

Arne Nerdal

Bacheloroppgave

**Barn med spesielle behov under
barnevernets omsorg
Children with special needs under child care
services**

Mai 2020

NTNU

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
Fakultet for samfunns - og utdanningsvitenskap
Institutt for sosialt arbeid

Bacheloroppgave

2020



Arne Nerdal

**Barn med spesielle behov under
barnevernets omsorg
Children with special needs under child care
services**

Bacheloroppgave
Mai 2020

NTNU

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
Fakultet for samfunns - og utdanningsvitenskap
Institutt for sosialt arbeid



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Problemstilling: «Hvordan legge til rette for barn med autismespekterdiagnoser under barnevernets omsorg?»

Bakgrunn og formål: Det faglige fokuset på barn med autismespekterdiagnoser i barnevernet har både i Norge og på internasjonal basis vært begrenset. Det er i dag ca 1 % av Norges befolkning som lider av en autismespekterforstyrrelse, og per 2015 hadde 23,9 % av barn og unge plassert i institusjon diagnosen Aspergers syndrom. Autismespekterforstyrrelse er en bred diagnose, og barn med diagnosen har unike behov for hjelp og tilrettelegging. Denne hjelpen har de også rett på i barnevernet, og jeg vil med denne oppgaven belyse viktig kompetanse i arbeid med barn med ASF. Jeg vil også diskutere viktige tiltak i forbindelse med plassering av et barn med autisme og hvilke type institusjonsplasseringer som er hensiktsmessige for disse barna.

Metode: Metoden brukt i forbindelse med denne oppgaven er litteraturstudie. I dette litteraturstudie har jeg foretatt meg et litteratursøk der jeg bruker eksisterende litteratur til å belyse min problemstilling.

Resultater og konklusjon: Jeg har kommet fram til at den barnevernsfaglige kompetansen, med fokus på relasjonskompetanse, traumebevisst omsorg og miljøterapeutisk arbeid, er meget viktig i arbeid med barn med ASF. Denne kompetansen tar hensyn til barnets uttryksmåter, atferd og kognitive utvikling, og bidrar til at barnet blir sett, hørt og forstått. I tillegg presiseres viktigheten av at de ansatte får tilegnet seg diagnosespesifikk kompetanse, som en supplerende kompetanse i arbeid med en krevende barnegruppe. Den diagnosespesifikke kunnskapen bidrar til forståelse, respekt og toleranse for diagnosens uttrykk. Til slutt diskuterer jeg fordeler og ulemper ved barnebolig og enetiltak, og ser på disse som gode plasseringsalternativer for barn med ASF, med grunnlag i stort rom for tilrettelegging og kompetanseheving.

Abstract

Research question: How to facilitate for children with autism spectrum disorders (ASD) under child care services?

Background and purpose: The academic focus on children with autism spectrum disorders under child care services have both in Norway and internationally been limited. Today there are about 1 % of Norway's population that suffers from ASD, and in 2015 about 23,9 % of young people living in institutions suffer from Asperger's syndrome. ASD is a wide-ranging disorder, and children with the diagnose have a unique need for help and facilitation. I will with this assignment clarify important knowledge when working with children with ASD. I will also discuss important measures in regards to moving a child with ASD and what kind of child care institutions which are most appropriate for these children.

Method: The method I have used in this assignment is a literature study. In this literature study, I have made a literature search where I use existing literature to elucidate my research question.

Results and conclusion: I have come to the conclusion that knowledge of child care services, with emphasis on relationship building, trauma-informed care, and social work, is important in work with children with ASD. This knowledge takes the child's expressions, behavior, and cognitive development into account, and this contributes to the child being seen, heard and understood. In addition to that, I emphasize the importance of the social workers getting expert knowledge about ASD. This knowledge contributes to understanding, respect and tolerance for the diagnose and, it's symptom expressions. In the end I discuss the positive and negative effects with homes for children with special needs and institutions where there only lives one child with social workers. I consider those good alternatives for moving children with ASD, with good options for acquiring new knowledge and facilitating the institution.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	5
1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling	5
1.2 Problemstilling og avgrensning	5
1.3 Formål	6
1.4 Disposisjon	6
2 Teori	6
2.1 Autisme	7
2.2 Forekomst, årsaksforhold og prognose.....	8
2.3 Autisme- det kliniske bildet.....	8
2.3.1 Språk.....	9
2.3.2 Sosial kontakt	9
2.3.3 Stereotyp atferd/ritualer.....	9
2.4 Sanseopplevelser hos barn med autisme.....	10
2.5 Tiltak, tilrettelegging og behandling for barn med autisme.....	11
2.5.1 Tilrettelegging	11
2.6 En misforstått gruppe.....	12
2.7 Ulike plasseringstiltak i barnevernet	13
2.8 Prinsippet om barnets beste og forsvarlighet	14
2.9 Kompetanse i barneverninstitusjoner	14
2.9.1 Relasjonskompetanse.....	15
2.9.2 Traumebevisst arbeid.....	15
2.9.3 Miljøterapi.....	16
3 Metode.....	16
3.1 Litteratursøk	17
3.2 Kildekritikk.....	17
4 Drøfting	18
4.1 Relasjonskompetanse i arbeid med barn med ASF	18
4.2 Traumebevisst arbeid med barn med ASF	19
4.3 Miljøterapeutisk arbeid med barn med ASF	20
4.4 Hva skal til for at de ansatte skal kunne legge til rette for barn med autisme?.....	22
4.4.1 Kompetanseheving.....	23
4.4.2 De ulike plasseringstiltakene for barn med ASF	24
4.4.3 Viktige hensyn å ta ved plassering av barn med ASF.....	25
5 Avslutning.....	25
5.1 Oppsummering.....	25

5.2 Konklusjon	26
5.3 Hva kunne vært interessant å se mer på?	27
Referanseliste.....	28

1 Innledning

Når et barn skal plasseres under barnevernets omsorg er det flere ulike ting som vurderes. Det er en omfattende avgjørelse, og konsekvensene vil alltid være store. Målet er at konsekvensene skal være så gode som mulig, og det stiller krav til at barnevernet er i stand til å kartlegge og vurdere barnets fungering og behov i tilstrekkelig grad. Når man da snakker om et barn med autismspekterforstyrrelser (heretter forkortet ASF eller autisme), vil både fungering og behov på mange måter være ulik andre barns fungering og behov, og dermed trenge en annerledes oppfølging enn mange andre barn. Hvordan kan barnevernet vurdere barna med ASF kontra de barna som ikke har det? Hvordan kan de finne «riktig» plasseringstiltak? Hvilken kompetanse krever det og har barnevernspedagoger den?

Barnevernet har et omfattende hjelpetilbud, bestående av flere ulike plasseringsalternativ og ansatte med bred og god kompetanse. Barn med ASF har et unikt hjelpebehov, som stiller krav til både forståelse, kompetanse og tilrettelegging. Jeg ønsker i denne oppgaven å sammenligne barnevernets hjelpetilbud og kunnskapsgrunnlag med det vi vet om barn med ASF og deres behov i en barnevernsfaglig kontekst.

1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

I løpet av studiet har jeg fått vært i praksis hos en barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling. I løpet av denne perioden fikk jeg muligheten til å bli kjent med og arbeide med mange ulike barn og ungdommer, inkludert noen med autismspekterdiagnoser. Jeg fikk en litt ekstra interesse for disse barna, og synes både det var gøy og utrolig spennende å jobbe med. Samtidig ble jeg nysgjerrig på omfanget av barn med denne lidelsen i barnevernet. Og når disse barna blir plassert, hvordan blir de møtt og tatt vare på? Dette var spørsmål jeg stilte meg, som jeg ikke kjente jeg hadde noe særlig kunnskap om fra før. I tillegg har jeg fått muligheten til å arbeide med et barn med autisme i jobben jeg har ved siden av studiet. Da har interessen min for området økt enda mer, samtidig som mitt personlige behov for kunnskap er til stede. Dette har resultert i at temaet mitt ble barn med autismspekterdiagnoser i barnevernet.

1.2 Problemstilling og avgrensning

På internasjonal basis har det vært lite fokus på, og dermed også begrenset med kunnskap på området barn med ASF som lever i omsorgssvikt eller begrensede omsorgsvilkår (Stokke, 2011). Allikevel er ikke disse barna mer beskyttet eller sikret mot omsorgssvikt, vold eller overgrep enn andre barn, og trenger i like stor grad hjelpen barnevernet kan tilby. Med dette i

bakhodet har jeg formulert den følgende problemstillingen slik at jeg kan utforske et tema jeg finner både interessant og nødvendig for arbeid i barnevernets plasseringstiltak.

Hvordan legge til rette for barn med autismspekterdiagnoser under barnevernets omsorg?

Med tema jeg har valgt i denne oppgaven havner fokuset på barn med spesielle behov for hjelp og tilrettelegging. Mer spesifikt, som man ser i problemstillingen, vil fokuset være på barn med ASF. Jeg vil konsentrere meg om de barna som er plassert eller skal plasseres etter barnevernloven § 4-12, og dermed ikke på hvilke hjelpetiltak man eventuelt kan sette inn før en omsorgsovertakelse (Barnevernloven, 1992, § 4-12). Det skal nevnes at mye kan gjøres før en eventuell omsorgsovertakelse, da forståelse for og kunnskap om diagnosen kan gjøre mye for hvordan barnet selv, foreldrene og nærmiljøet håndterer situasjonen. Allikevel er det noen barn med ASF, som alle andre barn, som lever i en såpass omfattende omsorgssvikt at det siste alternativet er plassering. Disse barna står i en situasjon der de er avhengig av å bli møtt på en god måte, av personer med både kjærlighet for og kompetanse om de barna som flytter inn. Jeg vil fokusere på den daglige omsorgen og tilrettelegging der barnet er plassert, ut i fra den kompetansen en ansatt med barnevernsfaglig utdanning sitter med.

1.3 Formål

Formålet med denne teksten er å sette et søkelys på autismspekterdiagnoser i barnevernet. Den skal kunne være til nytte for de som arbeider med denne gruppen av mennesker og for de som utvikler institusjonsplasseringer i barnevernet.

1.4 Disposisjon

Jeg vil begynne oppgaven med å gjøre rede for autismspekterforstyrrelser på generelt grunnlag, forekomst og årsaksforhold. Videre vil jeg gå inn på symptomuttrykk, og deretter behov for behandling, tiltak og tilrettelegging. Teoridelen vil så fokusere seg inn på de ulike plasseringstiltakene i barnevernet og kompetansen de ansatte i barneverninstitusjon sitter med. Etter teoridelen vil jeg kort gjøre rede for metodebruken i teksten. Drøftingen vil ta for seg hvordan den barnevernsfaglige kompetansen samsvarer med autisters behov. Jeg vil drøfte de ulike tiltakene og hvordan de egner seg for barn med autisme. Til slutt vil jeg oppsummere teksten og komme med en konklusjon.

2 Teori

I teoridelen vil jeg først definere autisme og skrive litt om forekomst og det kliniske bildet. Hovedsakelig vil jeg skrive om hvilke tiltak som settes inn for barn med ASF og hvilke behov

de har for tilrettelegging og hjelp. Til slutt vil jeg gjøre rede for noen av de tiltakene barnevernet bruker mest av i dag, og hvilken kompetanse ansatte ved de ulike tiltakene sitter med.

2.1 Autisme

Autisme brukes som fellesnevner om en rekke ulike utviklingsforstyrrelser, og det vil være mer riktig å bruke autismespekterforstyrrelser. I denne teksten vil jeg bruke autisme eller ASF synonymt med autismespekterforstyrrelser. Autisme defineres som en utviklingsforstyrrelse i nervesystemet som kommer til uttrykk gjennom mangel på interesse for, og/eller vansker med sosial interaksjon og kommunikasjon, sammen med begrenset og repetitiv atferd og interesseområder (Grøholt, Garløv, Weidle, & Sommerschild, 2015, s. 166). Diagnosen er bred, og inneholder ulike varianter av forstyrrelsen. Vi snakker hovedsakelig om seks ulike undergrupper:

- Barneautisme, autistisk forstyrrelse- tydelig avvikende eller forstyrret utvikling før tre års alder. Avvikende fungering på det sosiale samspillet og kommunikasjon, sammen med begrenset, repetitiv atferd.
- Atypisk autisme- debut etter tre års alder. Kan også forekomme når det ikke er tilstrekkelig avvik på ett eller to av områdene nevnt under barneautisme.
- Retts syndrom- viser seg i 1-2års alderen, etter normal utvikling. Kun hos jenter. Kjennetegnes ved vridende håndbevegelser og hyperventilering.
- Disintegrativ forstyrrelse- normal utvikling til tre års alder, for så å miste ferdigheter, og gå inn i en autistisk tilstand.
- Aspergers syndrom- samme type forstyrrelser på områder som gjensidig sosialt samspill og med et begrenset, repetitivt atferds- og interesseområde som ved autistisk forstyrrelse. Forskjellen er at det ikke er en forsinkelse i utvikling ellers, der vi ikke ser noen hemming av språket eller den kognitive utvikling. Har en relativt normal intelligens, men kan ses på som klossete.
- Uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse- brukes om det vurderes at barnet har en autismespekterforstyrrelse, men det ikke oppfyller kriteriene for en spesifikk lidelse innenfor spekteret (Grøholt, Garløv, Weidle, & Sommerschild, 2015, ss. 166-167).

Med en så stor variasjon i autismespekteret vil det si at noen har relativt gode intellektuelle evner og normalt språk, mens andre kan ha alvorlig psykisk utviklingshemming og svært lite språk.

2.2 Forekomst, årsaksforhold og prognose

I løpet av de siste årene har forekomsten av autismediagnoser økt. Det kan være flere årsaker til dette, og det trenger ikke være at økningen er ensbetydende med at flere lider av autisme. Årsaken kan også være at vi har mer kunnskap om diagnosen, dermed også flere verktøy for å oppdage og utrede den i et nyansert diagnosesystem (Norsk Helseinformatikk AS, 2020).

Man regner i dag med at ca én prosent av befolkningen har en diagnose innenfor autismespekteret. Det er en del flere gutter som får diagnosen. Når det kommer til årsakene til ASF, kan mye forklares gjennom arv og genetikk. Gjennom såkalte tvillingstudier har man kommet fram til at autisme har en arvelighet på ca 80%, altså svært høy. I kombinasjon med genetikken, vil miljøfaktorer spille inn i den tidlige hjerneutviklingen. Enkelte miljøgifter, økt reproduksjonsalder, medisiner som valproat og komplikasjoner under svangerskapet ses alle på som risikofaktorer for utvikling av ASF (Grøholt, Garløv, Weidle, & Sommerschild, 2015). I tillegg har Baron-Cohen utforsket noe han kaller Extreme male brain theory. Teorien bygger på at mennesker med autisme har lavere empati og høyere trang til systematisering enn kvinner, noe vi kan kalle den mannlige profilen. Andre psykologiske kjønnsforskjeller gjør ikke noe utslag. Biologisk sett har man funnet en sammenheng mellom høyt testosteronnivå i fostervann og forekomst av ASF (Grøholt, Garløv, Weidle, & Sommerschild, 2015, s. 171). Det er per dags dato ingen nøyaktig forklaring på hva det er genetisk sett som forårsaker autisme, men at det er en gjennomgripende nevroutviklingsforstyrrelse vet vi (Norsk Helseinformatikk AS, 2020). Genetikken er komplisert, og miljøfaktorene nevnt her er risikofaktorer og ikke årsaksforklaringer. Allikevel er det flere som lider av den, og jeg vil nå bevege meg inn på symptomuttrykket og hvilke behov barn med ASF har.

Rundt åtte av ti med moderat eller alvorlig autismespekterforstyrrelse vil ha mer eller mindre uendret symptomuttrykk i løpet av livet. 10 til 15 % kan leve et relativt normalt liv som voksen. Det skal nevnes at dette er de med minst alvorlige lidelser. 15 til 20 % kan med regelmessig hjelp klare seg godt, mens de resterende viser liten grad av bedring i både språk og sosiale ferdigheter. Hos noen kan atferdsproblemene også forverre seg i voksen alder (Norsk Helseinformatikk AS, 2020). Tidlig diagnose og tiltak, godt hjelpesystem og kognitivt og språklig nivå nevnes som faktorer som kan forbedre framtidsutsiktene (Norsk Helseinformatikk AS, 2020).

2.3 Autisme- det kliniske bildet

Symptomuttrykket hos barn med ASF vises gjerne i tidlig alder, før fylte tre år. Hovedsakelig ser man forsinket utvikling eller utfordringer på tre områder: språk, sosial kontakt og

stereotyp atferd/ritualer. Avhengig av alder, funksjonsnivå, grad av hyperaktivitet og fleksibilitet kan symptomene være mer eller mindre alvorlige og omfattende (Broberg, Almqvist, & Tjus, 2006).

2.3.1 Språk

Først vil jeg ta for meg språkområdet. De aller fleste vil ha en forsinket eller endret språkutvikling. Ekkolali, å mekanisk gjenta det andre sier, er typisk for barn med autisme. Noen vil heller ikke snakke i det hele tatt, og gjøre liten eller ingen forsøk på kompensere ved bruk av gester, kroppsspråk og lignende. Barn med relativt adekvate språkferdigheter, vil allikevel ofte ha problemer med å innlede eller opprettholde samtaler med andre. Også lek er inkludert på dette området, ved at disse barna ikke er i stand til den varierte liksom-leken og imitative leken «normalutviklede» barn ofte driver med. Dette begrenser barn med ASFs samhandling med andre barn ytterligere (Broberg, Almqvist, & Tjus, 2006, ss. 250-251).

2.3.2 Sosial kontakt

Sosial kontakt eller sosiale ferdigheter er ofte begrensede hos de med autisme. Det å bruke variert ikke-verbal atferd, som for eksempel ansiktsuttrykk og øyekontakt som hjelpemidler i sosial samhandling er utfordrende, og et typisk kjennetegn på autisme. De fleste har ikke adekvate vennerelasjoner for sitt utviklingsnivå, og sliter generelt med å skape og opprettholde nære vennerelasjoner (Tetzchner, 2018). Det å dele glede, interesser eller aktiviteter med andre kommer ikke naturlig for barn med autisme. For eksempel vil de som oftest ikke invitere med, vise eller gjøre andre oppmerksom på noe som fanger deres interesse eller de synes er spennende uten oppfordring fra andre. De viser svak forståelse for samhandlingsregler og mistolker sosiale signaler. Emosjonell og sosial gjensidighet kommer ikke naturlig for mange av disse barna (Broberg, Almqvist, & Tjus, 2006, ss. 250-251). Vi kan allikevel gjennom forskning se at barn med autisme også er i stand til å ha en selektiv, trygg tilknytning til sine omsorgspersoner (Stokke, 2011). Ca 50 % av barn med ASF har en trygg tilknytning til omsorgspersonene, og i befolkningen for øvrig ligger tallet på ca 65- 70 %. Altså er ikke forskjellen merkverdig stor. Risikoen for utrygg tilknytning vil øke i takt med alvorlighetsgraden av autismediagnosen og eventuell utviklingshemming. Barn med autisme bruker mor eller evt annen omsorgsperson som trygg base i relativt like stor grad som normale barn (Stokke, 2011).

2.3.3 Stereotyp atferd/ritualer

På atferdsområdet viser barn med denne typen vansker et stereotyp og repeterende atferdsmønster. Dette kan vi se gjennom omfattende fiksering på en eller flere interesser.

Denne fikseringen er gjerne meget intens eller at fokuseringen ses på som abnormal, og synes merkelig eller meningsløs for mennesker rundt. Hos barn med autisme kan man observere uhensiktsmessige rutiner eller ritualer som oppleves uflexible. Den motoriske oppførselen kan også være eller bli repeterende, med for eksempel enkelte håndbevegelser, fotbevegelser eller lignende. På dette området vil jeg også inkludere at dette repeterende atferdsmønsteret og rutinene også gjelder de daglige rutinene. Mange av barna eller menneskene med autisme vil respondere særs dårlig på at de daglige rutinene endres. De har en økt sårbarhet for stress, og forutsigbarhet blir meget viktig i deres hverdag (Broberg, Almqvist, & Tjus, 2006, ss. 250-251).

For å få en autismediagnose, møter man minst ett av kriteriene fra hvert av disse områdene. Vi kan derfor se hvor omfattende en autistisk lidelse er, og at den vil påvirke flere aspekter i livet til dette mennesket.

2.4 Sanseopplevelser hos barn med autisme

Barn med ASF kan ha en annerledes persepsjon enn andre mennesker. Persepsjon handler om hvordan vi oppfatter og tolker de sanseintrykkene vi opplever. Det vi kan se hos barn med autisme er et veldig selektivt utvalg av klær de ønsker å ha på eller mat de ønsker å spise. Mange kan ha utfordringer med å bli berørt, spesifikke og spesielt høye lyder eller sterkt lys. Dette igjen kan føre til en fascinasjon av sanseintrykk, der barna oppsøker eller leker seg oppsiktsvekkende mye med det. Vi kan trekke ut tre områder barn med autisme avviker i forhold til den sensoriske opplevelsen av verden. Noen opplever *overfølsomhet*, andre opplever *underfølsomhet*, mens andre har utfordring med *filtrering* (Fjæran-Granum, u.å.).

- 1) **Overfølsomhet.** Med dette menes at sanseintrykket tas inn sterkere enn det vi ellers ville ansett som normalt. Ved å for eksempel lukke øynene, skjerme ørene eller trekke seg unna sanseintrykket vil barn med ASF forsøke å beskytte seg selv fra inntrykket. I forhold til overfølsomhet er det også gjengående at disse barna er veldig selektive i valg av mat og klær. Man kan være overfølsom på alle sanser, og for de fleste gjelder det to eller flere sanser (Fjæran-Granum, u.å.).
- 2) **Underfølsomhet.** I motsetning til overfølsomhet handler underfølsomhet om at man tar inn inntrykket svakere enn det vi anser som normalt. Dermed vil det kreve sterkere inntrykk på personen for at det skal registreres. Når man har utfordring med underfølsomhet kan eksempler på sansestimulering være trange klær, slå seg selv eller andre for å kjenne kroppsdelen, trange steder og lignende. For å stimulere sansene,

kan disse barna stå i fare for å skade seg selv fordi de ikke kjenner smerte som andre mennesker (Fjæran-Granum, u.å.).

- 3) Filtreringsvansker. For de fleste mennesker vil hjernen automatisk filtrere bort uvesentlige impulser eller inntrykk. For eksempel vil det for de fleste mennesker skje en automatisk filtrering av uvesentlige lyder og inntrykk. Hjernen gjør denne jobben for deg. For barn med ASF skjer ikke dette nødvendigvis av seg selv, og de vil ofte høre alle samtaler i et rom, alle lyder og andre inntrykk som kroppen mot stolen eller lyset fra taklampen like tydelig (Fjæran-Granum, u.å.).

Hvordan mange barn med ASF opplever verden gjennom sine sanseinntrykk er viktig for hvordan man kan forstå deres atferd og uttalelser.

2.5 Tiltak, tilrettelegging og behandling for barn med autisme

Per dags dato finnes det ingen helbredende behandling for autisme. Tiltak som settes inn vil rette seg mot og fokusere på å utvikle sosiale ferdigheter og kommunikative evner hos barnet. Dette er de områdene som er mest svekket og vil forhindre god og hensiktsmessig samhandling med andre barn og voksne. Behandlingen vil variere i intensitet avhengig av alder, behov og fungering. I tillegg kan barn med ASF ofte preges av stereotyp, repeterende atferd. Denne atferden kan i noen tilfeller være uønsket eller problematisk for det enkelte barns hverdagslige fungering, og er noe behandlingen vil forsøke å redusere. Atferden kan for eksempel være selvskadning eller utagering. Hovedoppgaven vil være å gjøre barnet mest mulig funksjonsdyktig og selvstendig (Norsk Helseinformatikk AS, 2020).

Helsefaglig finnes det flere programmer som tilbyr barn og ungdom med autisme nettopp denne typen behandling. Programmene baserer seg på kognitiv atferdsterapi og er ofte gruppebasert. Gjennom studier er effekten av programmene som brukes vel dokumentert. *Jeg er noe helt spesielt*, prøvd av Helse Sør-Øst (Vermeulen, 2008), *KONTAKT* (Jonsson mfl., 2019) og *Transitioning Together* (DaWalt, Greenberg & Mailick, 2018) er tre eksempler på programmer nevnt i NOU 2020:1 *Tjenester til personer med autismespekterforstyrrelser og til personer med Tourettes syndrom* (NOU 2020:1). Man kan lese mer om programmene i henviste kilder, men jeg har valgt å ikke gå nærmere inn på disse i min oppgave. Fokuset mitt er på de barna som blir plassert i barnevernet, og dermed den daglige omsorgen og tilretteleggingen.

2.5.1 Tilrettelegging

Autismeforeningen har på sine hjemmesider kommet med noen punkter å forholde seg til for de som arbeider med og er rundt de med autisme. Først og fremst er man nødt til å gi de et

språk, slik at man kan kommunisere på best mulig måte. Å ha et språk kan på mange måter erstatte uønsket atferd som kommer av å føle seg misforstått eller å ikke være i stand til å formidle det man ønsker (Autismeforeningen, u.å.). Språk kommer i utallige uttrykksformer, og kan tilpasses etter det enkeltes barns forutsetninger. Bruk det barnet liker, forstår og er god på fra før til å innlære noe nytt. Det viktigste vil være at barnet ønsker å lære seg og forstå språkformen, om dette er tegnspråk, fotografier, verbalt språk eller annet, og at språkformen forstås og respekteres av menneskene rundt barnet (Autismeforeningen, u.å.).

Videre er det viktig å huske på at autister ofte ikke har de samme verktøyene til læring som andre mennesker. TEACCH-metoden er en pedagogisk modell utviklet for bruk i skole som strukturerer læringen etter fem prinsipper: visuell uttrykksform, fysisk struktur, daglig timeplan, individuell arbeidsplan og rutiner (Statlig spesialpedagogisk tjeneste, 2020). Denne modellen samsvarer med autismeforeningens prinsipper om lærevansker og språk hos autister. Den fokuserer på tilrettelegging, egne prinsipper for læring, rutiner med mange repetisjoner av det man ønsker å lære og uttrykksformer som ikke utelukkende baserer seg på det verbale språket (Autismeforeningen, u.å.).

Til slutt vil jeg fokusere på det man ser på som uønsket og repetitiv atferd. Eksempler på denne atferden kan være å dunke hodet i veggen, stikke av, hyle, holde for ørene og lignende. Altså kan det være helt generelle ting eller faktisk livstruende selvskading eller skade av andre/omgivelsene til barnet. Dette vil ofte være en atferd man etter hvert ønsker å gjøre noe med, fordi den kan gå ut over den daglige fungeringen til barnet og skape dårlige relasjoner til mennesker rundt. Det aller viktigste vil være å analysere atferdens funksjon (Autismeforeningen, u.å.). Hvorfor dunker barnet hodet i veggen? Hvorfor holder barnet for ørene? Ved å finne funksjonen, kan man begynne arbeidet med å finne en alternativ atferdsform. Man skal være forsiktig med å forsøke og fjerne en atferd før man har noe å erstatte den med. Grunnlaget for dette er at barnet gjerne forsøker å kommunisere eller uttrykke noe gjennom atferden sin, og ved å fjerne den uten å erstatte den med noe, er barnet nødt til å finne andre alternative metoder selv som kan være mer uhensiktsmessige. Tanken vil være å styrke positiv atferd og gi verktøy for å kommunisere hensiktsmessig (Autismeforeningen, u.å.).

2.6 En misforstått gruppe

Rent utseendemessig skiller ikke barn med autisme seg nevneverdig fra befolkningen forøvrig, og deres måte å oppføre seg og forholde seg til omverdenen på kan for mange derfor virke enda mer uforståelig, og rett og slett uhøflig eller uoppdragen (Autismeforeningen, u.å.).

Helt enkle hverdagslige gjøremål kan bli vanskelig for barn med autisme, som er sårbare for stress, uforutsigbarhet og mas. Denne misoppfatningen eller misforståelsen kan ha konsekvenser for hvordan barna blir møtt. Det er utfordrende å vurdere hva som er sterke og svake sider hos et barn med autisme, hvor de kan føle mestring og hva som er vanskelig. Konsekvensen kan være at det blir stilt for høye krav, som for barnet er helt urealistiske.

2.7 Ulike plasseringstiltak i barnevernet

Barnevernloven (bvl) § 4-14 lister opp plasseringsalternativene barnevernet har (Barnevernloven, 1992, § 4-14). Vi har fosterhjem, institusjon, opplærings- eller behandlingsinstitusjon når dette er nødvendig eller omsorgssenter for mindreårige. I oppgaven vil jeg kun fokusere på de ulike institusjonene. Bufetat har ansvar for etablering og drift av barneverninstitusjoner. De har også ansvar for inntak i både statlige og private tiltak. Først og fremst har vi vanlige barneverninstitusjoner. Formålet med plasseringer der kan være flere ting. Det kan være utredningsinstitusjon, der man ønsker å finne ut mer om barnet og hva det trenger. Det kan også være akuttinstitusjon. I tillegg har vi institusjoner for de som ikke er i stand til eller ikke ønsker en fosterhjems plassering. Barna kan pga sine erfaringer med tilknytning i en familie preget av omsorgssvikt ha utfordringer med å knytte seg til en ny familie. Institusjonen kan gi både den tryggheten og forutsigbarheten de trenger, og de får muligheten til å bli kjent med andre på institusjonen. Kontakten med jevnaldrende i samme situasjon kan bety mye for barna/ungdommene (Bunkholdt & Sandbæk, 2012). Forskrift om internkontroll i institusjoner lovfester institusjonenes ansvar for de som bor der gjennom blant annet institusjonsplan, målgruppe, fagkompetanse, antall ansatte og internkontroller (Forskrift om internkontroll i barnevernsinstitusjoner, 2008). En annen variant av institusjon er enetiltak. Enetiltak er godkjent og kvalitetssikret gjennom Bufetat, og er for barn som ikke bor med andre barn. Plassering i enetiltak skal vurderes grundig, og andre tiltak skal være prøvd eller vurdert i stor grad. Barna som bor på enetiltak har ekstra stort behov for tilrettelagt omsorg og behandling, og har pga sine komplekse utfordringer vanskeligheter med samspill med andre barn eller ungdommer (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2020)(Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2020).

For plassering i behandlings- eller opplæringsinstitusjon er det et vilkår at de på grunn av funksjonshemming har spesielt behov for en slik plassering. Hovedsakelig vil slike plasseringer skje under andre lover. Barnevernet plikter å opprette samarbeid med institusjoner under andre lover, bvl § 5-6. (Barnevernloven, 1992, § 5-6). Med stor relevans i denne oppgaven kan plasseringene skje under helse- og omsorgstjenesteloven, i for eksempel

barnebolig. Barnebolig, en permanent heldøgns bo- og tjenestetilbud, er for barn med alvorlige funksjonsnedsettelse eller andre omfattende omsorg- eller oppfølgingsbehov. Ansatte i barnebolig består hovedsakelig av vernepleiere, barnevernspedagoger, sosionomer og hjelpepleiere, i tillegg til ufaglærte og studenter i deltidsstillinger (Handegård, Bliksvær, Eide, Gjertsen, & Lichtwarck, 2007). Foreldrene, eller i dette tilfellet, barnevernet sitter med foreldreansvaret, mens barneboligen utøver den daglige omsorgen (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2019)

2.8 Prinsippet om barnets beste og forsvarlighet

Bvl § 4-1 sier at man skal finne tilbud der barnets beste har avgjørende vekt (Barnevernloven, 1992, § 4-1). Barnekonvensjonens art. 3 (Barnekonvensjonen, 2003, art. 3) og grunnloven § 104 understreker det samme (Grunnloven, 1814, § 104). Det presiseres på Bufdirs hjemmesider om Rett tilbud til barnet, at det ved valg av tiltak til barn med funksjonsnedsettelse også skal legges vekt på barnets beste, både etter helse- og omsorgstjenesteloven og barnevernloven (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2019). Tjenestene som skal vurdere og iverksette tilbud for disse barna må ta grundige faglige vurderinger med utgangspunkt i hvert barns individuelle behov og ønsker, jf. bvl § 1-6 (Barnevernloven, 1992, § 1-6) og FNs barnekonvensjon art. 12. (Barnekonvensjonen, 2003, art. 12).

Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 4-1) og bvl § 1-4 sier at alle tiltak og tjenester etter disse bestemmelsene skal være forsvarlige (Barnevernloven, 1992, § 1-4). Med det menes at det enkelte barns helhetlige situasjon må vurderes. Gjennom tverrfaglig og tverretattlig samarbeid kan og bør man innhente informasjon fra andre relevante instanser for å få god kjennskap til både barnets omsorgssituasjon og sykehistorie. De involverte tjenestene må ha god kjennskap til barnet, barnets historie, behov for hjelp og nettverket rundt barnet og familien (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2019).

2.9 Kompetanse i barneverninstitusjoner

Hva kan man regne som kjernekompetansen til en ansatt i en institusjon? Ut fra Bufdirs utredning av kompetansehevingstiltak (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2019), egen erfaring og oppbygningen av barnevernsstudiet (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, u.å.), har jeg trukket ut tre komponenter jeg mener er vesentlige i institusjonsarbeid. Disse tre komponentene dekker store områder av kompetanse, og krever kjennskap til flere aspekter ved sosialfaglig arbeid.

2.9.1 Relasjonskompetanse

Først, og kanskje også viktigst som grunnlaget for alt annet arbeid er relasjon og evnen til å bygge en god relasjon. Bernler, Johnsson & Skråner (1993) sin undersøkelse i Røkenes & Hanssen (2012) viser at det er viktig for klienten at fagfolkene forstår dem. Med å forstå dem menes det å tro på dem, ta dem alvorlig og faktisk møte dem som et medmenneske og ikke bare en bruker eller pasient. På denne måten kan vi si at både hjelpen fagpersonen skal gi i form av en metode eller lignende og relasjonen i seg selv er en hjelp for brukeren- det vi kaller en bærende relasjon (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 19). Relasjonskompetanse er et sammensatt begrep, da relasjonen har ulike faser. Først vil det handle om å kunne etablere en kontakt med barnet. Deretter vil kompetansekravene endre seg, og fokuset vil være på å vedlikeholde relasjonen, før man til slutt skal kunne avslutte relasjonen på en god måte når barnet eventuelt skal flytte videre. I arbeid med mennesker der man ønsker å fordre læring, utvikling, økt livskvalitet, omsorg og kjærlighet, som for eksempel en barneverninstusjon, blir relasjonsfokus særlig viktig for prosessen (Røkenes & Hanssen, 2012). God relasjonskompetanse handler om å kunne tilpasse egen væremåte og vurdere hvordan man kan tilnærme seg et barn ut ifra ulike kontekster (Røkenes & Hanssen, 2012). Her kan man i tillegg trekke inn personlig kompetanse. Personlig kompetanse handler om å bruke seg selv, sine ferdigheter, egenskaper og verdier i en profesjonell sammenheng. Respekt for seg selv og andre, det å bry seg om andre, kjenne seg selv og god samarbeidsevne nevnes som viktige ferdigheter i samhandling med de som er rundt deg (Skau, 2011). Personlig kompetanse og relasjonskompetanse utvikler seg sammen, og ved å kjenne seg selv og sine begrensninger går man inn i relasjonsarbeidet på en fruktbar måte (Røkenes & Hanssen, 2012). Dette blir spesielt viktig i den konteksten oppgaven min setter, der barn med autisme kan gi en helt annen respons på kontakt- og relasjonssøking enn andre barn. Dette stiller desto større krav til de som arbeider med dem.

2.9.2 Traumebevisst arbeid

Traumebevisst tilnærming baserer seg på kunnskap om hjernen, barnets utvikling og tilknytning. Innenfor den traumebevisste tilnærmingen har vi traumebevisst omsorg, som ikke direkte er en metode, men heller en forståelsesramme i møte med traumeskadde barn (RVTS, u.å.). Denne forståelsesrammen tar utgangspunkt i tre grunnpilarer: trygghet, relasjon og følelsesregulering. Omsorgspersonene og barnet jobber sammen rundt disse grunnpilarene, som er helt nødvendige for alle mennesker (RVTS, u.å.). Når man arbeider traumebevisst er det vesentlig å se på atferd som smerteuttrykk. Mye av det vi kan kalle uforståelig, uhensiktsmessig eller utfordrende atferd er smerteuttrykk. Med det menes det at atferden er et

uttrykk for noe som er vanskelig. Hva ligger bak atferden? Barna har ofte vonde og komplekse traumer, og smerte eller frustrasjon kan komme til uttrykk på utallige måter. Det er da de voksnes oppgave å arbeide med hvorfor barna gjør som de gjør, og hjelpe barna å sette ord på det som er vondt og vanskelig (RVTS, u.å.).

2.9.3 Miljøterapi

Larsen og Selnes (1975) definerer miljøterapi slik: «En systematisk og gjennomtenkt tilretteleggelse av miljøets psykologiske, sosiale og materielle/fysiske sider i forhold til individets og gruppens situasjon og behov. Hensikten med dette er å fremme mulighetene til læring, mestring og personlig ansvar» (Larsen og Selnes, sitert i Larsen, 2018, s. 14). I en miljøterapeutisk institusjon ser man barn som har det vanskelig med seg selv eller omgivelsene sine, ikke barn med atferdsvansker eller vanskelig barn. De har utviklet uheldig samspillsegenskaper, som på nytt fører til større utfordringer (Larsen, 2018). Miljøterapi handler hovedsakelig om å legge til rette for at barna kan utvikle og forandre seg selv. Man gir dem verktøy til å utforske, lære og arbeide seg opp fra en vanskelig fortid og uhensiktsmessige samspillsprosesser. Det er viktig å ha med seg relasjonsbegrepet inn i miljøterapien. Miljøterapi er utviklings- og forandringsarbeid, noe som er forbundet med motstand fra barna som har utviklet negative prosesser. Ved å ha en god relasjon, der barnet kan se at den voksne står i situasjon sammen med barnet, kan arbeidet virkelig begynne (Larsen, 2018).

3 Metode

Framskaffing og etterprøving av kunnskap gjøres ved hjelp av ulike metoder. De ulike metodene forteller leseren hvordan vi har valgt å gå fram i informasjonsinnhenting (Dalland, 2014, s. 111). Grunnlaget for valg av metode ligger i hvilken metode man tenker er den som gir gode data og belyser tema og problemstilling på best mulig måte (Dalland, 2014, s. 111). I arbeidet med min bacheloroppgave er den valgte metoden litteraturstudie. Et litteraturstudie skal «sikre gode søk etter litteratur som skal danne det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget for fagprosedyren» (helsebiblioteket). Eksisterende litteratur er grunnlaget for oppgaven, og det er ut i fra den valgte litteraturen problemstillingen skal utforskes (Dalland, 2014, s. 67). Grunnlaget for valg av metode er tosidig. Først og fremst er det et krav i denne oppgaven. Men allikevel er det viktig å være klar over de positive og negative sidene ved en metode. Litteraturstudie gir muligheten til å utforske et tema i nytt lys ved hjelp av eksisterende kunnskap. Man skaper orden i teorien ved hjelp av oppgaven, og får et stødig teoretisk grunnlag. Samtidig er det en utfordring ved bruk av litteratur som allerede

finnes, og det er evnen til å være kildekritisk og finne det man trenger for å besvare oppgaven. Det må komme tydelig fram hvorfor man velger den litteraturen man gjør, slik at oppgaven får troverdighet (Dalland, 2014, s. 67).

3.1 Litteratursøk

Jeg har i løpet av oppgaven brukt flere ulike kilder som kunnskapsgrunnlag. Jeg tok utgangspunkt i problemstillingen. Gjennom Google Scholar, Oria og Idunn brukte jeg følgende søkeord: autisme, autismespekterforstyrrelser, barnevern, kompetanse, utviklingsforstyrrelser, omsorgsovertakelse og kombinasjoner av disse søkeordene. Gjennom disse søkeordene fant jeg relevante nettsider og artikler, og brukte referanselistene for videre søk. Jeg har brukt tittel på artikkelen, sammen med innholdsfortegnelse og sammendrag til å vurdere om den er relevant.

I innhenting av kunnskap om autisme har jeg brukt en kombinasjon av digitale kilder og lærebøker. Lærebøkene Lærebok i Barnepsykiatri (2015) og Klinisk Barnepsykologi-utvikling på avveier (2006), supplert med kunnskap fra Autisforeningens hjemmesider er grunnlaget for teori om autisme og forekomsten av diagnosen i Norge. Sammen med det har jeg brukt Norsk Helseinformatikk AS og Folkehelseinstituttets artikler om ASF som støttende kilder. Ved hjelp av NOU 2020:1 *Tjenester til personer med autismespekterforstyrrelser og til personer med Tourettes syndrom* gjør jeg rede for hvilke tiltak barn med autisme har i dag (NOU 2020:1).

For å belyse kompetanse i barneverninstitusjoner har jeg brukt Bære eller Briste (2012), Miljøterapi med barn og unge- organisasjonen som terapeut (2018), RVTS og NTNUs hjemmesider. Dette har vært hovedkildene, og de er supplert med kunnskap fra Bufdirs utredning om kompetansehevingstiltak i barnevernet (2019) De ulike plasseringstiltakene i barnevernet er hentet fra Bufdir sine hjemmesider (2020)

I oppgaven har jeg brukt Lov om barneverntjenester for å gjøre rede for hvilket oppdrag barnevernet har når de har barn under sin omsorg, og de skal flyttes (Barnevernloven, 1992). I tillegg stadfestes hjelpen barn med ASF har krav på i Lov om spesialisthelsetjenesten (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999) og i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

3.2 Kildekritikk

Autismespekterforstyrrelser er en diagnose i diagnosesystemet, som vi har relativt mye kunnskap om. Den oppdages tidlig ved at man er godt kjent med symptomene, og det finnes

derfor mye skriftlig informasjon om diagnosen. Dette har gjort at jeg har stilt krav til hvor gammelt stoffet er, hvor forfatteren har hentet sin kunnskap fra og hvor relevant kunnskapen er til min problemstilling. Jeg har ved hjelp av denne kildekritikken brukt anerkjente databaser, nasjonale og regionale anerkjente organisasjoner i Norsk Helseinformatikk AS og Folkehelseinstituttet og lærebøker som jeg anser som troverdige kilder (Dalland, 2014, s. 72)

4 Drøfting

Vi har generelt mye kunnskap om autismespekterdiagnoser, de får hjelp og tilrettelegging både i hjemmet, i barnehage eller skole og dagliglivet sitt. I tillegg sitter institusjoner med mye kunnskap og kompetanse om hvordan de skal hjelpe barn utsatt for omsorgssvikt. Det er imidlertid lite faglig kunnskap om barn med ASF i barneverninstitusjon (Stokke, 2011). NOU 2020:1 *Tjenester til personer med autismespekterforstyrrelser og til personer med Tourettes syndrom* nevner at barn med utviklingsforstyrrelser er overrepresentert i barnevernet. Mer spesifikt ser vi at 23,9 % av barn plassert på institusjon etter barnevernloven har Aspergers syndrom per 2015 (NOU 2020:1, s.129). Det er viktig at også disse barna, med sine unike behov, møtes på best mulig måte. Jeg vil nå drøfte hver av de tre komponentene av kjernekompetanse i barnevernet nevnt i kapittel 2.7 opp mot de symptomene vi kjenner til med en autismediagnose, kapittel 2.3 og 2.4. Jeg vil bruke teori fra kapittel 2.5 om tiltak, tilrettelegging og behandling for barn med autisme som sammenligningsgrunnlag for hvilke behov barna vil kunne ha for tilrettelegging i institusjonen. Ut fra denne delen av drøftingen vil jeg komme med forslag til hvilke tiltak som kan være nødvendige når man flytter et barn med autisme. Til slutt vil jeg drøfte fordeler og ulemper med noen av plasseringstiltakene.

4.1 Relasjonskompetanse i arbeid med barn med ASF

God relasjon er en viktig byggesten i hjelpearbeidet man driver med i institusjoner.

Relasjonskompetanse stiller krav til å tilpasse seg etter hvem man møter, når man møter dem og evner å hele tiden vurdere konteksten relasjonen foregår i. Slik skal de som jobber i institusjon kunne skape en relasjon til barna, der de føler seg møtt og forstått. Barn på autismespekteret har utfordringer på både språkområdet og med de sosiale ferdighetene. Blant annet innebærer dette at autister som nevnt i kapittel 2.3.2, ikke naturligvis har den samme emosjonelle og sosiale gjensidigheten som andre. Dette kan selvsagt være utfordrende for alle og enhver, fordi man er vant til å få en viss reaksjon, dette i form av bekreftelse, anerkjennelse eller motstand. I arbeid med barn med autisme trenger ikke disse reaksjonene være adekvate, og det er ikke en selvfølge at barnet for eksempel sier «tak» når det får hjelp til noe, eller hjelper til med å rydde opp etter lek, ref. kapittel 2.3.2. Det er heller ikke sikkert

at barnet er i stand til å lære seg dette på veldig lang tid. Det er nettopp her relasjonskompetansen spiller en viktig rolle. Selv om disse barna ikke nødvendigvis gir uttrykk for det som alle andre, har de også krav på å bli sett, hørt og forstått. I kapittel 2.9.1 nevner jeg at det er viktig for klienten at fagfolkene forstår dem. Ved å respektere at barnet ikke ønsker nærkontakt, liker best at du snakker lavt eller at det liker best å leke alene, sørger du for at barnet blir møtt på sine ønsker og behov, og videre kan dette medføre at barnet føler seg forstått.

I kapittel 2.3.2 viser jeg til Stokke (2011) som sier at barn med autisme også danner trygg tilknytning til sine omsorgspersoner. Dette kan og bør være et mål for de ansatte. Jeg nevner også at de kan bruke omsorgspersonen som trygg base, og ved å oppnå dette med barna i institusjonen kan vi se hvor vesentlig rolle relasjonsarbeidet utgjør. De ansattes profesjonelle rolle trenger ikke å handle om å være best likt eller få mest mulig kompliment av barna, men det å være en trygg voksen, som både setter grenser og respekterer barnets egne grenser. På sikt vil barnet i de fleste tilfeller legge merke til det. Relasjonen med et barn på autismspekteret vil på mange måter være ulik relasjonen til andre barn, og det er vesentlig at de ansatte stoler på sin relasjonskompetanse og personlige kompetanse. Av personlig kompetanse nevner jeg evnen til å bruke seg selv og sine ferdigheter, ref kapittel 2.9.1. Denne personlige kompetansen gjør at man går inn i relasjonen som en tryggere voksen, og er interessert i å bli kjent med det barnet som står foran seg. Dette er selvsagt også viktig i arbeid med andre barn. I tillegg må det presiseres at kompetanse om diagnosen er viktig for den ansatte. Det vil skape utfordring for de som jobber rundt det gjeldende barnet om man har forventninger om en viss utvikling, når det viser seg at barnet i realiteten ikke er i stand til så mye utvikling. I kapittel 2.6 tar jeg opp denne problematikken, der vi kan se hvordan manglende innsikt og forståelse for diagnosen kan ha store konsekvenser for hvordan barnet blir møtt.

4.2 Traumebevisst arbeid med barn med ASF

Miljøterapeuters evne til å se bak atferden er veldig viktig i arbeid i barneverninstitusjoner. Det gir barna en betydelig større mulighet til å uttrykke seg selv, og gjøre seg forstått. Man får sammen sjansen til å bearbeide vonde følelser og starte arbeidet med å erstatte avvikende atferd med adekvat atferd. I arbeidet med autister er man nødt til å se på dette på en litt annen måte. Til tross for at barn med autismediagnoser også er plassert på grunn av en eller annen form for omsorgssvikt, kan deres atferd være uttrykk for noe annet enn omsorgssvikten. Som nevnt i kapittel 2.3.3 viser barn med autisme et repetitivt og stereotypet atferdsmønster.

Miljøterapeuter forsøker å tolke atferdsuttrykket, og da gjerne med grunnlag i sin kunnskap om omsorgssvikt og det barnet har blitt utsatt for. Det er imidlertid avgjørende å samtidig forsøke å inkludere det vi vet om autisters opplevelse av verden. Deres sensoriske system, som beskrevet i kapittel 2.4 fungerer for mange ikke på lik måte som andre menneskers, og miljøterapeuten er nødt til å være bevisst at det kan være helt andre årsaksforklaringer. For eksempel kan det å holde for ørene være på grunn av overfølsomhet, og at barnet rett og slett opplever at man snakker for høyt eller at viften på kjøkkenbordet bråker for mye. Med dette i bakhodet vil man kunne støte på noen utfordringer i arbeidet. Hovedsakelig handler dette om kunnskap om og forståelse for diagnosen. Om miljøterapeuten ikke er tilstrekkelig kjent med symptomuttrykkene til et barn med ASF vil man kunne lete på feil plass. Når man da leter på feil plass, kan konsekvensene være at barnet ikke føler seg sett eller forstått, og dermed ikke møtt. Om man derimot sørger for at de ansatte ved institusjonen har diagnosespesifikk kompetanse, vil man utvide horisonten for hva som kan være «triggere» hos barnet. Det er ikke dermed sagt at diagnosen *er* årsaksforklaringen, og man må fortsatt kunne se etter og tenke at det kan være andre faktorer som spiller inn. I bunn og grunn handler det om at miljøterapeuten er i stand til å bruke sin grunnleggende kompetanse om omsorgssvikt og miljøterapi, samtidig som man kan integrere kunnskap om diagnosen og få et mer dekkende bilde av barnet.

4.3 Miljøterapeutisk arbeid med barn med ASF

Mange institusjoner drives med en miljøterapeutisk tankegang. Man bruker miljøet rundt barna, for eksempel andre barn på institusjonen, nærmiljøet, de ansatte, aktiviteter osv., til å legge til rette for utvikling og forandring, akkurat det miljøterapi handler om (ref kapittel 2.9.3). Også i arbeid med barn på autismespekteret vil miljøterapi være både riktig og viktig. I arbeidet med barn med ASF er det noen prinsipper det er viktig å huske på. For det første, hva kreves for at de skal lære noe nytt. Vi kan hente igjen den pedagogiske TEACHH-modellens fem prinsipper fra kapittel 2.5.1. I en institusjon trenger det ikke nødvendigvis å handle om pedagogisk læring, men man holder på med mye generell læring. De fem prinsippene kan knyttes opp mot det miljøterapeutiske arbeidet man holder på med i institusjon.

Visuell uttrykksform, det første prinsippet, kan ses i sammenheng med autisters språkutfordring. Om man tenker seg dusjing eller dobesøk kan det være lurt å bruke bilder av hvordan det skal gjøres. Vi kan knytte dette opp mot kapittel 2.3.1 om autisters språkferdigheter og at man vil forsøke å gi de alternative metoder å formidle det de tenker på.

Det neste vi har er fysisk struktur. I klasserommet handler det om forskjellige stasjoner til forskjellig type oppgave (mat, lekser, gruppeoppgaver o.l.). I institusjonen, som i mange tilfeller skal fungere som og se ut som et hjem, har man en lignende inndeling. En plass for måltider, en TV-stue, pult for lekser, rommet til å sove, tegne eller lignende osv. Dette vil trolig barn med ASF respondere godt på, med tanke på at de har en økt sårbarhet for stress og uforutsigbarhet.

Daglig timeplan er det tredje punktet. Med daglig timeplan gir man barnet en forutsigbarhet og oversikt i hverdagen. Barnet kan selv forberede seg på det som skal skje, og dermed ha mer kontroll over sin egen hverdag.

Videre har vi individuell arbeidsplan som i skolen gjør rede for den pedagogiske læring. I institusjonen kan man bruke arbeidsplan for barnet, men heller tilpasse det til hverdagslige læremål barnet kan ha. Det kan være å rydde av matbordet etter middag, være med på romvask eller pusse tennene selv. Man gir barnet en god oversikt over hva det får til, slik at de selv kan se framgangen og hva de lærer seg.

Til slutt har vi rutiner som handler om å gjøre de samme aktivitetene gjentatte ganger til det er lært. Alle disse prinsippene går inn i miljøterapeutisk arbeid og samsvarer godt med autisters behov for tilrettelegging og forutsigbarhet. Man bruker barnets psykologiske faktorer, sosiale ferdigheter og miljøet rundt barnet på institusjonen for å legge til rette for utvikling og forandring. Selv om årsaksforklaringen til uttrykkene og ferdighetene til barn med autisme er ulik andre barns, vil fortsatt miljøterapi være veldig relevant og viktig i arbeidet. Den største forskjellen, og kanskje også utfordringen vil være at ting vil ta lengre tid, det er mindre rom for de store utviklingene og noen ting er en del av diagnosen, som man ikke får gjort noe særlig med. I den forstand er kunnskap om autismespekterforstyrrelser viktig for de ansattes og barnets egne mål og forventninger.

Barn utsatt for omsorgssvikt som *ikke* har en autismediagnose, utvikler et atferdsmønster, smerteuttrykk og sine samhandlingsprosesser på bakgrunn av nettopp omsorgssvikten, tilknytningsforstyrrelser og andre livserfaringer, slik som andre barn og unge. Barn med autisme kan selvsagt få sine atferdsuttrykk og sosiale ferdigheter forhindret, forsterket eller utviklet i det hele tatt på grunn av svak omsorg, overgrep eller lignende, men deres væremåte kan også forklares med diagnosen. Oppgaven vil da bli å finne ut *hva* som forårsaker atferden. Er det smerteuttrykk, som beskrevet i kapittel 2.9.2 vi ser eller er det symptom på diagnosen? Dette gir oss viktig informasjon om *hvorfor* barnet gjør som det gjør, og hva som vil være

målet for arbeidet vårt. For eksempel kan vi tenke oss at du som ansatt på institusjonen, legger merke til at et barn holder for ørene hver gang det kommer til middag. Du ønsker å se hva som ligger bak atferden, slik at du ved hjelp av miljøterapeutisk arbeid kan starte utviklingsarbeidet. Målet vil trolig være å gi barnet en annen uttrykksmåte enn å holde for ørene. Med et traumeskadd barn er det sannsynlig å tenke at det å holde for ørene handler om å beskytte seg. Gjennom å snakke med barnet om det, kanskje redusere antall personer som er på kjøkkenet til middag og trygge barnet på at du kan hente det og gå med det til middagsbordet, kan du gradvis være med å utvikle barnets egenskaper, og samtidig deres relasjon, fordi det blir tryggere. Med et barn på autismespekteret er det kanskje nødvendig å tenke enda større. Med kompetanse om diagnosen vet man for eksempel at barn med autisme kan ha utfordringer med overfølsomhet, som vi kan lese om i kapittel 2.4. Står kjøkkenvifta på? Ropte du høyt etter barnet for å komme til middag? Er det mange personer som snakker samtidig? For alle mennesker skjer sanseinntrykk av seg selv, det er ikke noe vi kan styre, og dermed kan vi heller ikke forvente at noen skal slutte å reagere som de gjør på inntrykkene (Fjæran- Granum, u.å.). Fortsatt vil målet være at barnet ikke skal trenge å holde for ørene hver gang det kommer til middag. Selvsagt er det viktig å også prate med barnet om dette, slik at man eventuelt kan bekrefte eller avkrefte sin teori. Deretter kan man forsøke å redusere disse inntrykkene, eller la barnet ha i ørepropper når det kommer til middag. Man bruker fortsatt miljøfaktorer til å legge til rette for utvikling hos barnet, men framgangsmåten er noe ulik fordi vi bruker kompetansen vi har om diagnosen i tillegg til miljøterapeutisk kompetanse.

4.4 Hva skal til for at de ansatte skal kunne legge til rette for barn med autisme?

Ut i fra det jeg har nå har presentert og drøftet kan vi komme fram til noen faktorer som vil ha avgjørende effekt i arbeidet med barn med autisme. Først og fremst kan vi se at den kompetansen man har i institusjoner på flere måter er lik kompetansen som kreves for arbeid med barn med autisme. Med god relasjonskompetanse kan den ansatte skape en relasjon til barnet på tross av utfordringer med språk og sosiale ferdigheter. Ved å evne å se bak atferden til barna og fokusere på hva de forsøker å formidle heller enn atferden i seg selv, er det mye større sannsynlighet for at barnet føler seg sett, hørt og forstått. Samtidig vil denne egenskapen kunne ses i sammenheng med det miljøterapeutiske arbeidet. Ved å forsøke å fortolke atferdsuttrykkene, stiller man seg selv og barnet i en mye bedre posisjon til å bedrive miljøterapi, fordi arbeidet er og føles mer meningsfylt og hensiktsmessig. Jeg vil nå bruke det jeg har drøftet til å diskutere hvordan man kan oppnå disse resultatene.

En fellesnevner for alle disse, er at i arbeid med barn med autisme er utdypende kompetanse viktig. Utdypende kompetanse gir de som arbeider muligheten til å skape et helhetsbilde av barnet, og dermed kan de se og forstå barnet for den det er. Diagnosespesifikk kunnskap stiller den ansatte i en posisjon hvor de kan supplere sin eksisterende kunnskap med noe mer spesifikt. Konsekvensen kan være at barnet blir og føler seg mer sett, hørt og forstått. Samtidig stiller dette desto større krav til den ansatte. Et bredere kompetansegrunnlag gir, i tillegg til bredere kompetanse, også utfordringer med å skille mellom, nyansere og vurdere hva som er hva. Dette er derimot en positiv utfordring i den forstand at man kan jobbe seg mot et godt resultat. Her kommer den personlige kompetansen inn. Som vi ser i kapittel 2.7.1, er personlig kompetanse viktig, og vi kan utvide det til å handle om mer enn bare relasjonsbygging. Jeg mener personlig kompetanse er relevant i det meste av arbeid ansatte i barneverninstitusjonen gjør. Nevnte ferdigheter er det å bry seg om andre, ha respekt for andre og kjenne seg selv. Ved å ha respekt for barnet som bor der, virkelig bry seg om det og samtidig kjenne seg selv og hva man er god for, angriper man arbeidet med et håp og ønske om å få det til, heller enn at arbeidet blir preget av håpløshet. Kombiner dette med god barnevernsfaglig kompetanse og spisskompetanse innen autismediagnoser, så er den ansatte på god vei.

4.4.1 Kompetanseheving

Konkrete tiltak man kan iverksette for å legge til rette for arbeidet med barn med ASF i institusjon handler hovedsakelig om to ting, først kompetanseøkning. Dette kan skje for eksempel i form av kursing av de ansatte. Dette tiltaket setter de ansatte i akkurat den posisjonen jeg har drøftet i oppgaven. Bvl § 3-2 og 3-2a lovfester barneverntjenestens ansvar for å samarbeide med andre deler av forvaltningen og utarbeide individuell plan for de som har behov for det (Barnevernloven, 1992, § 3-2 og § 3-2a). Andre deler av forvaltningen kan i denne sammenhengen være habiliteringstjenesten eller barne- og ungdomspsykiatrien. Det tverrfaglige samarbeidet blir avgjørende for de ansattes evne til å jobbe godt rundt barnet. Regionale fagmiljø for autisme har oversikt over hvor man kan finne kompetanse. Bvl § 4-16 stiller krav til at vedtaket om omsorgsovertakelsen følges opp, og at eventuelle ekstra tiltak settes inn ved behov (Barnevernloven, 1992, § 4-16). Det er altså flere lover som legger til rette for at institusjonen kan sette inn tiltak for å øke kompetanse om ASF for sine ansatte, med et mål om å gi barnet et plasseringstiltak der det kan utvikle seg, trives og få det bra. Vi kan se kompetanshevingstiltaket i lys av kapittel 2.6, hvor jeg nevner at det fort kan bli stilt urealistiske, for høye krav til et barn med autisme. Man er selv kjent med fenomenet, der noen stiller krav til deg man opplever som uoppnåelige. Det fører til håpløshet og lite motivasjon.

Jeg tenker ut i fra dette at barn med autisme også har behov for å bli møtt der de er, slik at de ansatte ikke forventer at barnet skal få til noe som føles håpløst.

4.4.2 De ulike plasseringstiltakene for barn med ASF

Det andre tiltaket vi kan snakke om er selve plasseringen. Hvor kan barn med ASF plasseres?

Jeg har fram til nå fokusert på og presisert viktigheten av tilrettelegging og god kompetanse rundt barn med ASF i institusjon. Her kan vi se fordelene av plassering i barnebolig eller enetiltak. Disse plasseringene gir stort rom for kompetanseøkning og faglig påfyll, noe de ansatte selv etterlyser for å opprettholde motivasjon i arbeid med en krevende barnegruppe (Handegård, Bliksvær, Eide, Gjertsen, & Lichtwarck, 2007). I barnebolig dreier arbeidet seg rundt barn med alvorlig funksjonsnedsettelse og omfattende omsorgs- og oppfølgingsbehov, ref kapittel 2.8, og det krever dermed et visst kompetansenivå i utgangspunktet. En mulighet man også får i barnebolig er sosialt samspill, og dermed sosial læring for barn med ASF. Barn med ASF har ofte utfordringer med sosialt samspill, og trenger øvelse i å kommunisere hensiktsmessig med omgivelsene sine, ref kapittel 2.5.1. De ansatte kan bruke sin miljøterapeutiske kompetanse i kombinasjon med kunnskap om ASF. En utfordring kan bli inntakskriteriet til barnebolig. I kapittel 2.1 ser vi ut i fra diagnosebeskrivelsene at variasjonen er stor i autismspekteret. Jeg nevner også at alvorlighetsgraden varierer stort. Det vil si at ikke alle barn med autisme har alvorlige funksjonsnedsettelse eller omfattende omsorgs- og oppfølgingsbehov. Da er ikke lenger barnebolig et alternativ, og vi trenger derfor flere muligheter for disse barna.

I enetiltak har man kun et barn, og man får et klart definert mål med krav til kompetanse, og dette medfører gode muligheter til spisskompetanse innen det gjeldende barnets problematikk. I en institusjon med flere barn gir barnegruppa både begrensninger og muligheter i relasjonsarbeid og miljøterapeutisk arbeid. Arbeidet i enetiltak er på den andre siden preget av å *ikke* ha andre barn. Rommet for å møte dette barnets ønsker og behov, tilrettelegge for god utvikling og læring er stort og preget av frihet for barnet og de ansatte. Det er derimot begrensninger i samspill med andre jevnaldrende. Som jeg nevner i kapittel 2.7 er kontakten med jevnaldrende viktig for barna i institusjon. Denne muligheten mister man i enetiltak. Man kan allikevel veie opp for dette gjennom andre sosiale arenaer, og kompensere tiltak. Enetiltak brukes i de tilfeller hvor barna har ekstra stort behov for tilrettelagt omsorg og behandling, ref kapittel 2.7. I tillegg har de gjerne utfordringer med sosialt samspill pga sine komplekse utfordringer. Sosialt samspill, eller sosiale ferdigheter, er et gjennomgående tema i autismediagnosen, og bør dermed også være med i vurderingen av plassering for barn med

autisme. På den andre siden er det viktig å se verdien i sosial trening, noe man får store muligheter til i en vanlig institusjon.

4.4.3 Viktige hensyn å ta ved plassering av barn med ASF

Når vi velger plasseringssted må man vurdere barnets behov opp mot det de ulike institusjonene kan tilby. Barnets beste og forsvarlighet, nevnt i kapittel 2.8, forteller oss noe om hva som skal ligge til grunn for valg av tiltak. En vurdering man må ta ut i fra dette er barnets sykdomshistorie opp mot alvorlighetsgraden i omsorgssvikten. Barneboliger er mer egnet for de med alvorlig funksjonsnedsettelse, mens enetiltak eller institusjon kan være mer egnet for de med mindre alvorlig funksjonsnedsettelse og større grad av traumeskader. I vurderingen bør det også tas høyde for om graden av hjelpebehov og tilrettelegging vil forbli like stor. I kapittel 2.1 gjør jeg rede for noen prognoser på hvordan mennesker med autisme utvikler seg i et livslangt løp. Rundt 70 % vil ha behov for livslang omsorg. I denne sammenhengen er det viktig å både innstille de ansatte og barnet selv på hva man ønsker å få ut av plasseringen. Livskvalitet er for mange av menneskene med autisme mer forbundet med støtte i nærmiljøet sitt, heller enn grad av symptomer (Norsk Helseinformatikk AS, 2020). I arbeid med barna med autisme kan det derfor være hensiktsmessig å arbeide for livskvalitet og trygghet, og senke forventningene til utvikling, da det rett og slett er mindre rom for det. Dette kan resultere i at både barnet og de ansatte har realistiske, men fortsatt positive forventninger til hva man får ut av plasseringen. Desto mer omfattende vurdering og kartlegging man kan gjøre av barnet, desto større mulighet har man til å gi et helhetlig og godt tilbud. Dette innebærer å samkjøre kunnskap fra flere etater og fagområder, barnets egen kunnskap og familiens kunnskap.

5 Avslutning

5.1 Oppsummering

I Norge har det vært generelt lite fokus på barn med autismspekterforstyrrelser i barnevernet. Vi vet også at barnevernet hjelper mange barn med ulike utfordringer med sitt omfattende hjelpetilbud. Jeg har gjennom egne erfaringer med barn med autismspekterforstyrrelser skaffet meg en nysgjerrighet om temaet og derfor ønsket å vite mer om det. Ut i fra dette utformet jeg problemstillingen min: hvordan legge til rette for barn med autismspekterforstyrrelser under barnevernets omsorg?

Jeg har i løpet av teksten gjort rede for variasjonen i autismspekteret og hvilke symptomuttrykk vi ser hos barn med autisme. Jeg fokuserer på de tre områdene språk, sosial kontakt og stereotyp/repetitiv atferd. Videre har jeg sett på hvilke tiltak de har i samfunnet, og

hvilke behov de har for tilrettelegging i den daglige fungeringen. I teorien har jeg gjort rede for ulike plasseringstiltak barnevernet har å tilby, og igjen hvilken kompetanse de ansatte ved plasseringstiltakene sitter med.

Ut i fra dette har drøftingen min dreid seg om hvordan kompetansen i barnevernet samsvarer med autisters behov for hjelp og tilrettelegging. Relasjonskompetanse blir viktig i arbeid med barn med autisme, som gir andre sosiale uttrykk enn mange barn ville gjort. Det stilles krav til den ansatte om å kunne møte barnet der det er, og respektere de uttrykkene det gir. Allikevel danner mange barn med autisme trygg tilknytning til sine omsorgspersoner, og derfor blir relasjonen viktig i arbeidet. De ansattes evne til å se bak atferden må ses i lys av hvor mye kunnskap den ansatte har om autismediagnoser. Barn med autisme har en atferd som skiller seg fra det normale, og trenger ikke nødvendigvis handle om et traume eller være et smerteuttrykk. Jeg drøfter her viktigheten av diagnosespesifikk kunnskap, og hva det kan gjøre for den ansattes måte å arbeide med barnet på. Videre drøftet jeg det miljøterapeutiske arbeidet med barn med autisme. Gjennom TEACHH-modellen nevnt i teoridelen, har jeg drøftet hvordan de ulike prinsippene i den modellen kan være overførbare til et miljøterapeutisk arbeid. Prinsippene legger til rette for utvikling og læring for barn med autisme på deres premisser. Deretter tok jeg for meg fortolkning av atferden, sett i sammenheng med evnen til å se bak atferden, og at hvordan man tolker atferden hos barnet vil påvirke hvordan vi angriper det miljøterapeutiske arbeidet.

Jeg har drøftet hvordan denne kompetansen brukes til å tilrettelegge hverdagen for barna med autisme, der fokuset har vært på at kompetansen er viktig i dette arbeidet, på lik linje som med andre barn. Videre har jeg drøftet viktigheten av diagnosespesifikk kunnskap. Denne kunnskapen kan integreres inn i kunnskapen man allerede har og gi et mer helhetlig bilde av barnet. Til slutt har jeg drøftet hvilke plasseringstiltak som er aktuelle for barn med ASF, og hvorfor de er aktuelle. Her trekker jeg inn hensyn man må ta med tanke på barnets beste, forsvarlighet, alvorlighetsgrad på diagnosen og andre faktorer i og rundt barnet.

5.2 Konklusjon

Ut i fra dette kan vi trekke noen konklusjoner om arbeidet med barn med ASF.

Problemstillingen min var: *hvordan legge til rette for barn med autismspekterforstyrrelser under barnevernets omsorg?* Gjennom kunnskapen jeg har tilegnet meg i denne oppgaven vil jeg belyse viktigheten av faglig kompetanse. Først har vi den barnevernsfaglige kompetansen, som tar for seg et bredt kompetanseområde. Relasjon, traumebevisst arbeid og miljøterapi, som jeg har fokusert på, spiller en vesentlig rolle i institusjonsarbeid, der barna blir møtt der

de er, respektert og tatt vare på. Videre vil jeg poengtere at i de tilfeller hvor man får plassert et barn med de unike behovene et barn med autisme har, kreves det diagnosespesifikk kunnskap. Hvordan denne kunnskapen tilegnes kan nok variere, men det viktigste er at de ansatte er i stand til å forstå barnet, og dets uttrykksmåter og atferd. Til slutt har vi plasseringstiltak. Jeg har vært innom barnebolig, enetiltak og institusjon. De har alle sine fordeler og ulemper, men barnebolig og enetiltak skiller seg ut i den forstand at de har gode muligheter til å gi sine ansatte faglig påfyll. Enetiltak har også unike muligheter til å tilrettelegge miljøet rundt barnet, noe barn med ASF er helt avhengige av for å fungere i det daglige livet. Hvilket plasseringstiltak, hvor stort behov for tilrettelegging det er og dermed hvor stort behov for kompetanse vil trolig variere stort med alvorlighetsgraden på barnets diagnose, men allikevel ser jeg et tydelig behov for kompetanse om diagnosen for å gjøre et godt arbeid.

5.3 Hva kunne vært interessant å se mer på?

I forbindelse med denne oppgaven har jeg utforsket mye litteratur. Dette har gjort at enkelte aspekter ved teamet har blitt valgt bort fra oppgaven. Blant annet kunne det vært interessant å utforsket arbeid med barnets medvirkning når barnet har en autismspekterforstyrrelse. Det hadde også vært interessant å se litt på komorbiditet, da mennesker med autisme ofte får tilleggsdiagnoser. Til slutt tenker jeg at et veldig relevant tema å diskutere videre vil være hvilke hjelpetiltak man kan sette inn i familien før omsorgsovertakelse, og hvordan disse fungerer.

Referanseliste

- Autismeforeningen. (u.å.). *Autismespekteret- en kort innføring*. Hentet fra Autismeforeningen i Norge: <https://autismeforeningen.no/informasjonsmaterieill/autismespekteret-intro/>
- Autismeforeningen. (u.å.). *Jobber du med autismespekterforstyrrelser?* Hentet fra Autismeforeningen i Norge: <https://autismeforeningen.no/m%C3%A5lgrupper/fagpersoner/>
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2019, 1.juli). *Helse- og omsorgssektorens tjenester i kommunen*. Hentet fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet: https://bufdir.no/Barnevern/Fagstotte/Samarbeid_mellom_helse_og_barnevern/Tilbud_og_tjenester/Helse__og_omsorgssektorens_tjenester/
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2019, 3.mai). *Rett tilbud til barnet*. Hentet fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet: https://bufdir.no/Barnevern/Fagstotte/Samarbeid_mellom_helse_og_barnevern/Tilbud_og_tjenester/Rett_tilbud_til_barnet/
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2019). *Utredning av kompetansehevingstiltak i barnevernet*. Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2020, 2.januar). *Barnevernsinstitusjoner*. Hentet fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet: https://bufdir.no/Barnevern/Tiltak_i_barnevernet/Barnevernsinstitusjoner/
- Barnekonvensjonen. (2003). *FNs konvensjon om barnets rettigheter: Vedtatt av De Forente Nasjoner den 20. november 1989, ratifisert av Norge den 8. januar 1991: Revidert oversettelse mars 2003 med tilleggsprotokoller*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.
- Barnevernloven. (1992). Lov om barneverntjenester (LOV-1992-07-17-100). Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/1992-07-17-100>
- Broberg, A., Almqvist, K., & Tjus, T. (2006). *Klinisk barnepsykologi. Utvikling på avveier*. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.
- Bunkholdt, V., & Sandbæk, M. (2012). *Praktisk barnevernsarbeid* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fjæran-Granum, T. (u.å.). *Autisme og sanseopplevelser- Leksjon 1: Hva er persepsjon og hvorfor har det noe med ASD å gjøre?* Hentet fra Fjæran- Granums spisskompetanseservice: <https://spisonline.simplero.com/page/149474?fbclid=IwAR3fzgEuER8vnrc0dJ6j8QAcZP8YeCXGFnK-QFHhXFtZQ2up8-in3glStol>
- Fjæran-Granum, T. (u.å.). *Autisme og sanseopplevelser- Leksjon 2: Hvordan kan det oppleves å ha en annerledes persepsjon?* Hentet fra Fjæran- Granums spisskompetanseservice: <https://spisonline.simplero.com/page/149494?fbclid=IwAR3fzgEuER8vnrc0dJ6j8QAcZP8YeCXGFnK-QFHhXFtZQ2up8-in3glStol>
- Fjæran-Granum, T. (u.å.). *Autisme og sanseopplevelser- Leksjon 3: Hvordan kan vi støtte personer med en annerledes persepsjon?* Hentet fra Fjæran- Granums spisskompetanseservice: <https://spisonline.simplero.com/page/149494?fbclid=IwAR3fzgEuER8vnrc0dJ6j8QAcZP8YeCXGFnK-QFHhXFtZQ2up8-in3glStol>

- Folkehelseinstituttet. (2018, 12.november). *Litteratursøk*. Hentet fra Helsebiblioteket:
<https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/lage-og-oppdatere-fagprosedyrer/litteratursok>
- Grunnloven. (1814). Kongeriket Norges Grunnlov (LOV-1814-05-17). Hentet fra:
<https://lovdata.no/lov/1814-05-17>
- Grøholt, B., Garløv, I., Weidle, B., & Sommerschild, H. (2015). *Lærebok i barnepsykiatri* (5. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Handegård, T. L., Bliksvær, T., Eide, A. K., Gjertsen, H., & Lichtwarck, W. (2007). *Barnebolig- beste eller nest beste alternativ?* Bodø: Nordlandsforskning.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Larsen, E. (2018). *Miljøterapi med barn og unge. Organisasjonen som terapeut*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. (u.å.). *Barnevernspedagog- studiets oppbygning*. Hentet fra NTNU- barnevernspedagog: <https://www.ntnu.no/studier/hsgbvb/oppbygning>
- Norsk Helseinformatikk AS. (2020, 22.januar). *Autismespekterforstyrrelser- prognose*. Hentet fra Norsk Helseinformatikk AS: <https://nhi.no/sykdommer/barn/autisme/autisme-prognose/>
- Norsk Helseinformatikk AS. (2020, 21.januar). *Autismespekterforstyrrelser-oversikt*. Hentet fra Norsk Helseinformatikk AS: <https://nhi.no/sykdommer/barn/autisme/utviklingsforstyrrelser-hos-barn/?page=all>
- NOU 2020:1. (2020). *Tjenester til personer med autismespekterforstyrrelser og til personer med Tourettes syndrom*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- RVTS. (u.å.). *Traumebevisst ordliste*. Hentet fra Traumebevisst:
https://www.traumebevisst.no/ordliste/traumebevisst_ordliste.pdf
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller briste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg.). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.
- Skau, G. M. (2011). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med med mennesker*. (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Statlig spesialpedagogisk tjeneste. (2020, 15.januar). *TEACHH gir struktur og oversikt*. Hentet fra Statlig spesialpedagogisk tjeneste:
<https://www.statped.no/autisme/autismespekterforstyrrelser-og-tilrettelegging2/teachh-gir-struktur-og-oversikt/>
- Stokke, G. (2011). Differensialdiagnostiske kriterier for autismespekterforstyrrelse og tilknytningsforstyrrelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 529-534.
- Tetzchner, S. v. (2018). *Utviklingspsykologi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Vermeulen, P. (2008). *Jeg er noe helt spesielt. Psykoedukasjon for mennesker med autisme og Aspergers syndrom*. Oslo: Universitetsforlaget.

