatt enn prosjektet klarte å få til i utpøringsperioden. Det kan også være en fordel om det går litt lenger tid mellom kartleggingen og samtalene, slik at barna kan gi tilbakemelding på om de opplever at de får bedre hjelp etter at de har vært på kartlegging.

Vurdering av måloppnåelse

I lovforslaget om tverrfaglig helsekartlegging skriver departementet at *«Tilbud om tverrfaglig helsekartlegging har som målsetting å bidra til at barn og unge som flyttes ut av hjemmet får god og tilpasset omsorg, oppfølging og eventuell barnevernsfaglig behandling. Tverrfaglig helsekartlegging skal*

bidra til å identifisere barnets hjelpe- og helsebehov. Formålet med tverrfaglig helsekartlegging er å skaffe ulike instanser i barnevernet tilstrekkelig informasjon om barnet i forbindelse med valg av plasseringssted, innhold i tiltak og oppfølging. Tilstrekkelig informasjon om barnets hjelpe- og helsebehov skal bidra til mer treffsikker hjelp og oppfølging av barn som flyttes ut av hjemmet. Riktig hjelp og god oppfølging vil bidra til å sikre en mer stabil plassering, som kan redusere risikoen for utilsiktede flyttinger og brudd i plasseringen.»²⁶

Den politiske målsettingen med tiltaket er både å skaffe barnet mer treffsikker hjelp og oppfølging, og sikre mer stabile plasseringer. Utprøvningsprosjektet har ikke hatt tilstrekkelig varighet til å kunne gjøre vurderinger av grad av måloppnåelse. Dette handler i stor grad om at det tar tid å etablere team. Selv om prosjektet har fått innhentet erfaringer direkte fra barn/ungdom som har vært på en tverrfaglig helsekartlegging, er det gått for kort tid mellom kartleggingstidspunktet og intervjutidspunktet. For å kunne gjøre en vurdering av om politikernes og departementets målsettinger med tilbudet blir oppnådd, bør det være lengre tid mellom kartleggingsdagen og tidspunktet for innhenting av erfaringer fra barnet som har blitt kartlagt. I tillegg må man følge barna og tverrfaglig helsekartlegging over tid for å kunne vurdere i hvilken grad tverrfaglig helsekartlegging bidrar til at barna får mer stabile plasseringer.

Etablere kvalitetssystem

Etablering av et kvalitetssystem for kontinuerlig forbedring og oppfølging av tiltaket, samt mer langsiktig følgeforskning er nødvendig for å vite om tiltaket er effektivt og virker etter hensikten. Det kan også vurderes å utarbeide et nasjonalt kvalitetsregister tilsvarende sosialpediatrisk kvalitetsregister hvor både somatiske, psykiske og sosiale forhold registreres.

²⁶ Prop. 222 L (2020-2021), avsnitt 5.3.2.1.

6 SUKSESSFAKTORER FOR VIDERE IMPLEMENTERING AV TVERRFAGLIG HELSEKARTLEGGING

Basert på erfaring og læring fra arbeidet med å etablere tverrfaglige helsekartleggingsteam og gjennomføre kartlegginger det siste året, vil prosjektet løfte følgende suksessfaktorer og overordnede strukturelle risiko ved framtidig implementering av tverrfaglig helsekartlegging.

Strukturelle suksessfaktorer

- For å sikre gode forutsetninger for implementering er det avgjørende at rammevilkårene for tiltaket er forutsigbare og avklarte. Det innbefatter at det foreligger lov hjemmel, at finansieringen er tilstrekkelig både i Bufetat/BFE og i helseforetakene, og at likelydende og tydelige oppdrag gis i både barnevern- og helselinjen.
- Teamene er avhengig av riktig og tilgjengelig kompetanse for å kunne fungere etter intensjonen. Dette er kompetanse det allerede er rift om i rekrutteringsmarkedet. En god og langsiktig rekrutteringsstrategi er nødvendig ved en nasjonal oppskalering av team.
- Samarbeid og nasjonal koordinering mellom barnevern- og helsesektoren er avgjørende i en etableringsfase, men også på lengre sikt, for å forhindre ulik forståelse og ulik/uheldig praksisutvikling.

Suksessfaktorer for etablering av tverrfaglige helsekartleggingsteam

- Lederrollen er viktig ved etablering av team, og bør ansettes/utpekes tidlig i prosessen. Leder må ha nok tid og ressurser, og ta et helhetlig ansvar for at teamet fungerer.
- Gode samarbeidsavtaler mellom Bufetat/BFE og helseforetak vil sikre forutsigbarhet for de ulike virksomhetene. Samarbeidsavtalene må legge til grunn at alle dedikerte ressurser setter av tilstrekkelig kapasitet til å delta i arbeidet.
- Å lykkes med det tverrfaglige teamarbeidet fordrer en kultur preget av tillit, respekt og dedikasjon til arbeidet som skjer i teamet. Det krever tilstedeværelse, en viss grad av kontinuitet, fleksibilitet, og at ressursene i teamene kjenner hverandre og hverandres styrker. Personlig egnethet, motivasjon og faglig interesse blant teamets medlemmer er også viktig.
- Alle barn er forskjellige, og skreddersøm til det enkelte barn på kartleggingsdagen er viktig. Balanse mellom tydelig ansvarfordeling internt i teamet og fleksibilitet på kartleggingdagen er derfor viktig.

Suksessfaktorer for gjennomføring og oppfølging av tverrfaglig helsekartlegging

- For at tverrfaglig helsekartlegging skal ha verdi for barnet må rapporten bli lest og anbefalingene fulgt opp av barnevernstjenesten. Godt samarbeid og tett dialog med kommunal barneverntjeneste gjennom hele forløpet bidrar til dette, og sikrer også mer effektiv gjennomføring og bedre kvalitet, både på forarbeidet og innsamling av informasjon om barnet, gjennomføring av dagen og overlevering av rapport.
- For at ikke tverrfaglig helsekartlegging skal bli en «propp i systemet» er en viktig suksessfaktor at ventetiden etter henvisning holdes nede, og at ventetiden på ferdigstilling av rapport ikke er for lang.
- At dagen oppleves som positiv for barna og at de forstår hvorfor de er der er viktig for å sikre at barn og ungdom ønsker å komme til kartlegging.
- At omsorgsperson som følger barnet har tilstrekkelig informasjon om kartleggingsdagen og mulighet til å stille godt forberedt.

VEDLEGG

Vedlegg 1 – Data fra innsiktsworkshop med kartleggingsteamene

Vedlegg 2 – Innsikt fra workshop innenfor hvert tema

Vedlegg 3 – Dashbord med kartleggingsdata

Vedlegg 4 – Brukerreisene

VEDLEGG 1 – DATA FRA INNSIKTSWORKSHOP MED KARTLEGGINGSTEAMENE

Tabell 5 Læring og erfaring fra teamlederne

	Før kartleggingsdagen	Under kartleggingsdagen	Etter kartleggingsdagen
Læring og erfaringer	• Lese henvisningen og se hva som mangler av nødvendig dokumentasjon • Teamleder fasiliteter det som kommer fra hver enkelt deltaker • Teamet skal vite hva de skal gjøre	• Viktig med kontinuitet og samarbeid i teamet. Samtidighet er viktig. • Det er sårbart når teammedlemmer blir rullert på • Det kan være utfordrende å ha forståelse for hverandre arbeidsmetoder og kultur • Godt forberedte fagpersoner som møter barnet	• Har en samtale/ samarbeidsmøte med barnevernstjenesten før man leverer sluttrapporten • Teamet oppsummerer og drøfter rett etter kartleggingen for å ivareta tverrfagligheten • Teamet er omforent om innholdet i rapporten før den leveres. Det er lov å være uenig.
Anbefalinger	• Sette av tid til å gjøre forarbeidet • Det må settes av tid til å sette, vedlikeholde og videreutvikle teamet. Sette av tid til teambuilding	• Teamet må få ha hjemmel (mulighet til) å vurdere hvordan oppgaven kan løses innenfor mandatet. Må opprettholde fleksibilitet • Tydelig mandat for tverrfaglig helsekartlegging så det ikke "flyter ut" i andre tjenester	• Korte og konkrete rapporter innen tidsrammen • Teamleder må sette av tid til å skrive rapporten

Tabell 6 Psykologenes læring og anbefalinger fra utprøvingen

	Før kartleggingsdagen	Under kartleggingsdagen	Etter kartleggingsdagen
Læring og erfaringer	• Forankring oppover mangler • Uklart når jeg skal gi og få informasjon, møter og kommunikasjon • For lite tid til planlegging. Ble kastet ut i det. • Kunstig skille i rollebeskrivelser, blir *for* spesifisert • Bred involvering har vært en suksessfaktor • Det tar tid å hente inn informasjonen. Hvor går grensen for innhenting av data? • Manglende informasjon/data fra lærer • God tid til planlegging • Vil ha all tilgjengelig data, ikke et utvalg • Forventninger til hvordan vi jobber sammen • Forventninger til hverandre • Krevende å få inn info fra de ulike i tide	• Krevende å gå rett i test-situasjon uten å kjenne barnet • Det er avgjørende med fullstendig informasjon om barnet i forkant	• Innholdet av dagen/data må fordøyes. Kan ikke skje samme dag. • Det er ikke satt av tid til drøfting og rapportskriving • Det er krevende å skulle vitne og ikke ha det eierskapet som trengs • Robuste og færre stillingsandeler har vært avgjørende • "Jeg har ikke barnet innunder huden"
Anbefalinger	• Trenger et skriv til BUP for å få det vi trenger • Det er viktig å forvalte perspektivene, ikke hvem som gjør hva • Rom for skreddersøm • Ikke gjesteopptreden • Nærhet og eierskap til prosessen - dedikerte ressurser	• Ved lang reisevei bør barnet komme inn tidligere/dagen før • Jevnlige møter mellom ledere i bufetat og helse	•

Tabell 7 Barnevernsfagliges læring og anbefalinger fra utprøvingen

	Før kartleggingsdagen	Under kartleggingsdagen	Etter kartleggingsdagen
Læring og erfaringer	• Vi bruker mye tid på å sette oss inn i saksgrunnlaget fra barnevernstjenesten • Ofte mangler dokumenter i oversendelsen fra barnevernstjenesten, og bruker tid på å skaffe disse • barnevernstjenesten har ikke god nok informasjon om hvilke dokumenter som må følge saken • Små brøk-stillinger i teamet gjør felles forberedelser vanskelig • Vi bruker mye tid på inntak av saker og registrering i BIRK. Vi mangler kontorfaglig ressurs • Når lokalene ikke er klare går det med mye tid til forberedelser av midlertidige lokaler • Vi bruker mye tid på planleggingsmøter i forkant av kartlegging • Samspillsopptak av barnet i forkant av kartleggingsdagen gir et godt grunnlag for teamets forberedelser • Flere 100% stillinger i teamet gir mye tid og rom for forberedelser, både interne møter og møter med barnevernstjenesten	• Felles lunsj med barnet fungerer godt • Felles oppsummerende samtale med barnet og omsorgspersoner oppleves som positivt • Det er viktig å ha en gjennomtenkt tidsplan som man forsøker å følge, men at man tilpasser underveis avhengig av barnets behov • Omsorgspersonens tilstedeværelse under dagen er veldig viktig for en god gjennomføring • Alle barn til kartlegging har hatt behov for omsorgspersonen underveis • Beredskapshjemmet har gitt god støtte underveis • Mulighet til å snakke med omsorgsperson underveis er viktig for en helhetlig forståelse av barnet • Det er viktig å tenke på at omsorgsperson også må få pauser underveis. Dagen kan bli intens for hen også • Når barnet vil ha med seg omsorgspersonen til lege og psykolog kan det bli vanskelig å finne tid til	• Vi opplever at vi ikke har nok tid til å drøfte konklusjonene tverrfaglig (satt av 2 timer til dette) • En debrief på slutten av dagen til å dele innsikt og opplevelser er viktig. Den systematiske tverrfaglige drøftingen kan gjennomføres et par dager etterpå • det er viktig med nok tid til drøfting - vi estimerer at det trengs en halv dag til dette

	• Telefonintervju med omsorgsperson i forkant av kartleggingsdagen gir godt grunnlag for forberedelser og tilpassing av dagen til barnets behov • Telefonintervju med omsorgsperson i forkant gjør også at barnet og omsorgspersonen stiller godt forberedt • Informasjon og timeplan til omsorgsperson i forkant gir dem godt grunnlag for å forberede seg • En god fordeling av oppgaver innad i teamet er positivt for forberedelsene	samtale mellom barnevernsfaglig og omsorgsperson • Planen er viktig, men det er også viktig med fleksibilitet • Det er viktig å ha erstatninger for Bailey • Det å kommunisere en plan til omsorgspersonen kan føre til at hen føler en forpliktelse til å følge planen, selv om det er rom for å avvike • det kan være utfordrende å samarbeide med lege fordi legen har et helt annet perspektiv på omsorgspersonens rolle	
Anbefalinger	• Ting må være klart før man setter i gang (lokaler, roller må være besatt, teamet må kjenne hverandre) • Man bør vurdere å ikke ta inn saker der dokumentgrunnlaget er mangelfullt, fordi det blir så tidkrevende for teamet å innhente manglende dokumentasjon • Nok tid til å lese, diskutere, innhentet tilleggsopplysninger og å planlegge dagen • Enighet i teamet om en god, men fleksibel tidsplan for gjennomføring • Avklart rollefordeling mellom teammedlemmene for kartleggingsdagen	• Bruke omsorgspersonen aktivt under dagen • Omsorgspersonen må være tilstede og tilgjengelig hele dagen • Felles lunsj med barnet	• God nok tid til tverrfaglig drøfting (tidsbesparende mht rapportskrivning) - halv dag til dette • Samtale med omsorgsperson i etterkant av kartleggingsdagen (oppfølging per telefon) • Premie til barnet på slutten av dagen (eks. Fidget toys eller lignende) • Tilbud om møte mellom THK og barnevernstjenesten etter oversendt rapport

Tabell 8 Legenes læring og anbefalinger fra utprøvingen

	Før kartleggingsdagen	Under kartleggingsdagen	Etter kartleggingsdagen
Læring og erfaringer	• Tidligere helseopplysninger blir ikke samlet inn eller foreligger ikke, hverken fra BUP, Helsestasjon, Fastlege eller spesialisthelsetjenesten. Særlig lite fra somatikk. • Alle datasystemer er helt nye • Har ingen opplysninger eller informasjon om biologiske foreldre. • Det går med mye lederkapasitet på helsesiden til å oversette og forklare tiltaket oppover i egen linje. • Veldig mye opplysninger som ikke er så relevant for lege. Ressurskrevende å gå gjennom 350 sider barnevernsjournal. • Opplever at det har vært mye uavklart rundt BUP sin rolle og bidrag. • Helse opplever at det har vært lite forankring av ordningen i helseforetakene og det har vært lite tydelig info og klargjøring som har nådd ut til de som deltar i teamene.	• I noen team oppleves det å være lite forståelse for legens arbeidsmetode og hvordan man jobber med somatisk helse. Anamnesen er et av legens viktigste verktøy og legen må få styre hvordan denne skal gjennomføres. • Lite lederkapasitet i teamet kan skape utfordringer med å få utnyttet de ulike fagressursene og gjør det vanskelig å lykkes med det tverrfaglige. • Veldig utfordrende når lokaler ikke er på plass og man hele tiden må klare seg med midlertidige løsninger. • I noen team er det en forventning om at alle faggrupper skal være med på alt. I andre team er alle med på samspill-øvelsen og den tverrfaglige drøften. Dette er mer ressurseffektivt og gir rom for å dokumentere underveis.	• Rapportmalen som de bruker i Oslo fungerer veldig godt. • Rapportskriving tar mye tid og bruker mye ressurser, men representerer bare et øyeblikksbilde. Tar også ofte lang tid før den kommer til mottaker. • Det er et forsinkende ledd og ikke til barnas beste at legen med spesialistkompetanse ikke kan henvise barnet videre direkte. • Digitalt 1-times drøftingsmøte torsdag morgen (når kartlegging er gjennomført på mandagen) fungerer godt. • Vet ikke om anbefalinger blir fulgt opp • Opplever krevende yrkesetisk for leger og helsepersonell og ikke ha mulighet til å henvise

	Før kartleggingsdagen	Under kartleggingsdagen	Etter kartleggingsdagen
		• I noen team brukes det veldig mye tid på den tverrfaglige drøften (1-2 dager). Da blir det vanskelig å få ressurskabalene til å gå opp og kapasiteten til å strekke til. • I noen team opplever legene at de har blitt tatt veldig godt imot og at det er en gjensidig åpenhet og nysgjerrighet overfor hverandres fagområder. • Det kan være krevende både for barnet og for logistikken med ressursene i kartleggingsteamet at alt skal gjøres på en dag.	

	Før kartleggingsdagen	Under kartleggingsdagen	Etter kartleggingsdagen
Anbefalinger	• Informasjon om biologisk foreldres høyde bør hentes inn fordi dette er viktig i vurdering av vekstproblematikk • Være tydelig på at barnevernstjenesten må starte arbeidet med å hente inn helseopplysninger tidlig, og at de er tydelige på at helseinformasjon som samles inn skal leses av en lege • Be om utskrift av hele journalen fra fastlege og helsestasjon slik at det blir mindre ressurskrevende for disse å dele helseopplysninger • Det bør være en tydelig leder på helsesiden som er aktiv med i oppstart og etablering av team og samarbeid. • Alle faggrupper må være med fra start når tverrfaglige kartleggingsteam etableres. • Bedre informasjonsflyt ut til helse	• Tydelig teamleder som er til stede på kartleggingsdagen • Viktig at teamleder har lederkompetanse med evne til å skape fremdrift, takhøyde og gjensidig respekt for fagområder. • Bør ikke være en absolutt føring for alle team at alt skal gjøres på en dag. Det bør være rom for å tilpasse og være fleksible. • Tverrfagligheten er ikke nødvendigvis at alle har sett absolutt alt, men alle bør se samspilløvelsen og alle må delta i den tverrfaglige drøften • Tidsbruken på tverrfaglig drøft bør ikke være for lang. • Man bør fortsette å ha barnesykepleier i teamet. Viktig supplement til legen.	• Det må være en kontroll med at anbefalinger og råd fra kartleggingsteamet blir fulgt opp av barnevernstjenesten • Det er viktig med opplæring i sakkyndigarbeid. Det finnes for eksempel et digitalt kurs fra legeforeningen. • Viktig med en god rapportmal uten for mye gjentakelser og uklare roller. Vil gjerne gjenbruke Oslos rapportmal

Tabell 9 Sykepleierenes læring og anbefalinger fra utprøvingen

	Før kartleggingsdagen	Under kartleggingsdagen	Etter kartleggingsdagen
Læring og erfaringer	• Fagperson kan sitte på mye relevant info om barnet fra tidligere møter som de ikke "kan" bruke fordi informasjon kommer fra helselinja eller ikke er innhentet av bvt • Pragmatisk og løsningsorientert leder letter arbeidet til fagpersonene • Det mangler ofte gode nok helseopplysninger om barnet • Man må samle inn god bakgrunnsinformasjon om barnet i tide • Veldig mye "irrelevant" bakgrunnsinformasjon om barnet gjør forberedelsene krevende • Søskenflokker bør møte samme team der det er mulig • Tungvinte system og mye informasjon gjør forberedelsene tidkrevende	• Sykepleier er flink til "sette sammen puslespillbrikkene som de andre fagpersonene lager" (eks. barn som ikke gir øyekontakt kan ha synshemming) • God leder og tydelig struktur samler teamet • Det skjer mye viktig informasjonsdeling mellom de satte undersøkelsene • Sykepleier fanger ofte opp mye av det som skjer av helheten rundt barnet • Barn liker ofte å gå til legen, de føler de blir sett og hørt og opplever at noen er interesserte i de • Det er behov for fleksibilitet ift hva som skal skje når, men det kan være vanskelig å omstille seg på stedet • "Teamet er et maskineri / en kropp, hvor alle deler er essensielle" - det er viktig å se nytten av alle fagprofesjoner	• Sykepleiers bidrag inn i teamet, uavhengig av legen, er veldig verdifull • Drøfting og rapportskriving på samme dag er nyttig, men tidkrevende • Dagen blir lang, og det er ikke alltid tid til drøft samme dag • Filming av noen av undersøkelsene gjør drøft og rapportarbeid lettere • Sykepleiers rapport inngår i legens, egen sykepleiermappe til rapporten kan være hensiktsmessig

	Før kartleggingsdagen	Under kartleggingsdagen	Etter kartleggingsdagen
Anbefalinger	• Det er nyttig å ha informasjon i papirform • Bakgrunnsinformasjon bør ikke siles i forkant, sykepleier lager oppsummering av bakgrunnsinformasjon • Ha oppstartsmøter med informasjon om barnet i forkant av kartleggingen (en time før barnet kommer)	• I oppstartsmøter bør hver faggruppe dele bakgrunnsinformasjon om barnet (henger sammen med den over) • Det er behov for fleksibilitet overfor både barnet og teamet • Flere psykologer/leger/bvfaglige/andre roller gir fleksibilitet • Ha respekt for hverandres fagbakgrunn • Anerkjenn gjensidig avhengighet av hverandre • Drøfting bør skje samme dag	• Ha rom for tilpasninger i det enkelte team, f.eks. på rapportmalen • Balansere de mulige verktøyene i verktøykassa med rammer/føringer • Unngå for mange overordnede føringer og struktur

VEDLEGG 2 – INNSIKT FRA WORKSHOP INNENFOR HVERT TEMA

Tverrfaglig arbeid og behov for rolleavklaringer	Antall innspill
Tverrfaglig arbeid er vanskelig og krever tillit, gjensidig respekt og takhøyde. Teamleder er svært viktig for å skape en god dynamikk i teamet der man spiller på hverandres styrker, har tilstrekkelig fremdrift, gjør nødvendige forventningsavklaringer og får til et miljø der alle faggrupper opplever å være likeverdige og inkludert.	16
Sykepleiers rolle bør defineres, både selvstendig og i relasjon til legen, og det bør avklares om sykepleier skal ha et selvstendig bidrag i rapporten.	6
Tydelige rolleavklaringer mellom teamets ressurser, både generelt og for den enkelte kartlegging	4
Nok kapasitet hos teamleder til å ivareta gode forberedelser og være til stede på kartleggingsdagen og lede teamet er en viktig suksessfaktor	3
Rollebeskrivelsene bør ikke være for detaljerte og spesifiserte. Noe fleksibilitet er hensiktsmessig.	2
Tidsbruk og ressursbruk	Antall innspill
Det kan gå med mye tid til den tverrfaglige drøften. Det bør utarbeides noen forventninger/anbefalinger til hvor mye tid teamene skal bruke på denne delen av arbeidet, og hvordan det er lurt å organisere dette.	5
Mange sitter med opplevelse av at det ikke er satt av tilstrekkelig tid. De opplever at det er svært ressurskrevende å sette seg inn i all informasjon på forhånd og at den tverrfaglige drøften og rapportskrivning også er svært tidkrevende og at det ikke er satt av tid til dette arbeidet.	4
Det er vanskelig å få logistikken til å gå opp med forberedelser, gjennomføring av kartlegging og etterarbeid i fellesskap når folk jobber forskjellige steder og flere har små stillingsbrøker.	3

Det oppleves sårbart når teammedlemmer blir rullert på. Det oppleves viktig med kontinuitet, samarbeid og samtidighet i teamet og små stillingsprosenter er derfor sårbart	3
God gjennomføring av kartleggingsdagen forutsetter at teamet har hatt god nok tid til forberedelser både hver for seg til å sette seg inn i opplysninger som er samlet inn, til felles planlegging av dagen og til avklaring av roller og ansvar	2
Noen faggrupper opplever at det ikke er så effektiv ressursbruk når alle skal være med på alt gjennom kartleggingsdagen. Det trekkes frem som særlig nyttig at alle ser samspilløvelsen og er med på den tverrfaglige drøften	2
Kontorfaglig ressurs kan avlaste de øvrige fagpersoner når det gjelder inntak og registrering i BIRK.	1
Vitneførsel er tid- og ressurskrevende og forutsetter at den som vitner for teamet har satt seg godt inn i hele rapporten og hva man kan uttale seg om på bakgrunn av formålet med tverrfaglig helsekartlegging.	1
Rammebetingelser	Antall innspill
Legene i flere av teamene ønsker mulighet til å henvise barn direkte til somatisk spesialisthelsetjeneste, og peker at veien om at barnet må tilbake til fastlegen for en ny vurdering før henvisning kan sendes, når barnet allerede har vært vurdert av en spesialist, er uhensiktsmessig for barnet og unødvendig ressurskrevende for helsetjenesten. De peker på modellen brukt i Statens barnehus, som en god modell, hvor de både er sakkyndige og har henvisningsrett.	2
Tilgang på informasjon	Antall innspill
Tidligere helseopplysninger er ofte svært mangelfullt fra både spesialist, fastlege og helsestasjon. Å be om utskrift av journal kunne gjort det lettere for de som skal avgi informasjon. I tillegg hadde det vært nyttig med informasjon om biologisk foreldre (høyde og andre forhold) for å vurdere barnets vekst og helse.	7
Innhenting av informasjon er ofte veldig tidkrevende, og det mangler ofte dokumentasjon i oversendelsen fra barnevernstjenesten.	6
Det er mye informasjon å sette seg inn i, og dette er ofte tid- og ressurskrevende. Ikke alle faggrupper opplever det relevant å gå gjennom all informasjonen. Andre faggrupper er opptatte av å få tilgang på all informasjon.	4

Det oppleves utfordrende å gjennomføre kartlegginger når det ikke foreligger tilstrekkelig innhentet informasjon. Gode rutiner for informasjonsinnhenting er viktig. Det bør vurderes å stille krav om at dokumentasjon må foreligge før kartlegging, men det er ikke alltid barnevernstjenesten det står på, det kan også være at andre aktører ikke responderer på barnevernets henvendelser, og da oppleves det krevende å avvise et barn til tverrfaglig helsekartlegging.	4
Fagpersoner i teamet kan ha møtt barnet i andre sammenhenger og kan ha mye relevant informasjon som de ikke kan bruke eller dele med teamet fordi informasjonen ikke er hentet inn av barnevernet.	1
Eablering av teamet	Antall innspill
Involvering og forankring i helseforetakene oppleves for svak både innen somatikk og PHBU. Det har vært krevende for helsepersonell å få avklaringer i sin organisasjon på rolle og ansvar og avklaringer som er gitt nasjonalt har ikke nådd ut til teamene.	6
Hele teamet bør være på plass før oppstart av kartlegginger, og det må settes av tid i oppstarten til at teamet får blitt kjent med hverandre, og teamet må vedlikeholdes og videreutvikles over tid.	3
Det er viktig at lokaler og utstyr er på plass til oppstart av kartlegginger.	2
Det kan være behov for opplæring i nye fagsystemer og leger kan ha nytte av opplæring i å være sakkyndig, for eksempel gjennom digitalt kurs fra legeföreningen.	2
Det må settes av ressurser blant ledere i helse til å koordinere ressursbidrag og sørge for nødvendige avklaringer, særlig i oppstarten av nye team.	2
Fleksibilitet i tilbudet	Antall innspill
Det er viktig med fleksibilitet i tilbudet, både for at teamene får handlingsrom til å finne ut hva som fungerer hos dem, hvordan fagpersonene kan brukes mest mulig hensiktsmessig og hvordan kartleggingen kan tilpasses det enkelte barnet/ungdommen.	12
Flere psykologer, leger, barnevernsfaglige og andre roller gir fleksibilitet	1

Forberedelser til kartlegging	Antall innspill
God gjennomføring av kartleggingsdagen forutsetter at teamet har hatt god nok tid til forberedelser både hver for seg til å sette seg inn i opplysninger som er samlet inn, til felles planlegging av dagen og til avklaring av roller og ansvar	7
Gode forberedelser til kartleggingsdagen kan være telefonintervju med omsorgsperson i forkant, informasjon og timeplan til barnet og omsorgsperson slik at disse stiller forberedt, tid til å etterspørre og hente inn manglende informasjon, tid til å sette seg inn i informasjonen i forkant. Noen team gjør opptak av samspill i forkant og bruker felles gjennomgang av denne som del av forberedelsene.	4
Det er mye informasjon å sette seg inn i, og dette er ofte tid- og ressurskrevende. Ikke alle faggrupper opplever det relevant å gå gjennom all informasjonen. Andre faggrupper er opptatt av å få tilgang på all informasjon.	2
Det er vanskelig å få logistikken til å gå opp med forberedelser, gjennomføring av kartlegging og etterarbeid i fellesskap når folk jobber forskjellige steder og flere har små stillingsbrøker.	1
Omsorgspersonen er viktig for barnet/ungdommen, og bør være til stede og tilgjengelig hele dagen. Kan med fordel bruke omsorgspersonen aktivt underveis i dagen, men må passe på at denne personen også får en pause. Når omsorgspersonene er med på lege- og psykologundersøkelsen kan det bli vanskelig å finne tid til en egen prat med omsorgspersonen.	1
Innhold og gjennomføring av kartleggingsdagen	Antall innspill
Omsorgspersonen er viktig for barnet/ungdommen, og bør være til stede og tilgjengelig hele dagen. Kan med fordel bruke omsorgspersonen aktivt underveis i dagen, men må passe på at denne personen også får en pause. Når omsorgspersonene er med på lege- og psykologundersøkelsen kan det bli vanskelig å finne tid til en egen prat med omsorgspersonen.	8
Teamet bør starte den tverrfaglige drøften samme dag som kartleggingen. I tillegg vil det som regel være behov for en ny drøft når resultater av alle tester er analysert. Noen team har gode erfaringer med at dette gjøres i fast ukentlig digitalt møte noen dager etter kartleggingsdagen.	6
Mye informasjonsdeling skjer utenfor de faste undersøkelsene. Felles lunsj med barnet er for eksempel en god arena for å observere og bli kjent med barnet.	3

Omforent tidsplan for gjennomføring av dagen må ha fleksibilitet, hverken teamet eller omsorgspersonene skal føle at man er forpliktet til å følge planen.	3
Det er viktig å ha erstatninger for Bailey	1
Det kan gå med mye tid til den tverrfaglige drøften. Det bør utarbeides noen forventninger/anbefalinger til hvor mye tid teamene skal bruke på denne delen av arbeidet, og hvordan det er lurt å organisere dette.	1
Felles oppsummerende samtale med barnet og omsorgspersoner oppleves som positivt	1
Filming av noen av undersøkelsene gjør drøft og rapportarbeid lettere	1
Krevende å gå rett i test-situasjon uten å kjenne barnet	1
Premie til barnet på slutten av dagen (eks. Fidget toys eller lignende)	1
Søskenflokker bør møte samme team der det er mulig	1
Oppfølging i etterkant av kartlegging	Antall innspill
Rapporten må ikke bli for lang og må ferdigstilles innen tidsfristen. Rapportskriving tar mye tid og ressurser, men er basert på et øyeblikksbilde. Det er viktig at rapportmalen ikke har for mye gjentakelse både med tanke på ressursbruk i skrivearbeidet og fordi rapporten kan brukes som underlag i nemnd og rettssaker.	8
Teamene opplever det krevende at de ikke vet om deres råd og anbefalinger blir fulgt opp av barnevernstjenesten. Det blir viktig med god evaluering av om barna får de anbefalte tiltakene etter en kartlegging.	4
Har en samtale/ samarbeidsmøte med barnevernstjenesten før man leverer sluttrapporten	1
Samtale med omsorgsperson i etterkant av kartleggingsdagen (oppfølging per telefon)	1

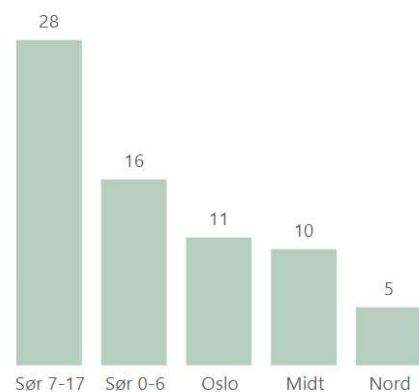
VEDLEGG 3 – DASHBORD MED KARTLEGGINGSDATA

I dette vedlegget vises dashbordet som er utarbeidet i arbeidet med analysen av kartleggingsdata innsamlet fra teamene. En beskrivelse av dataene er gjort i kapittel 3.1.1. Verktøyet som er benyttet er Power BI.

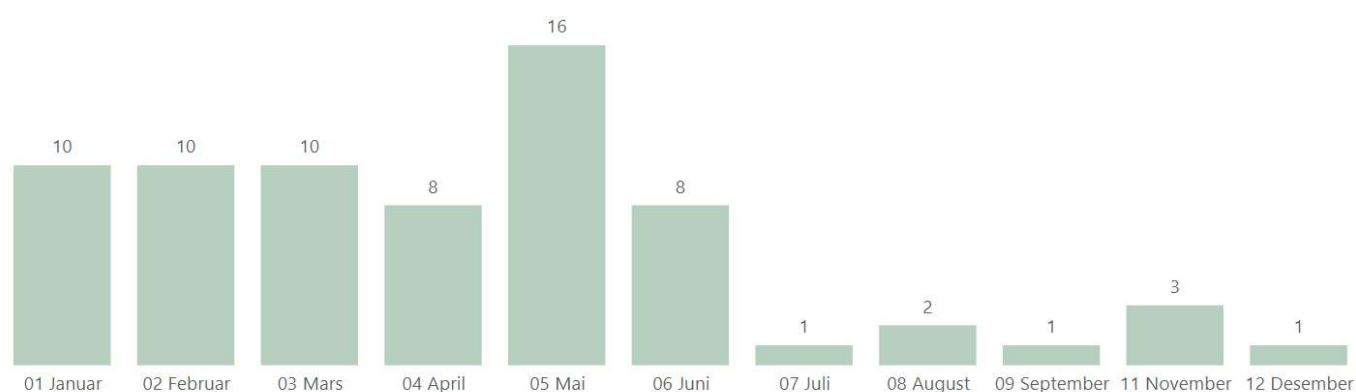
Måned og år ▾ Team ▾ Aldersgruppe ▾ Fødeland ▾ Nåværende bopel ▾ Rettslig grunnlag for plassering ▾
 All ▾ All ▾ All ▾ All ▾ All ▾



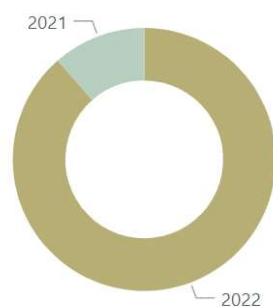
Antall kartlegginger per team



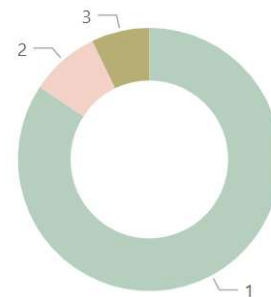
Antall kartlegginger per måned



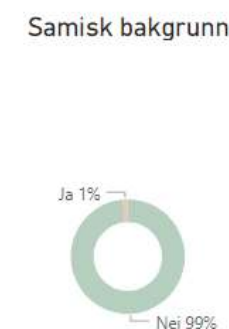
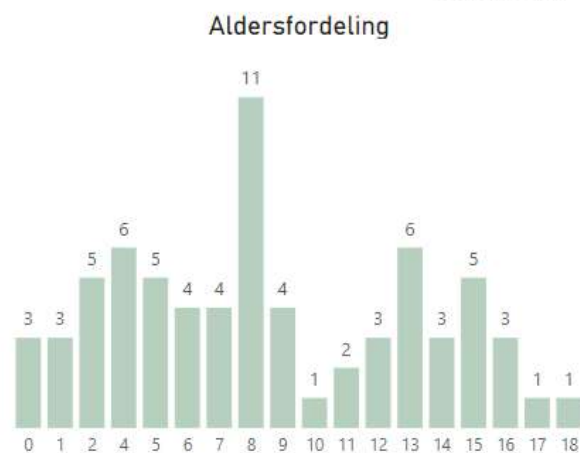
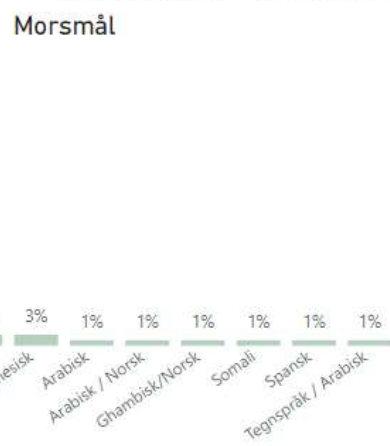
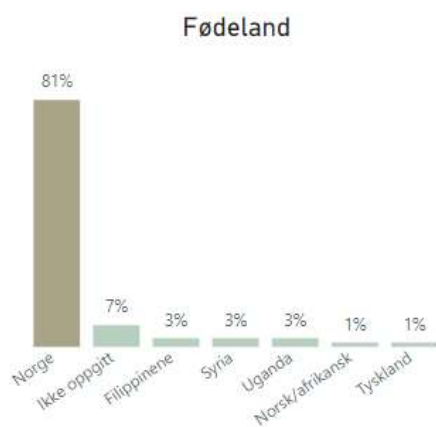
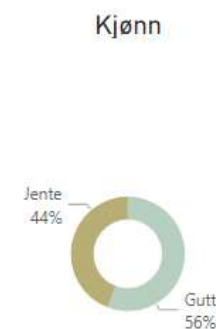
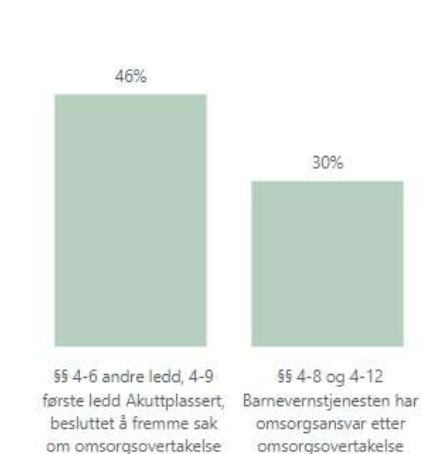
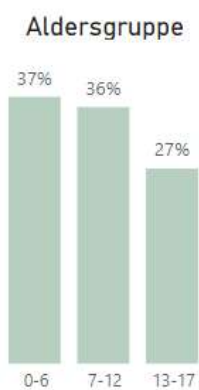
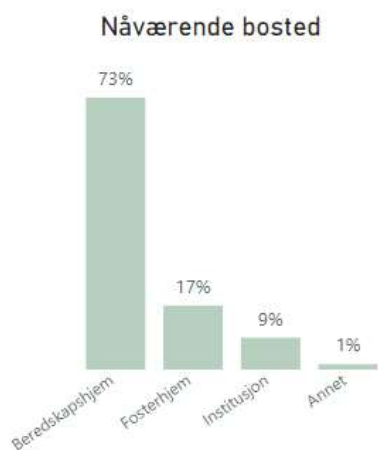
Antall kartlegginger per år



Antall dager brukt per kartlegging



Måned og år Team Aldersgruppe Fødeland Nåværende bopel Rettslig grunnlag for plassering

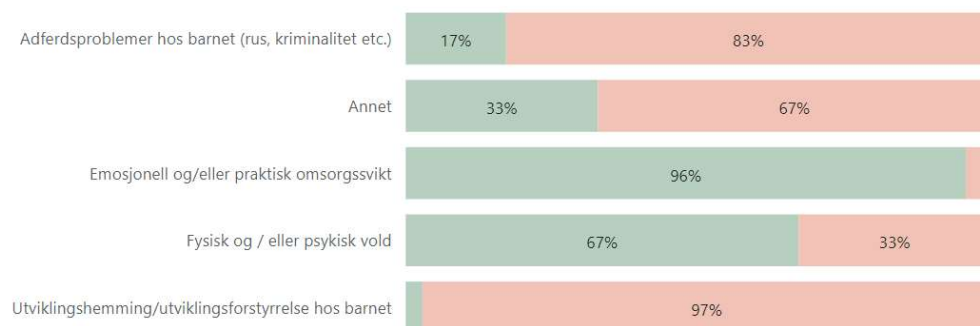


Måned og år: All
 Team: All
 Aldersgruppe: All
 Fødeland: All
 Nåværende bopel: All
 Rettslig grunnlag for plassering: All

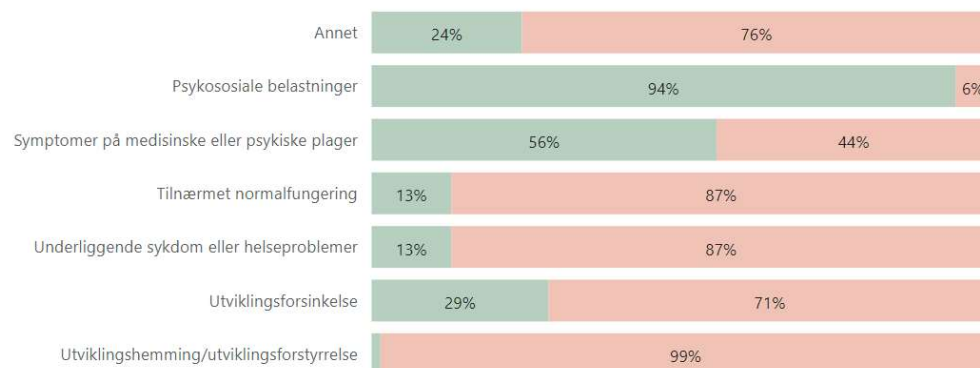


Historikk

Årsak til plassering

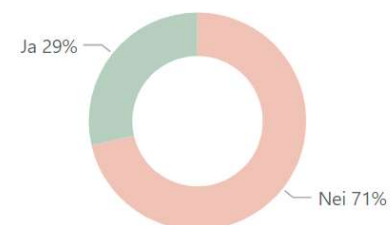


Funn i historikk

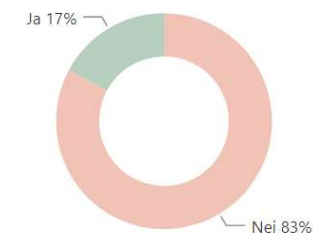


Diagnosehistorikk

Er barnet tidligere utredet



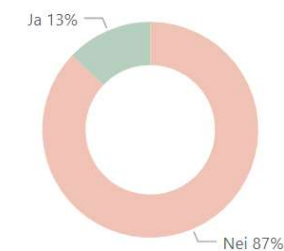
Har barnet fått diagnose



Har barnet et tidligere behandlingsforløp



Har barnet et pågående behandlingsforløp

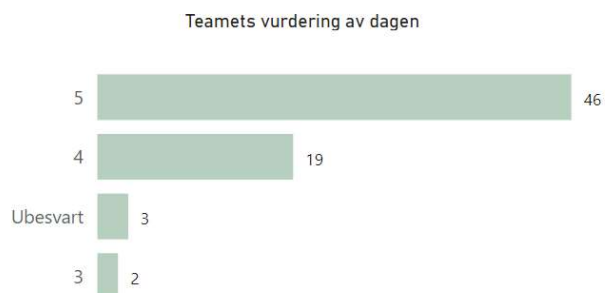
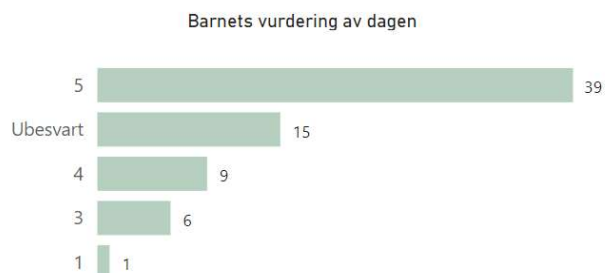


Måned og år Team Aldersgruppe Fødeland Nåværende bopel Rettslig grunnlag for plassering

All All All All All All

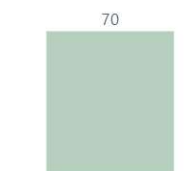


Vurderinger av kartleggingene



Overordnet om kartleggingen

Hindre for kartleggingen



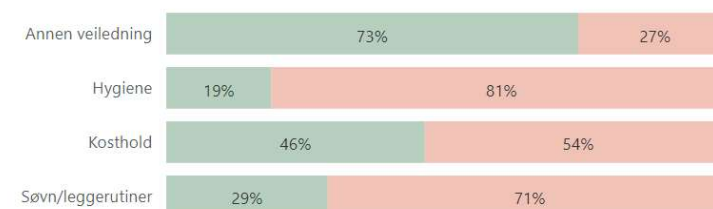
Ingen hindre, vellykket kartlegging

Gjennomført tilbakemeldingssamtale i etterkant av rapportutarbeidelse

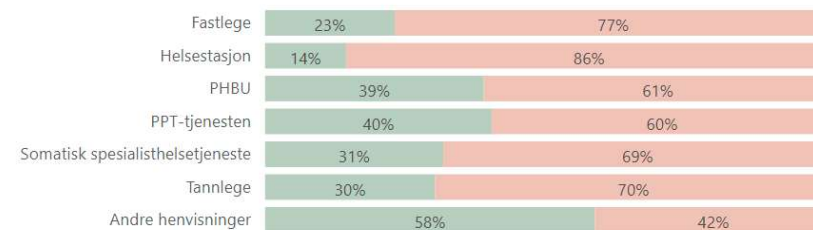


Anbefalinger

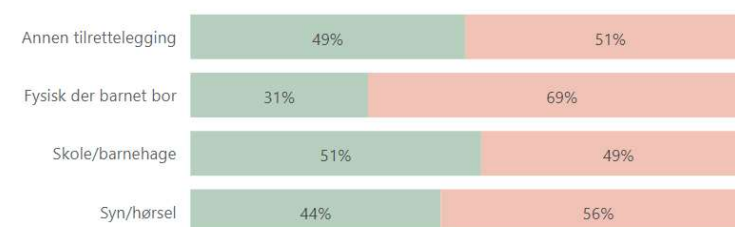
Veiledning til omsorgsperson



Anbefaling om henvisning



Anbefaling om tilrettelegginger



Måned og år Team Aldersgruppe Fødeland Nåværende bopel Rettslig grunnlag for plassering

All All All All All All



Verktøy benyttet i kartleggingene av ressurser fra helse

Traumekartlegging

0 %	1 %
TSCYC (0-6)	TSCC (10-17)
9 %	7 %
DCO-5 (0-6)	KATES (alle)

Psykososial kartlegging

13 %
Skjema/sjekkliste psykososiale belastninger

Gjennomført samtale

51 %
Samtale med barnet

Livsbelastninger

0 %	7 %
V-RISK-10	Registrering reaksjoner på skremmende hendelser
26 %	19 %
Intervju omsorgsperson	Kartlegging av risiko og beskyttelsesfaktorer

Samspill

3 %	0 %
Crowell (0-6)	RADA (7-17)
0 %	0 %
DSED (7-17)	RAD (7-17)
0 %	7 %
MIM	Lekeobservasjon

Kognitiv utvikling

7 %	0 %
BAYLEY III (0-6)	TSFI (0-6)
9 %	1 %
WPPSI-IV (0-6)	ADBB
7 %	7 %
WISC-IV (7-17)	BRIEF (7-17)

Psykisk helse / utvikling

3 %	0 %
ASQ-SE	DAWBA
0 %	0 %
SDQ	TAS20 (7-17)
0 %	2 %
ASEBA	ASQ
0 %	
CBCL	

Tannhelseundersøkelse

7 %
Tannhelsesjekk

Sosialpediatrisk undersøkelse

99 %	86 %
Sosialpediatrisk undersøkelse	Gjennomgang sosiale forhold
87 %	1 %
Gjennomgang sykdomshistorie	Kroppsskisse

Måned og år:
 Team:
 Aldersgruppe:
 Fødeland:
 Nåværende bopel:
 Rettslig grunnlag for plassering:



Verktøy benyttet i kartleggingene av ressurser fra Bufetat

Traumekartlegging

19 % TSCYC (0-6)	13 % TSCC (10-17)
9 % DCO-5 (0-6)	56 % KATES (alle)

Psykososial kartlegging

77 % Skjema/sjekkliste psykososiale belastninger

Gjennomført samtale

71 % Samtale med barnet

Livsbelastninger

100 % Intervju omsorgsperson	99 % Kartlegging av risiko og beskyttelsesfaktorer	59 % Registrering reaksjoner på skremmende hendelser	0 % V-RISK-10
---------------------------------	---	---	------------------

Samspill

27 % Crowell (0-6)	40 % RADA (7-17)
0 % DSED (7-17)	0 % RAD (7-17)
23 % MIM	16 % Lekeobservasjon

Kognitiv utvikling

11 % Bayley III (0-6)	3 % TSFI (0-6)
14 % WPPSI-IV (0-6)	3 % ADBB
54 % WISC-IV (7-17)	4 % BRIEF (7-17)

Psykisk helse / utvikling

34 % ASQ-SE (0-6)	16 % DAWBA
41 % SDQ	0 % TAS20 (7-17)
14 % ASEBA	3 % ASQ
14 % CBCL	

VEDLEGG 4 – BRUKERREISER

Prosjektet utarbeidet brukerreiser høsten 2021 som ble brukt i arbeidet med å utarbeide minimumsstandarden og innretningen på tilbudet i utprøvningsprosjektet.

Metoden tar utgangspunkt i at det lages noen «personas» som representerer typiske brukere av tjenesten. Deretter ble fagpersoner som har erfaring med å jobbe med disse gruppene samlet i en workshop, der innsikt om hva som vil være viktig for de ulike brukergruppene deles og systematiseres. Grunnlaget for å lage «personasene» var intervju med to ungdommer på institusjon, en fagansvarlig på institusjon, to beredskapshjem og en ansatt i kommunalt barnevern. Respondentene samtykket til å bli intervjuet om tilbudet.

Ungdommene ble spurt om hva som ville være viktig for dem, dersom de skulle ha blitt helsekartlagt. Innsikten fra intervjuene utelater individualiserende kjennetegn jf. forvaltningsloven § 13 a nr. 2.

Brukerreisene er utarbeidet på bakgrunn av intervjuer med totalt seks respondenter, og gir ikke et bilde på “sannheten” - men det ga prosjektet nyttig innsikt om hva som vil være viktig å vektlegge i utarbeidelsen av tilbudet på et tidlig stadium i utprøvningsprosjektet.



Den gode brukerreisen

Utarbeidet høsten 2021

Brukertyper



Junaid
15 mnd

Flyktningebarn som har blitt flyttet ut av hjemmet pga omsorgssvikt fra biologiske foreldre.



Helle
5 år

Akutt plassert pga husbråk. Foreldre er midlertidig fratatt omsorgsrett.



Aleksander
12 år

Akutt plassert i påvente av nemdsbehandling. Mulig feildiagnostisert.



Elise
16 år

Strever med rus og selvmordstanker og det er knyttet stor bekymring til hennes psykiske helse.

Junaid 15 mnd

Junaid kom til Norge med sine to foreldre fra en flyktningeleir i Libanon i 2020. Foreldrene er traumatisert av krigen fra hjemlandet og mor lider av PTSD. De har 3 eldre barn og ingen kapasitet til å følge opp og gi Junaid den omsorgen han trenger.

Junaid er nå flyttet ut av hjemmet og satt i beredskapshjem med hjelpetiltak inntil videre. Familien har ingen papirer men far forteller at Junaid har hatt helsesjekk av Røde Kors i leiren de bodde i.

“For å minimere skadeomfanget av den tidlige omsorgssvikten, er det avgjørende at...”





Helle 5 år

Helle er akutt plassert i beredskapshjem etter husbråk. Hun har vekslet på å bo hos mor og far som begge sliter med rusavhengighet. Foreldre er nå fratatt omsorgen etter gjentatte bekymringsmeldinger fra naboer.

Helle har ikke møtt opp til avtalte timer med tannlege, helsestasjon ol. og foreldrene har strevd med å følge opp hennes kognitive og sosiale behov. Helle fremstår som ukritisk og uten stand til å knytte nære bånd.

“For at Helle skal fungere godt videre er det avgjørende at...”

Aleksander 12 år

Det har vært en bekymring rundt Aleksander siden tidlig barnehage. Han strever i relasjon til voksne, sliter med overganger og sosial kompetanse og har lite nettverk. Han har nå begynt på ungdomsskolen og fått noen nye venner hvor det røykes en del hasj og Aleksander har gradvis blitt mer utagerende i sin oppførsel.

Han er nå akutt plassert (på 4.25 i påvente av nemdsak 4.24). Foreldrene er redd Aleksander skal bli en kasteball i systemet og har i samarbeid med barnevernstjenesten besluttet å få Aleksander plassert på institusjon.

Aleksander postulerer mange diagnoser med sammenfallende symptomer som påvirker impulskontroll som f.eks. ADHD og tourettes. En kartlegging vil kunne se Aleksander i en annen kontekst og han vil få sett saken sin på nytt.

«Vi er redd Aleksander ikke får den hjelpen han trenger»





Elise 16 år

Elise har opplevd mye flytting og ustabilitet etter å ha bodd med mange ulike stefedre og en psykisk syk mor. Det har vært bekymring over mors omsorgsevne og det har vært innsatt flere hjelpetiltak opp igjennom. Elise mangler tillit til både hjelpeapparat og voksne og sliter nå med rus og regulering av følelser. Hun har slitt med selvmordstanker og det er knyttet stor bekymring til hennes psykiske helse.

Det vurderes om det er forsvarlig å plassere Elise i fosterhjem eller institusjon og hvorvidt Elise ville stilt opp på en kartlegging.

«Hvis noen voksne sier de bare vil hjelpe meg én gang til så spyr jeg...»

Viktigste behov for brukertypene



Junaid 15 mnd

Flyktningebarn som har blitt flyttet ut av hjemmet pga omsorgssvikt fra biologiske foreldre.

Junaid har behov for:

- Stabilitet
- Regulering
- Få dekket basalbehov som søvn, mat og hvile



Helle 5 år

Akutt plassert pga husbråk. Foreldre er midlertidig fratatt omsorgsrett.

Helle har behov for:

- Stabilitet
- Gode forberedelser
- Informasjon tilpasset hennes forståelse og behov



Aleksander 12 år

Akutt plassert i påvente av nemdsbehandling. Mulig feildiagnostisert.

Aleksander har behov for:

- Forberedelser
- Gode forklaringer og informasjon
- Fokuserer på kapabiliteter og ressurser



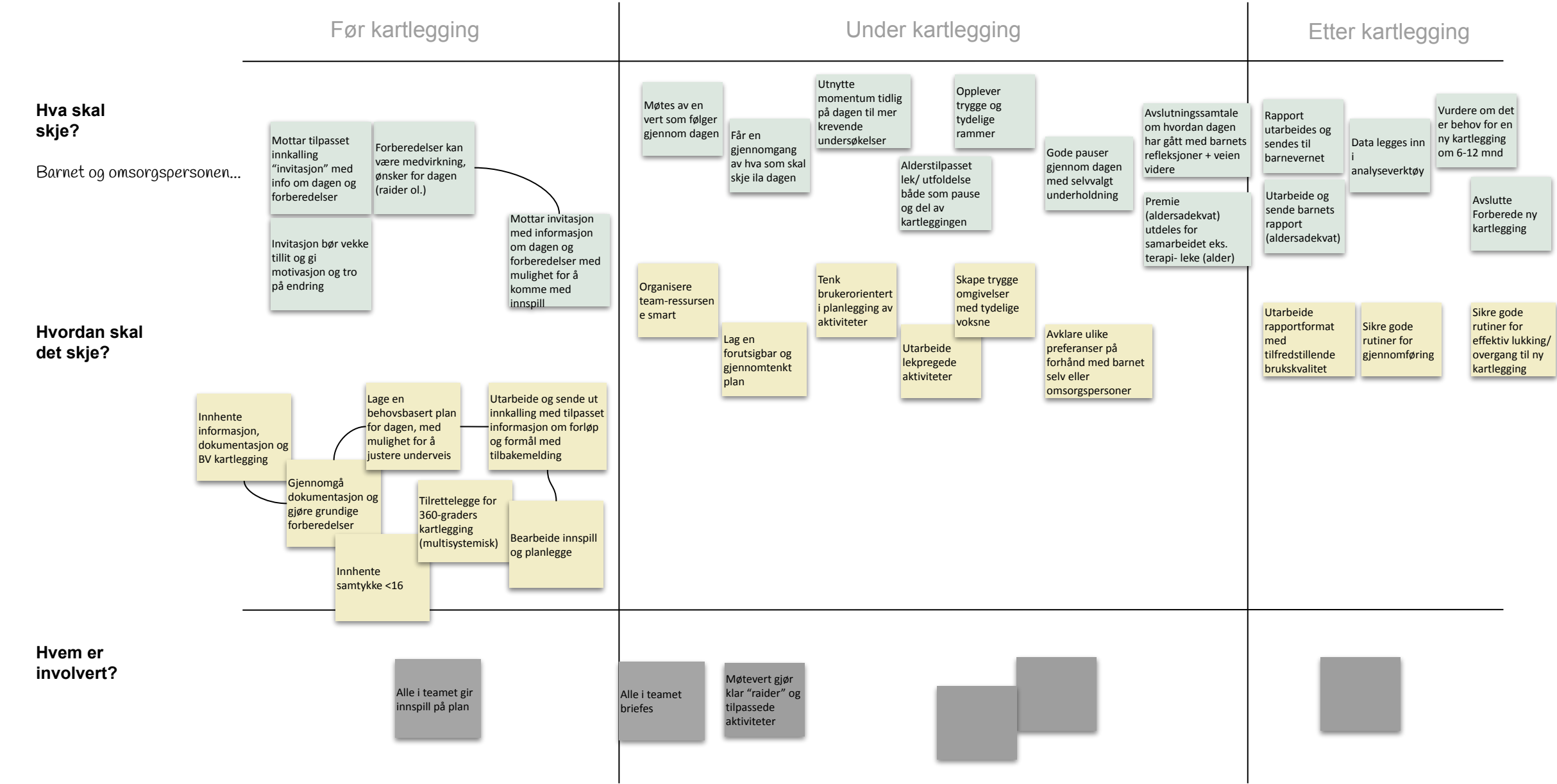
Elise 16 år

Strever med rus og selvmordstanker og det er knyttet stor bekymring til hennes psykiske helse.

Elise har behov for:

- Trygghet gjennom klare rammer
- Etablere tillit
- Å bli hørt, ha medbestemmelsesrett

Innspill til felles overordnet brukerreise



Ønsket brukerreise og tjenestekart



Aktiviteter	Flyttes ut av hjemmet	Tilpasser seg den nye situasjonen	Mottar invitasjon til kartlegging	Forbereder seg	Gjennomgår kartlegging	Avslutter kartlegging	Etter kartlegging		Følges opp	Stabil situasjon
Barnet	Plasseres midlertidig i enten beredskapshjem, fosterfamilie eller på institusjon	Befinner seg i en ventefase hvor alt er snudd opp ned	Mottar personlig invitasjon med lettfattelig informasjon om hva og hvorfor, samt aktiviteter selve dagen og forberedelser	Får en aldersadekvat oppgave de skal forberede til selve kartleggingsdagen. Eks. Raider og hobbyer. Lage en "avatar" eller eventyrfigur som beskriver barnet og dets superstyrker. Samarbeider med omsorgsperson om å gjøre oppgaven	Møter opp med omsorgsperson og blir møtt av teamet. De får en omvisning og går igjennom hva som skal skje ila dagen. De ser på hjemmeoppgaven og prater om denne før	Dagen avsluttes med en oppsummerende samtale hvor barnet får utdelt diplom/ barnets rapport hvor det snakkes om hovedfunn fra dagen, superkrefter og gode anbefalinger og aksjonspunkter å ta med hjem.	Barnet opplever etter noen dager en reaksjon på undersøkelse og får vanskeligheter med å fungere normalt. Barnet og omsorgsperson følger opp på aksjonspunktene og etablerer gode rutiner.		Barnet følges opp og mottar et hensiktsmessig omsorgstilbud	Barnets situasjon stabiliserer og bedrer seg
Omsorgsperson / Støtte			Mottar innkalling med lettfattelig informasjon om hva og hvorfor, samt aktiviteter selve dagen og forberedelser	Fyller ut spørreskjema om barnet og sender inn. Spørreskjema beskriver forventninger og forståelse for besvarelsens omstendigheter. Gjennomgår informasjon om kartleggingsdagen og får økt forståelse for aktiviteter som skal gjennomføres og hvorfor.	Bistår i enkelte øvelser og er en ressurs og samarbeidspartner for teamet	Deltar i oppsummeringssamtalen hvor det diskuteres oppfølging av aksjonspunkter. Mottar kopi av barnets rapport. Konsulteres i eventuelle reaksjoner og oppfølging av disse.	Reaksjon fanges opp og omsorgsperson kontakter kartleggingsteamet. Barnet og omsorgsperson følger opp på aksjonspunktene og etablerer gode rutiner.			
Barnevernet	Vurderer og beslutter at barnet bør kartlegges	Søker barnet inn til kartlegging	Samler informasjon	Sende informasjon			Oppfølgings-samtale med barnet	Mottar hovedrapport og vurderer	Følger opp på tiltak og justerer	Avslutter oppfølging
Beskrivelse av stegene	Beslutter at barnet skal kartlegges og sender henvisning til kartleggingsteamet. Mangelfull historikk er et av de tungtveiende kriteriene for om barnet skal kartlegges	Barnevernet sender inn en enkel søknad med mulighet for å ettersende relevant dokumentasjon Innhenter samtykker og historikk på barnet fra	Innhenter samtykker og historikk på barnet fra Barnehome, skole, PPT, BUP, helsesøster, helsestasjon, fastlege, og/eller sykehus fra Norge og/eller utlandet oversender opplysninger	Sender over samlet historikk til kartleggingsteamet			Mottar barnets rapport og har samtale med barnet og omsorgsperson om oppfølging av aksjonspunktene	Mottar og evaluerer rapporten og vurderer mest hensiktsmessige tiltak	Mottar og evaluerer rapporten og vurderer mest hensiktsmessige tiltak	Samarbeidet avsluttes når barnet befinner seg i en stabil situasjon

Kartleggings- teamet		Mottar og vurderer søknader	Sender invitasjon	Forbereder kartlegging	Utfører kartlegging	Avslutter kartlegging	Blir kontaktet om reaksjon og vurderer	Utarbeider og sender hovedrapport	Rapporterer på funn
Beskrivelse av stegene		Mottar og vurderer søknader	Utarbeider og sender tilpasset invitasjon Mottar relevant dokumentasjon fra BV	Forbereder kartlegging basert på kunnskapsgrunnlaget		Det blir holdt en oppsummeringssamtale med utlevering av diplom / barnets rapport. Rapporten gjennomgås med aksjonspunkter og oppfølging i hjemmet. Diplomet underskrives og avtale om å gjennomføre aksjonspunkter blir inngått	Teamet blir kontaktet av omsorgsperson om mulig reaksjon på undersøkelse og vurderer tilnærming og oppfølging	Rapport inkluderer evt reaksjon etter kartlegging og oppfølging av denne	Rapport sendes til barnevernet. Funn fylles inn i datasheet for fremtidig analyse
Teamleder									
Lege									
Psykolog									
Spes i barnesykdommer									
Ørespesialist									
Tannlege									
Atferdsspesialist									
Andre									
Prosjektkontor i Bufdir			Gir innspill til utforming av invitasjon			Innhenter tilbakemeldinger		Analysere funn	
Suksesskriterier						Innhenter tilbakemeldinger og forbedrer		Funn analyseres og anbefalinger itereres	Rapport med nasjonale anbefalinger distribueres

Barnets kartleggingsreise

Gjennomføre kartlegging

Aktivitet

Flytte

Tilvenne / Avklare

Bli informert

Forberede

Gjennomgå kartlegging

Følges opp

Motta rapport

Beskrivelse

Barnet plasseres midlertidig / permanent hos omsorgspersoner

Barnet jobber med å tilvenne seg den nye situasjonen og venter evt på avklaring om veien videre

Barnet blir informert om at det skal inn til kartlegging

Barnet og omsorgsperson gjør nødvendige forberedelser

Barn og omsorgsperson eller annen støtte møter opp til avtale og gjennomfører kartlegging

I etterkant av kartlegging opplever barnet reaksjoner

Etterhvert mottar barnet og omsorgsperson rapporten

Behov barn

Jeg har akkurat flyttet ut av eller befinner meg midt i en krise

“Det er utrolig mye informasjon og mange ansikter, samtidig som alt står på hodet”

Hva er kartlegging og hvorfor må akkurat jeg det?

Håper ikke de spør om ting jeg ikke vet svaret på

Jeg skjønner fortsatt ikke hvorfor jeg er her og hvorfor det er viktig at jeg gjennomfører

Det var fint å snakke med kartleggingsteamet og de sa jeg var flink til mange ting. Vi snakket også om noen tips som kan gi meg enda flere superkrefter

Behov omsorgsperson

Nå jobber vi for at barnet skal føle seg trygg og ivaretatt

Hvordan kan jeg informere om og forberede barnet på denne dagen når jeg ikke aner hva vi skal?

Her var det mange spørsmål jeg ikke har forutsetning for å svare på etter å ha kjent barnet i 3 uker

Jeg håper ikke barnet blir ukomfortabelt. Er alt dette virkelig nødvendig?

Det virker som barnet har en reaksjon på noe og gamle vaner dukker opp

Rapporten tok lang tid og innen den var klar hadde barnet flyttet videre. Håper de nye omsorgspersonene ser verdien i rapporten selvom de ikke deltok

Behov barnevern

Jeg må få søkt inn dette barnet til kartlegging umiddelbart

Nå blir det viktig å få kartlagt barnet så vi kan gi en best mulig oppfølging

Rapporten kom sent men godt. Den har hjulpet oss, barnet og arenaene rundt med å tilrettelegge riktig

Smertepunkter



Tiltak

