



Astrid Blokkum

Risikovurdering av barn og unge.

Erfaring med risikovurdering av barn og unge i
barnevernfeltet

Mars 2021



Kunnskap for en bedre verden

Risikovurdering av barn og unge.

Erfaring med risikovurdering av barn og unge i barnevernfeltet

Astrid Blokkum

Master i Barnevern

Innlevert: Mars 2021

Hovedveileder: Marianne Nilsen

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Institutt for sosialt arbeid

Forord

Endelig er masteroppgaven levert, og jeg gleder meg til livet etter masteren, til å bruke tiden på alle mine andre hobbyer som har vært tilsidesatt en god stund.

Takk til veileder Marianne Nilsen for utrolig god veiledning og evne til å sette deg inn i en oppgave du ikke fulgte fra starten av. Du har ryddet opp mye rot og lært meg masse om rolleforståelse når man forsker i sitt eget fagfelt. Du har pushet meg frem når jeg trodde jeg gikk tom for tid, og lært meg at alt trenger ikke skje med en gang.

Takk til min familie og svigerfamilie som har passet unger og stilt opp. Dette har ikke gått uten dere. Takk til Silje for lesing av utkast, mental støtte og hjelp. Takk til alle mine andre venner for faglige diskusjoner og innfallsvinkler.

Takk til barna mine, for at dere tegnet med sprittusj på notatene mine og brukte artiklene til tegneark, det er alltid kjærkomment med en rosa strekmann eller en krusedull i all lesing. Det minner en på at det finnes et annet liv etter masteren, som er viktigere.

Og ikke minst takk til samboer Leif Stian for at du alltid holder ut, alltid er tilgjengelig og sørget for at lørdags kveld alltid var vår kveld. Det har vært en vanvittig viktig pause og så utrolig godt å snakke om andre ting.

Astrid

Mars 2021

Sammendrag

Denne masteroppgaven omhandler informantenes erfaring med risikovurdering av barn og unge i barnevernsfaglig arbeid. Spørsmålene for oppgaven har vært hva kan risikovurderinger bidra med inn i barnevernsfaglig arbeid. Har dagens risikovurderinger noen mangler? Det er i dag utarbeidet flere rapporter som viser til manglende kompetanse på risikovurdering hos sosialarbeidere, og at plasseringer som gjøres av barn og unge på institusjon virker tilfeldige. Kan risikovurderinger bidra til mer kunnskap om barnet og sikre bedre tiltaksvalg?

Denne oppgaven har utgangspunkt i et sosialkonstruktivistisk kunnskapssyn, virkeligheten slik vi oppfatter den er konstruert. Denne type konstruktivisme skjer igjennom språket, og er også begrenset igjennom språket. Fakta og hva som er en sannhet oppstår først når mennesker i fellesskap er enige om den og praktiserer den.

Som grunnlag for innhenting av data er kvalitativ metode brukt, hvor det ble gjort 6 dybdeintervju av 7 informanter som jobber innenfor fagfeltet barnevern. Oppgaven tar utgangspunkt i forståelsen til Christensen og Kojans (2016) beslutningsteori for å danne en forståelse av hvor komplekst barnevernsfaglig arbeid er. samt forståelsen av risk, need and responsivity modellen (Bonta og Wormith 2014), som viser hvordan risikovurderingene er forstått.

Hovedfunnene i denne oppgaven er at risikovurderinger kan bidra til å systematisere den kunnskapen som finnes, samt å bidra til å skape et helhetsblikk i komplekse saker hvor det er mer enn ett grunnproblem. Slik dagens risikovurderinger i dag brukes, blir barnet som oftest ikke snakket med i forbindelse med en risikokartlegging. Barn og unge har således ikke mulighet til å kunne påvirke eller uttale seg om risikokartleggingen før den er konkludert. Alle informantene var kritiske til den manglende medvirkningen barn og unge hadde i denne prosessen. Det kom frem at beskrivelsen av den psykiske helsen var mangelfull og underrapportert. Noe som ifølge informantene førte til feil tiltaksvalg og uplanlagte flyttinger. Informantenes erfaring var at ved en felles forståelse rundt en risikokartlegging, la det grunnlaget for bedre tverrfaglig samarbeid på tvers av tjenester.

En risikovurdering vil kunne tilføye den systematikken som mangler i dagens barnevernsarbeid. Samtidig trenger de systematiske risikovurderingene en gjennomgang, slik at den psykiske helsen blir bedre utredet i kartleggingen, og at barnets stemme blir et naturlig bærende element

Summary

This thesis is about child-welfare workers experiences with risk assessments of children and teenagers in the child-welfare industry. The questions making the baseline for the thesis have been; how can risk assessment contribute to the work in child welfare? Are there any flaws to the most commonly used risk assessments? There are several recent reports highlighting a lack of knowledge about risk assessments in child welfare workers. This can make the decision-making process when rehoming children and teenagers seem random. Can risk assessments to more knowledge about the child/teen and therefore better choices when relocating?

The theoretical knowledgebase in this thesis is based on social constructivism, where reality recognizes learners construct new understandings and knowledge, integrating with what they already know. This type of constructivism both takes place and is limited by our language. Facts and what is perceived to be true only occurs when humans in community agree and practices it.

The method to collect data is qualitative methodology. Six in-depth interviews with seven informants from different areas of expertise within child welfare were conducted. The understanding of Christensen og Kojans (2016) decision-making theory forms the basis to comprehend the complexity in work and decision-making in the child welfare industry. As well as the understanding of the risk, need and responsivity model (Bonta og Wormith 2014), which shows how we interpret the risk assessments themselves.

The main finding from gathering information while working with this thesis is that risk assessments contribute to a better process when systemizing and organizing knowledge and information about each child. Further the risk assessments can help give a holistic view in complex cases where there are several pressing issues. With the way risk assessments are being used today, the child is often not spoken to during the risk assessment process. This way of working does not give the children the opportunity to influence or comment on the risk assessment. All the informants interviewed expressed critical views to the lack of influence given and the lack of description when it comes to mental health issues. This in turn led to unfortunate placements and unplanned relocations. All the informants expressed that a

common understanding on how to work with risk assessments made the basis for better interdisciplinary cooperation amongst the different fields in child welfare.

A risk assessment would be able to add the systematics that is missing in today's child welfare methods. At the same time the risk assessments are in need of a review to better highlight the child's mental health and at the same time making the child's voice a natural element in the process.

Innhold

Forord.....	1
Sammendrag.....	2
Summary	3
1. Innledning	7
1.1 Problemstilling	7
1.2 Begrepsavklaring.....	7
1.3 Forkortelser	8
1.4 Masteroppgavens struktur.....	9
2. Utviklingen av dagens risikovurderinger.....	10
2.1 Risikomanualenes utvikling i Norge.....	10
2.2 Anbefalinger fra helsedirektoratet	11
2.3 Risikomanualenes oppbygning	12
2.4 Predikering	13
3 Teorigrunnlag.....	18
3.1 Risk, need and responsivity modellen	18
3.2 Aggresjonsteori	20
3.3 Beslutningsteori.....	20
3.3.1 Vitenskapelig kompleksitet	20
3.3.2 Normativ kompleksitet	21
3.3.3 Menneskelige kompleksitet	22
3.3.4 Systemkompleksitet.....	22
3.3.5 Kompleksitetsteorien	23
4 Metodisk tilnærming	24
4.1 Kvalitativ metode i form av intervju.....	24
4.2 Sosial konstruktivisme.....	24
4.3 Intervjuer	25
4.3.1 Utvalg	25
4.3.2 Gjennomføring av intervjuene	26
4.3.4 Personvern.....	27
4.4 Stedvis deduktiv induktiv metode.....	27
4.5 Forskerrollen	28
4.6 Reliabilitet og validitet	29
4.6.1 Validitet.....	29
4.6.2 Reliabilitet	30

4.7 Etikk	30
5. Funn	32
5.1 Systematikk/systematisering	32
5.2 Kartlegging til rett tid	35
5.3 Kompetanse på bruk av risikovurderingsverktøy	38
5.4 Barnets medvirkning	39
5.5 Formidling av resultater	40
5.5.1 Institusjon – vurderinger gjort før og etter plassering	45
6. Diskusjon	48
6.1 Kartlegging for å skape systematikk.....	48
6.1.1 Systematisering av kunnskap.....	48
6.1.2 Barneverntjenesten	49
6.1.3 Institusjon.....	56
6.2 Kartlegging til rett tid	61
6.2.1 Konsekvensene av for sen eller feil kartlegging.	63
6.3 Kompetanse på bruk av risikovurderingsverktøy	65
6.4 Barnets stemme	66
6.5 Formidling og forståelse av resultater.....	68
6.5.1 Skåren på risikovurdering og institusjonsvalg	70
6.5.2 Innhenting av informasjon til kartlegging.....	71
6.6 Tverrfaglig samarbeid	76
7. Avslutning.....	80
Referanser	82
Vedlegg.....	85
Vedlegg 1: Intervjuguide.....	85
Vedlegg 2 NSD sin vurdering	87

1. Innledning

Denne oppgaven handler om risikovurdering av barn og unges skadelige adferd. De siste årene har det vært mye kritikk fordi beslutningene som blir gjort i barnevernet virker å være tilfeldige og ikke basert på nok informasjon. I rapporten Akutt – for hvem (Storhaug mfl. 2020) kommer det faglige anbefalinger om at det er et behov for kompetanseheving i akuttarbeidet, spesielt i forhold til risikovurderinger, for å kunne forhindre akutt plasseringer. Det kan tolkes som at bedre informasjon og kartlegging i forkant av akuttplasseringen kunne ha forhindre akuttplassering. Denne oppgaven ser på hvilken erfaring informantene har med bruk av risikokartlegging i barnevernssektoren. Dette blir gjort ved 6 dybdeintervju av 7 informanter om deres praktiske erfaring med risikokartlegging og hvordan risikokartlegging påvirket deres beslutnings og tiltaksvalg innenfor barnevernssektoren.

Gadamer var kritisk til at man tok valg basert på kun evidensbasert kunnskap, fordi dette hindret sosialarbeideren til å ta de gode kloke valgene for det som var rett i situasjonen (Steinsholt og Juul 2019). Basert på tanken til Gadamer, vil det å hente inn holdninger og erfaringen til fagfolk som jobber direkte opp mot barn, unge og deres familier bidra til mer kunnskap om risikovurderingers bidrag i arbeidet med barn og unge. Det ene handler om hva man kan lese om av risikovurdering rent teoretisk, men hvordan fungerer det i praksis er og en viktig kunnskap.

1.1 Problemstilling

Hvilke holdninger og erfaringer har fagfolk som jobber innenfor barnevernssektoren med risikovurdering av barn og unge?

1.2 Begrepsavklaring

Risikovurdering: En metode å systematisere og innhente kunnskap på. Risikovurdering sier noe om sannsynligheten for at noe skal skje. Dette gjøres ved å finne ut hvilke risikoelementer som finnes, konsekvensene av disse og sannsynligheten for at de skal skje (Aven 2010).

Barn og ungdom: I denne oppgaven betegnes ungdom i alderen 12 til 18 år. Barn under 10 år er ikke tatt med i denne oppgaven, da det skal utvises særlig skjønn ved bruk av risikomanualer på aldersgrupper under manualenes anbefalte alder.

Skadelig adferd: Med skadelig adferd menes det all adferd som setter ungdommen eller andre i fare på lang eller kort sikt. Eksempler på skadelig adferd er rømming, rusing, utøvelse av fysisk, psykisk eller seksuell vold. Å gjøre seg selv til offer, ved for eksempel å oppsøke farlige situasjoner eller mennesker (Print mfl. 2012; Viljoen mfl. 2014).

Risikoområder: de områdene i ungdommens liv som bidrar til økt risiko for skjevutvikling, for eksempel dårlig nettverk, rus, foreldre med dårlig omsorgsevne. Risikoområder omtales forskjellig i de forskjellige manualene, det kan for eksempel også betegnes som svakheter eller problemområder (Print mfl. 2012; Viljoen mfl. 2014).

Ressursområder: De områdene i ungdommens liv som minske risiko for skjevutvikling: slikt som prososiale holdninger, foreldre med god omsorgskompetanse, positive hobbyer og venner. Avhengig av manual kan ressursområder for eksempel omtales som styrker (Print mfl. 2012; Viljoen mfl. 2014).

Dynamiske risikofaktorer: De risikofaktorer som kan endres, for eksempel kan man begynne å røyke hasj, man kan og slutte å røyke hasj (Print mfl. 2012; Viljoen mfl. 2014).

Statiske risikofaktorer: De risikofaktorene man ikke kan endre, slikt som vanskjøtsel i barndommen, tidligere utøvd vold eller seksuelle handlinger (Print mfl. 2012; Viljoen mfl. 2014).

1.3 Forkortelser

I oppgaven brukes det noen forkortelser, under her kommer forkortelsene og hva de står for.

Buudir- Barne, ungdoms og familiedirektoreatet

Bufetat – Barne, ungdoms og familieetaten

Bup- Barne og ungdoms psykiatrisk poliklinikk

Skv – Strukturert klinisk vurdering

Yls/cmi- Youth level of servise/case management index

Rnr-modellen – risk, need and responsivity modellen

Nit- Nasjonalt inntaksteam (Heter nå Nabe, nasjonal enhet for behandlingstiltak)

1.4 Masteroppgavens struktur

Denne oppgaven er delt inn i sju kapitler. Kapittel en er innledningen med problemstilling. Kapittel to handler om den historiske bruken av risikovurderinger og utviklingen av de manualene man bruker i dag. Kapittel tre omhandler teorigrunnlaget som danner min forståelse av hvilke teorier man kan forstå temaet i. Kapittel fire er den metodiske tilnærmingen, hvordan innhenting av informasjon er innhentet og i hvilke rammer. I kapittel 5 presenteres funnene fra intervjuene. Kapittel 6 er drøftingen av funn og teori. Kapittel 7 er avslutningen hvor konklusjonen fra funnene presenteres. Etter dette kommer referanselisten og vedleggene til oppgaven.

2. Utviklingen av dagens risikovurderinger

Risikomanualer har sitt opphav i rettspsykiatrien og har etter hvert blitt utformet til å passe barn og unge med problematisk adferd. Dagens risikomanualer utformes ofte i samarbeid med, eller oversettes til norsk av de regionale sikkerhetsavdelingene i Norge. Dagens risikomanualer er mer sammensatte og komplekse enn sine forgjengere og man vektlegger flere elementer enn de tidligere risikovurderingene (Bonta og Wormith 2014). Fagdiskusjonen rundt dagens risikovurderinger er hvordan de skal bli enda mer treffsikre, og her tyder forskning på at biopsykososiale modeller kan bidra med dette (Eriksen mfl. 2018).

2.1 Risikomanualenes utvikling i Norge

Siden det første rettspsykiatriske sykehuset, Kriminalasylet, åpnet i 1895 har det vært gjort vurderinger på hvem som var for psykisk syke eller farlige til å være i vanlige fengsel. I dag finnes det i Norge tre regionale sikkerhetsavdelinger, Dikemark, Brøset og Sandviken.

Pasienter som er dømt til psykisk helsevern har vært igjennom en psykiatrisk undersøkelse og det har foretatt en risikovurdering for gjentakelsesfare. På bakgrunn av utviklingen innenfor rettspsykiatrien, har det blitt forsket på og utviklet risikomanualer som skal være mer treffsikre, som støtte til de rettspsykiatriske vurderingene (Bjørkly mfl. 2014). Det er disse risikomanualene som er forgjengeren til risikomanualene som brukes på barn og unge i dag, for å måle risiko for blant annet gjentakelsesfare.

Fra 1990 har det vært en betydelig utvikling av risikomanualer både på voksne og på barn. Man erkjente at barn også kunne være overgripere og de første risikomanualene for gjentakelsesfare for seksuelle overgrep ble utformet. Disse manualene var hentet fra voksenpsykiatrien (Askeland, Jensen, og Moen 2017). Utover 1990-tallet ble det forsket mer på barn og unges seksuelle adferd, og fokuset endret seg fra å ha ytre kontroll på barna, til et mer utviklingsfokuseret perspektiv, hvor behandling og utvikling av barnet ble fokuset. Med andre ord endret risikomanualene seg fra å kartlegge hvem samfunnet skulle beskyttes mot, til å få et fokus på å hjelpe de som hadde begått skadelige handlinger. I dag er tanken at barn og unge har mulighet for å endre adferd om man setter inn tiltak tidnok. Derfor er risikomanualene utformet slik at de skal kartlegge problematikken til barn og unge, og si hvilke tiltak som trengs for å skape endring (Askeland mfl. 2017).

Dette har ført til at risikomanualene har blitt mer tilpasset barn og unge. Manualene har gått fra å være statiske, til å bli mer dynamiske fordi man ser at det finnes muligheter for utvikling og endring hos de som vurderes. De siste manualene som har blitt utviklet har hatt en stor vektlegging av beskyttelsesfaktorer og ressurser (Askeland mfl. 2017; Bjørkly mfl. 2014). Noen av manualene som er utviklet til bruk i voksenpsykiatrien er det også utviklet en ungdomsversjon av. Ungdomsversjonene er tilpasset barn og unge i et bestemt aldersspenn, og er basert på den forskningen man har på akkurat den aldersgruppen med den bestemte problematikken (Bjørkly mfl. 2014), slik som Start:AV (Viljoen mfl. 2014).

I dag brukes det innenfor forskjellige etater forskjellige kartleggingsverktøy som gir en pekepinn på risikoen for gjentakelsesfare eller skjevutvikling. Bufetat og Bup er de som benytter risikovurdering mest systematisk for å kartlegge en bestemt problematikk og vurdere behandling. Da brukes manualene for å kartlegge behandlingsbehov eller valg av tiltak, som for eksempel plassering i institusjon.

Hos barn og unge måles risikofaktorene opp mot beskyttelsesfaktorer og annen kunnskap slik at man kan vurdere risikoen for skjevutvikling eller gjentakelse av skadelig adferd. Akutt plasseringer er ofte preget av at beslutninger må tas kjapt, og beslutningsprosessene som blir basert på klinisk intuisjon og faglig skjønn. Slike slutninger er effektive og funksjonelle, men kan føre til feilslutninger fordi de er basert på en begrenset mengde informasjon. Beslutninger som tas av fagfolk i barnevernet påvirkes av menneskelige, normative, vitenskapelige og systemkompleksitet (Christensen og Kojan 2016). Dette betyr at det er mange faktorer som påvirker beslutningene man skal ta og det finnes alltid en risiko for at man tar feil beslutninger, fordi man har for lite informasjon, eller tolker informasjonen feil. I rapporten til Barneombudet «De tror vi er shitkids» (2020) kommer det òg frem at hjelpetiltak og plasseringer i institusjon virker tilfeldige. Det nevnes at barn blir boende for lenge under for dårlige omsorgskår og at saker som ikke burde blitt henlagt henlegges. Det er behov for en annen type strukturering av informasjonen innenfor feltet barnevern (Barneombudet 2020).

2.2 Anbefalinger fra helsedirektoratet

Helsedirektoratets anbefalinger er å bruke strukturert klinisk vurdering på barn med problematiske adferdsuttrykk. Dette betyr å bruke risikomanualer som kan kartlegge hvilke risikoområder det bør være fokus på, samt hvilke ressurser og styrker som kan minske risikoen og hvilke tiltak man bør sette inn. Dette krever at den som tar risikovurderingen har

et helhetsblikk og greier å sammenfalle manualens risikoområder med individspesifikke risikofaktorer (Print mfl. 2012; Viljoen mfl. 2014). Det påpekes at det er viktig å utforme risikosenarioer sammen med strategier for å håndtere disse og konkrete risikoformuleringer. Viktige elementer innenfor en slik utforming er: hvilken type vold er det, hva fremmer volden, hva svekker ungdommens selvregulering og konsekvensvurdering? Informasjonen om årsaker til ungdommens vold gir grunnlaget for utforming av individuelle risikoscenarioer. Hovedfokuset til strukturerte kliniske vurderinger er å finne de dynamiske risikofaktorene og legge en strategi og behandlingsplan for å endre disse risikofaktorene (Helsedirektoratet 2018).

2.3 Risikomanualenes oppbygning

Risikomanualer kan være bygd opp forskjellig avhengig av hva den skal måle og hvordan informasjonsinnhenting foregår. De fleste manualer ser på de statiske og dynamiske risikofaktorer kombinert med ressurser eller styrker for å kunne si noe om sannsynligheten for at en risiko skal forekomme. Disse punktene finner man igjen i risikofaktorer for barn og unge, men her vil man i tillegg finne en del som handler om omsorgspersonenes fungering (Askeland mfl. 2017; Print mfl. 2012; Viljoen mfl. 2014).

Den statiske delen vil for eksempel være forhistorien vår, hendelser som allerede har skjedd, som man ikke kan endre. Disse hendelsene er ofte utgangspunktet for at man tar en risikovurdering, og det er disse statiske faktorene som er med å styre hvilken type risikomanual som burde brukes. Oftest brukes risikomanualer for å si noe om risikoen for gjentakelsesfare eller videreutvikling av negativ adferd. Ved å ha en forhistorie med vold for eksempel, vil man på de statiske elementene i utgangspunktet alltid score «middels høyt» i risiko for gjentakelsesfare. Det krever derfor at den som tar risikovurderingen har nok informasjon om ungdommen man skal vurdere, slik at man med de individuelle og dynamiske faktorene kan si noe om dagens situasjon (Helsedirektoratet 2018).

Den dynamiske delen handler om de risikofaktorene som kan endres -slikt som ungdommens holdninger, rusproblematikk, bosituasjon, støtte fra foreldre og sosialt nettverk. De tiltakene som blir bestemt utformes på bakgrunn av hvilke dynamiske faktorer som må styrkes for å skape en varig endring hos ungdommen.

Som et eksempel kan man ta Ola på 15 år som har en historie med mye vold og kriminalitet, såkalte statiske elementer. Han hadde tidligere unngått voksenkontroll, vært i belastet rusmiljø

og ruset seg på narkotika og begått grove knivran. Med slike erfaringer vil han automatisk score høyt på statiske risikofaktorer. Nå har Ola gjort noen endringer i livet, det er de dynamiske risikofaktorene. Han har flyttet vekk fra byen han soknet til, vært igjennom et lengre opphold på ruskollektiv, fått seg positive hobbyer og startet på skolegangen igjen. Ola har levert negative rusprøver siden han ankom rusinstitusjonen, og fått voksne mennesker han stoler på og holder avtaler. De dynamiske faktorene tyder på en stor endring, noe som gjør gjentakelsesfaren for vold og kriminalitet blir lavere enn i starten. Denne vurderingen vil kun være gyldig så lenge han bor i kollektivet. Idet øyeblikket Ola skal ut og mestre selv igjen, må man gjøre en ny risikoanalyse, fordi de dynamiske elementene endres, han velger å flytte tilbake til hjembyen han sokner til, hvor det tidligere negative nettverket han omgikk holder til. Tenker man at han har utviklet en egenkontroll som er såpass sterk at han greier å stå imot presset fra tidligere bekjentskaper på egen hånd? Mest sannsynligvis ville den risikovurderingen på Ola vært noe forhøyet igjen ved utskrivning av kollektivet, avhengig av hvor han ville ha flyttet og videre oppfølging. Tiltak må tilpasses de situasjonene Ola til enhver tid er i.

Risikovurdering handler om bruk av klinisk skjønn og kunnskap om hvordan endringer påvirker oss generelt og hvordan endringer påvirker det enkelte individet. Slike vurderinger baserer seg på evidensbasert kunnskap, det vil si teorier som har forankring i forskning. Det er mye som må hensyntas basert på alder, kjønn, etnisitet, kulturell bakgrunn, kognitive evner og mer. Dette gjør at en risikovurdering aldri er en fasit med to streker under. Denne type vurdering vil kunne, sammen med annen informasjon, bidra til å vurdere risikofaktorer og hvilke tiltak som bør tas med videre (Helsedirektoratet 2018). Derfor er det viktig at en risikovurdering er dynamisk og endres i tanke med individets og kontekstens endringer.

2.4 Predikering

Predikering av skadelig adferd handler om å kunne forutsi hvor stor sannsynlighet det er for at en risikoadferd skal gjentas under gitte omstendigheter. Samt hvilke betingelser som må være til stede for at denne adferden skal finne sted. Det er stor uenighet i hvor treffsikre de forskjellige risikomanualene er for å si noe om sannsynligheten for gjentakelse (Eriksen mfl. 2018). Likevel pekes det på at risikovurderinger i dag er så individtilpasset og så godt utviklet at de skal være ganske treffsikre, men likevel ikke opp i 80 til 100% som er ønskelig (Bonta og Wormith 2014).

Forskning viser at det er lettere å si noe om sannsynligheten for gjentakelsesfaren for generell kriminalitet, enn for seksuell vold (Spice mfl. 2012). Hos seksualforbrytere finner man ingen

generell risiko eller beskyttelsesfaktorer som kan direkte linkes opp mot gjentakelsesfare, mens på generell kriminalitet finner man at risikofaktorer som vanskjøtsel, fysisk og psykisk vold i barndommen, øker sannsynligheten for å utøve og gjenta generell vold (Spice mfl. 2012).

Innenfor akuttpsykiatrien har man sett at ved å kjenne pasientenes historikk om tidligere aggressiv adferd og psykopatologiske variabler gir god innsikt i å kunne si noe om sannsynligheten for utøvelse av vold i nær fremtid (Amore mfl. 2008). Dette stemmer også overens med utviklingen av Brøset Violence Checklist (BVC), som ved å krysse av på 6 punkter, vil kunne si noe om sannsynligheten for utøvelse av vold det nærmeste døgnet (Almvik, Woods, og Rasmussen 2000). Slike risikovurderinger brukes i dag i barnevernsinstitusjoner før ungdommene kommer på avdelingen akutt, eller forut for en aktivitet. Risikovurdering før aktivitet blant annet er et kvalitetskrav fra blant annet arbeidstilsynet og Bufetat, for å kunne ivareta egen og ungdommenes sikkerhet.

De risikomanualer som i dag brukes på barn og unge, er forskjellige avhengig av hva man skal bruker de til. De varierer i metode for informasjonsinnhenting, lengde på gyldighet av målingene og hva de måler. Noen risikovurderinger er generelle og samler inn mye informasjon ved flere aspekter i ungdommens liv. Mens andre fokuserer på en bestemt type adferd, som uønsket seksuell adferd. Felles for de fleste risikomanualene er at de er gyldige kun en bestemt tid fremover og ved endringer i livssituasjonen vil man måtte gjøre en ny risikovurdering for at den skal kunne ha gyldighet (Print mfl. 2012; Viljoen mfl. 2014). Dette betyr at risikovurderinger er ferskvare, og at det kontinuerlig må vurderes om det er behov for en ny risikovurdering om konteksten eller informasjonen man har endrer seg.

Ved utførelse av risikovurdering forutsettes det at den som foretar risikovurderingen har god kjennskap til verktøyet den bruker, og derav kjenner til begrensingene med de forskjellige manualene og hvilke risikoer de forskjellige manualene kartlegger. Eksempelvis skal man gjøre en AIM (Assessment Intervention Moving-on) kartlegging på en jente, bør man ha kjennskap til at mesteparten av forskningen som er gjort på seksuell skadelig adferd er basert på gutter/menn, og at man må ta hensyn til dette under kartleggingen og skåringene. AIM modellen fraråder å bruke deler manualen til jenter, på grunn av faren for å mistolke gjentakelsesrisikoen (Print mfl. 2012).

Den som tar risikovurderingen bør ha kjennskap til forskning på de ulike områdene risikomanualen tar for seg, det handler blant annet om kjønnsforskjeller og individforskjeller

(van der Put og de Ruiter 2016). Man må kunne se endring i individet, slik at betydningen av de statiske og dynamiske faktorene tas hensyn til. Den historiske skåren til statiske faktorer vil være den samme uansett hvor lang tid det har gått siden den kriminelle handlingen. Derfor er det viktig å ha kunnskap om endringer i de dynamiske faktorene og hvor mye de skal vektlegges hos hvert enkelt individ (Print mfl. 2012; Viljoen mfl. 2014).

I en risikovurdering finnes det en mulighet for at ungdommer får feil risikoskåre. Man kan for eksempel skåre for lavt, fordi de har begått få men alvorlige lovbrudd, hvor de i tillegg mange beskyttelsesfaktorer og fungerer tilsynelatende adekvat i en normalhverdag. Eller man kan skåre en ungdom for høyt, ved at den har mange risikofaktorer og man har feiltolket beskyttelsesfaktorene. Her kommer det kliniske vurderingen inn, hvor man må evne å se helhetsbildet sammen med de individuelle faktorene (Helsedirektoratet 2018; Print mfl. 2012; Viljoen mfl. 2014). Det er viktig med gode informasjonskilder, har man for lite informasjon eller sitter med feilinformasjon vil man skåre feil og gjøre feil vurderinger (Aven 2010; Helsedirektoratet 2018). Når man har skåret en ungdom innenfor eksempelvis lav, moderat eller høy, er det viktig å forstå betydningen av denne skåren (Helsedirektoratet 2018; Viljoen mfl. 2014). Hva innebærer det å ha en høy skåre eller en lav skåre? Greier man ikke å se forbi de beregnede sannsynlighetene og forventningene når man skal vurdere risiko, vil man kunne ende opp med en skåre som kan gi feil svar og inntrykk. En skåre vil alltid være subjektiv og avhengig av den tilgjengelige kunnskapen på tidspunktet risikovurderingen er gjort på (Aven 2010). Derfor er det viktig med en forståelse av hva skåren rent praktisk betyr for de involverte (Helsedirektoratet 2018).

En risikovurdering er en fortolkning av den informasjonen man hadde tilgjengelig på det gitte tidspunktet. Dette betyr at man aldri kan si noe sikkert, fordi situasjoner endrer seg, og utfallet av et risikosenario kan bli noe annet (Kjølberg 2014).

Forskning har vist at under 50% av de som skårer moderat til høyt på gjentakelsesfare gjentar den skadelige adferden. Dette betyr at over 50% vil få en høy skåre med falsk positiv på en risikovurdering for gjentakelsesfare (Fazel, Singh, & Doll, 2012). Det betyr at en risikovurdering kan gi feil risikoskåre på halvparten i en vurdering av gjentakelsesfare. Derfor skal man utvise aktsomhet i å sette inn tiltak basert på generelle antagelser og forskning gjort på gruppenivå. Det å sette inn for inngripende tiltak i en behandling øke risikoen for videreføring av ungdommens problematikk, ikke minske den. Dette poengterer viktigheten av å behandle en risikovurdering på individnivå (Multifunc.org 2020).

Risikofaktorene i seg selv ikke er nok til å bedømme sannsynligheten for noe som helst, uten at man får satt det i et større perspektiv, både opp mot beskyttelsesfaktorer, ungdommens egenopplevelse og miljøpåvirkning. Derfor er det viktig at risikoevalueringen blir tillagt like stor vekt som selve analysedelen (Helsedirektoratet 2018).

Det som kan gjøre risikovurderinger noe mer komplekse er at forskning ønsker å generalisere til et gruppenivå, og en risikovurdering kan ikke generaliseres når den skal tilpasses en ungdom på et individnivå. Derfor er det viktig å forstå hva forskning viser til, men forstå at det kan ha en annen betydning individuelt hos hver ungdom på grunn av de særegne trekk og livshendelser ungdommen bærer med seg. Dette betyr at selv om forskning kan tyde på at gutter har større sannsynlighet for gjentakelse av vold enn jenter, så betyr ikke det at den jenta man risikovurderte passet inn under den beskrivelsen. Forskningen skal være veiledende for å gi oss en forståelse, men den kan ikke erstatte de individuelle forskjellene.

På individnivå vil en risikovurdering kunne kartlegge ressurser, styrker og svakheter ungdommen har hos seg selv og i sitt nettverk. Ved hjelp av en slik vurdering vil man ha større sannsynlighet for å lykkes med å sette inn rett tiltak hos ungdommen forutsett at man er ydmyk i sine påstander og er åpen på at risikovurderingen er en dynamisk prosess, der ting endrer seg på kort og lang tid. En risikovurdering vil derfor ikke være gjeldende over tid (Multifunc.org 2020; Print mfl. 2012; Viljoen mfl. 2014).

Bufdir/Bufetat er den av de etatene i Norge som systematisk risikovurderer en gruppe av ungdommer. De har avtale med Multi Health Systems Inc (MHS) i USA som har rettighetene til manualen Bufetat bruker. Nasjonalt Inntaksteam (NIT) i Bufetat kartlegger alle ungdommer som plasseres i institusjon etter barnevernloven § 4.24/§4.26 med Youth Level of Service/Case Management Inventory (heretter kalt YLS). NIT har endret navn til Nasjonal enhet for behandlingstiltak (NABE) i slutten av 2020 (Bufdir 2020), i denne oppgaven vil jeg likevel omtale det som NIT, da det var det informantene omtalte det som.

Institusjonsplasseringen som kartlegges av YLS er en behandlingsplassering i inntil ett år på grunn av rus- eller atferdsvansker. Ungdommene kartlegges også etter endt institusjonsopphold for å måle endring. Basert på skåren i risikovurderingen vil barna som skal plasseres etter bvl § 4.24/4.26 få et tilbud om institusjonsplassering på adferd lav eller adferd høy (Jakobsen og Kornør 2017).

BUP, som tilhører en annen etat, bruker blant annet kartleggingsverktøyet Start:AV for å kartlegge risikoområder og for å finne behandlingsmuligheter. Tiltakene spisses opp mot de behovene som kommer frem i kartleggingen (St.Olav 2020).

3 Teorigrunnlag

Her vil forståelsen av risk, need & responsivity modellen beskrives. Dette fordi denne er viktig i forståelsen av risikovurderinger, da den forteller hva man måler i en slik vurdering. Videre vil aggresjonsteori beskrives for å danne et bilde av hvordan vår forståelse av aggresjon avgjør hva man legger til grunn for aggressiv eller skadelig adferd. Hvordan fagpersoner forstår og møter aggresjon, påvirker beslutningene som blir gjort i forhold til behandlings og tiltaksvalg. Avslutningsvis i dette avsnittet blir det beskrevet hvordan man kan forstå beslutningene som blir tatt i barnevernet, og hvordan man kommer frem til disse beslutningene. Dette for å skape en forståelse av hvilke prosesser som er til stede for blant annet valg av tiltak og behandling. Christiansen og Kojan (2016) omtaler fire utgangspunkt for å forstå hvordan beslutninger i barnevernet blir tatt. Boken beskriver også «tame & wicked problems». «Wicked problems» er det litt vanskelig å finne et passende norsk ord å oversette til. «Gjenstridige problemer» er muligens en av de bedre beskrivelsene (Christensen og Kojan 2016). Jeg velger derfor å bruke de engelske betegnelsene wicked problems og tame problems i denne oppgaven.

3.1 Risk, need and responsivity modellen

Dagens risikomanualer er 4. generasjons risikomanualer, og de fleste er bygd opp etter prinsippene i risk, need and responsivity model (RNR-modellen) (Bonta og Wormith 2014). Bufetet legger RNR-modellen til grunn i sin målgruppevurdering av ungdom.

Den inneholder tre hovedelementer: risiko, behov og respons (Andrews, Bonta, og Hodge 1990). Det kan også forstås som risiko, drivkraft og behandling.

Risiko sier noe om hvilke personer som må ha behandling. Altså hvem har risiko og hvor høy er den. Personer med høy risiko har behov for et mer intensivt behandlingsopplegg enn de med lav risiko. Lavrisiko personer anbefales å ha lite behandling eller ingen, da forskning har vist at de som har mottatt mer intensiv behandling får økt problemområdene sine og ikke minsket de (Andrews mfl. 1990). Dette er også prinsippene man jobber etter i norsk barnevern, prinsippet om mildeste inngrep.

Behov handler om hvilke risikoområder foreligger, og på hvilke av disse områdene ungdommen trenger behandling. RNR modellen har 8 risikoområder, også kalt de «central eight», under beskrevet av Bonta og Wormith (2014):

Kriminell historie, dette er den eneste statiske faktoren av de sentrale 8. Dette er en oppsummering av hva som har skjedd av kriminelle handlinger tidligere, hvor tidlig debut for den antisosiale adferden, variasjon og frekvens.

Prokriminelle holdninger, dette handler om verdier og normer om man støtter kriminelle handlinger.

Antisosiale personlighetstrekk, dårlig selvkontroll, fiendtlig, søker spenning eller tilfredsstillelse, lite respekt for andre, ufølsom med mere.

Kriminelt nettverk, venner og bekjente som er kriminelle eller støtter kriminell og antisosial adferd.

Utdanning/jobb, hvorvidt man har vansker i skolen eller arbeidssituasjoner. Autoritetsproblemer, mangler interesse for jobb/skole, dårlig gjennomføringsevne eller prestasjoner og manglende ambisjoner.

Familie, handler om problematikken i familien, slik som ustabilitet, dårlige foreldreevner og kriminalitet i familien.

Narkotikamisbruk, da alkohol, narkotika eller andre substanser som gjør at man ikke greier å fungere innenfor sosialt aksepterte rammer, og følge opp slikt som skole, jobb, venner og familie.

Fritid, har ikke prososiale hobbyer eller bruker tiden på sosialt uaksepterte hobbyer.

Respons dreier seg om hvilken type behandling skal man gi, og det er viktig å ta hensyn til personens læringsstil og evner. Kognitiv adferdsterapi har vært den behandlingsmetoden med best effekt, men man må også ta hensyn til biopsykologiske og kulturelle faktorer til personen som skal behandles (Bonta og Wormith 2014).

Hovedmålsetningen ved bruk av RNR-modellen er å finne ut hvem som er i risiko for å videreutvikle kriminell adferd, samt få en oversikt over tilhørende risikofaktorer. Ved bruk av RNR-modeller er man opptatt av hvordan man forstår de individuelle forskjellene og hvilken behandling som har støtte empirisk for å være effektiv på den spesifikke problematikken. Man ønsker også å fokusere behandlingen mot den kriminelle adferden, og tanken er at slik som intensiv psykologisk behandling kun skal iverksettes om dette er til hinder for å nå målene i forhold til kriminalitet. Derfor er ikke generell psykisk helse en av de 8 hovedelementene i denne teorien (Andrews mfl. 1990; Bonta og Wormith 2014).

3.2 Aggresjonsteori

Forståelsen vår av aggresjon er viktig for å vite hva som legges til grunn i vurdering av aggressiv adferd hos andre. Aggresjon viser til en type adferd som har til hensikt å skade en annen (Bjørkly 2001).

Min fagbakgrunn og erfaring vil påvirke hvordan jeg tolker og oppfatter aggresjon. Det er vesentlig om aggresjon forstås og forklares ut fra en sosial-læringsteori slik som Bandura, ut fra en instinktsteori slik som Freud eller Lorenz, eller som en driftsteori slik som Miller (Bjørkly 1997, 2001). Den teoretiske tilnærmingen til forståelsen av aggresjon, vil også være grunnlaget for hvordan man går frem for å sette tiltak for å minske aggressiv skadelig adferd, som et mål i en risikovurdering. Bjørkly (2001) påpeker at det ikke er mulig å forklare aggresjon ved hjelp av bare en teori. Aggresjon er komplekst og blir påvirket av både kontekstuelle, miljømessige og biologiske faktorer.

3.3 Beslutningsteori

Det har i flere år kommet kritikk til barneverntjenestene i Norge om tilfeldighetene ved kartleggingsarbeidet, og at mange alvorlige saker blir henlagt eller for dårlig kartlagt (Barneombudet 2020). For å vise kompleksiteten i beslutninger som blir tatt i barnevernet, vil jeg nå beskrive de fire kompleksitetene som Christensen og Kojan (2016) har beskrevet. Det er vitenskapelig, normativt, menneskelig og systemkompleksitet. De fire kompleksitetene går over i hverandre, men Christensen og Kojan (2016) begrunner nyttigheten av å se på de hver for seg på grunn av ulik karakter og fremtredelsesform.

3.3.1 Vitenskapelig kompleksitet

Det vitenskapelige kompleksitet dreier seg om at valget man skal gjøre i en barnevernssak ikke skal være tilfeldig, men begrunnet i teori som har empirisk støtte. I dag er det forsket mye på barn, unge og risikofaktorer og at man skulle kunne ta velbegrunnede slutninger basert på empiri. Det problematiske med empiri er at den søker å være generaliserbar, altså å passe til en gruppe og ikke enkeltindivid, dette er også problematisert innledningsvis i forhold til risikovurderinger. Det betyr at selv om man ser en tendens til at forskning peker på visse risikofaktorer i et barns liv som mer dominerende for skjevutvikling, behøver det ikke være

slik på individnivå. Fordi man individuelt kan bære med seg noen styrker som ikke kan måles eller som forsvinner når det generaliseres. Vår forståelse fra andre vitenskaper som utviklingspsykologi, medisin eller samfunnsvitenskap vil påvirke hvordan man forstår og fortolker informasjonen man sitter med. Det kan gi et utfyllende helhetsbilde, eller motstridende kunnskap. Når dette skjer, vil normative forhold og verdier få større innflytelse i beslutningsarbeidet. Måten vitenskapelig kunnskap forstås og brukes, påvirkes også av politiske bestemmelser og normative forhold.

3.3.2 Normativ kompleksitet

Normativ kompleksitet handler om hvordan forskjellige samfunn kan trekke forskjellige konklusjoner ut av samme vitenskapelige teori. Vitenskapelige teorier kan skape rom for tolkning eller være mangelfull, vil normer og verdier få større innflytelse i avgjørelsen som skal tas. Dette innebærer at det er samfunnets normer og verdier som blir ledende for avgjørelsene som blir tatt. For eksempel var det for kun noen tiår siden utenkelig at homoseksuelle kunne oppdra et barn sammen i Norge det ville være skadelig for barnet, i dag er ikke dette tema på samme vis. Mandatet til barnevernet er å beskytte barn og gi de samme muligheter til å utvikle seg på best mulig måte, i Norge som er et demokratisk samfunn innebærer dette at beslutningene og praksis er i tråd med normene og verdiene i samfunnet. Kompleksiteten i dette er at man kan innad i et samfunn ha veldig forskjellige verdier og normer. Noen av disse normene eller verdiene trenger ikke være ulovlige, men stride med hva en barnevernansatt tenker er en god nok barneoppdragelse eller vekke avsky hos den ansatte. Dette kan blant annet vises tilbake til den tiden man i Norge systematisk overvåket etniske minoritetsgrupper i Norge (samer, tater) og grep inn der. I dag vil det ikke være tilstrekkelig å være samisk for at man skal foreta en undersøkelsessak. Normer og verdier endrer seg i takt med samfunnet, og slik sett vil noen av de verdier og normer vi har i dag ansees som utenkelige om et tiår eller to. Likevel vil de prege beslutningene som tas, og barnevernsarbeideren må jobbe med å være bevisst sine egne normer og verdier, og finne verdiene til barnet og dens familie.

3.3.3 Menneskelige kompleksitet

Menneskelig kompleksitet gjelder to aspekter, den ene er menneskets kognisjon og det andre er det relasjonelle aspektet. Man benytter seg av to typer kognitive tilnærminger, type 1 slutninger som kjennetegnes av raske, intuitive forenklinger som er ubevisste og stereotype. Man forbinder det faglig skjønn og intuisjon blir forbundet med denne type konklusjoner. Type 1 slutninger er ofte effektive og funksjonelle, men de inneholder en større mulighet for feilslutninger fordi de begrenser seg veldig på hvilket grunnlag av informasjon slutningen er tatt på. Type 2 slutninger brukes når type 1 ikke er tilstrekkelig. Dette er en mer kritisk, analytisk og grundig prosess som tar lengre tid. Innenfor barnevernsarbeid kan denne prosessen føre til at man ikke tar en beslutning, fordi man ikke greier å finne en løsning og handlingslammelse oppstår, eller man opplever beslutningsvegring. Type 1 kan føre til feilslutninger og at man må ta nye vurderinger på grunn av feilvurdering. Innenfor barnevernsarbeidet kan man se for seg at type 1 slutninger blir anvendt når det oppstår en akutt situasjon og man må ta valg fort, mens type 2 vurderinger kommer når det akutte er over og man får tid til å gå mer grundig i saken.

Det finnes også forskjellige typer bekræftelsesfeller man kan gå i, slik som selvoppfyllende profeti eller en slags forventningseffekt. Dette innebærer at den holdningen vi har med oss, bevisst eller ubevisst vil påvirke interaksjonen med andre mennesker og vi vil ubevisst behandle vedkommende etter de forventninger vi har til dem. Relasjonen man har til barnet/foreldrene har også innvirkning på beslutningsprosessen. Hvorvidt barnevernsarbeideren har tillit eller mistillit til barnet/foreldrene vil prege hvordan tolkingen av informasjonen de gir blir. Man fester seg bedre ved informasjon som stemmer til grunninnstillingen enn det motsatte. Dette vil være med å prege beslutningene som tas.

3.3.4 Systemkompleksitet

Systemkompleksitet handler om hvordan tjenestenes system påvirker jobben som skal gjøres. Dette handler om tjenester som er bygd opp organisatorisk, slik som barneverntjenesten. Hvordan vil organisatoriske, strukturelle og politiske forhold påvirke beslutningene som skal tas? Tjenestene vil være påvirket av politiske beslutninger som budsjett, samarbeid mellom tjenestene, hvordan barneverntjeneste er bygd opp i forhold til struktur og nasjonale prioriteringer og beslutninger. Dette påvirker hvilke tilbud man kan gi ut fra økonomiske rammer, hvilket fokus man skal ha, og erfaring og kapasiteten innad i tjenestene.

3.3.5 Kompleksitetsteorien

Det har lenge vært en enighet om at man må få til tverrfaglig samarbeid i barneverntjenesten, likevel har det vist seg vanskelig å få til gode samarbeid. Noe av årsaken tenker man er en manglende forståelse av kompleksiteten i sakene. Kompleksitetsteorien innenfor barnevernet handler om at barn og familier med mange og sammensatte problemer ikke kan forstås ut fra en enkelt årsakssammenheng. Problemene til enkelte familier må sees som et samspill mellom flere årsaker og sammenhenger som har en gjensidig påvirkning av hverandre.

Dette betyr at selv om man har kunnskap på hva som kan bidra til å beskytte mot skjevutvikling hos barn og unge er det ikke mulig å si om man greier og forhindre skjevutvikling eller alvorlighetsgraden av den. Usikkerheten rundt hva som kan skje, og konsekvensene av det som skjer, fører til at det er vanskelig å foreta en beslutninger på tiltaksvalg eller behandling i barnevernet fordi ingenting er sikkert.

En erkjennelse av at en del problemer kan være vanskelig å fortolke, og at man ikke kjenner til konsekvensene til de er et viktig utgangspunkt for å få til et samarbeid i de komplekse sakene i barnevern tjenesten. Dette krever at man jobber transparent og åpent i et tverrfaglig samarbeid med andre etater og tjenester. En slik åpenhet blir vanskelig om barneverntjenesten kun etterspør skriftlige svar og ferdigskrevne dokumenter fra samarbeidspartnerne. Målet er å få til en felles forståelse og et felles produkt som beskriver problematikken. For å skille kompleksitetsteorien bedre skikker man mellom wicked og tame problems. Tame problems lar seg lett definere, avgrense og løse. Wicked problems er vanskelige å definere, tolke og løse. Det er blant annet funnet noen punkter som forklarer hvorfor wicked problems er vanskelig å løse, det handler om blant annet uenighet om hva problemet er, problemet vil derfor ikke ha en definitiv løsning. Det er vanskelig å måle om tiltakene lykkes, det finnes ikke noen lignende saker å hente kunnskap eller erfaring fra. Problemet kan forstås eller forklares på mange forskjellige måter (Christensen og Kojan 2016).

4 Metodisk tilnærming

Dette kapitlet beskriver hvordan oppgavens metodiske tilnærming har vært. Det beskriver valg av form for informasjonsinnhenting fra informantene, hvilket kunnskapssyn som ligger til grunn for forståelsen av oppgaven, utvalg og gjennomføring av intervjuene og hvordan personvern og etiske problemer ble ivaretatt og hvilken metode som ble brukt i analysering av datamaterialet.

4.1 Kvalitativ metode i form av intervju

Kvalitativ tilnærming velges på grunn av dens anvendelighet når man ønsker å sette fokus på erfaringsbasert kunnskap slik som i denne oppgaven. Kvalitativ metode ser på verden som sosialt konstruert og man benytter seg av en induktiv metode. Dette innebærer at man oppdager begrepene for så å lage en teori (Ringdal 2018). Kvalitativ metode blir ofte brukt når målet er å forstå sosiale fenomener. Metoden åpner for å utforske det informantene erfarer, mener og muligheten til å identifiserer tema som forskeren ikke visste om når man designet prosjektet (Tjora 2018). Formålet med denne oppgaven var å finne ut hvilken erfaring informantene sitter med i forhold til hvordan risikokartlegging påvirker deres beslutninger i valg av tiltak og behandling. I denne oppgaven er det brukt dybdeintervju på grunn av fleksibiliteten det gir og mulighetene til å få erfaringen på temaet fra hvert enkelt intervjuobjekt (Ringdal 2018). Et dybdeintervju vil være fleksibelt og åpent for det nye som kommer og gjør det å følge opp det informanten har av erfaring og kunnskap på teamet (Ringdal 2018). Dybdeintervju muliggjør at det blir enklere å gjennomføre i forhold til geografi, arbeidsturnus og tidsbruk, da man avtaler med hver enkelt informant når det passer (Kvale og Brinkmann 2012).

4.2 Sosial konstruktivisme

Denne oppgaven har utgangspunkt i et sosialkonstruktivistisk kunnskapssyn, det er fokus på at virkeligheten slik vi oppfatter den er konstruert. Denne type konstruktivisme skjer igjennom språket, og er også begrenset igjennom språket. Fakta og hva som er en sannhet oppstår først når mennesker i fellesskap er enige om den og praktiserer den. Vitenskapelige teorier og innhold er derfor avhengig av sosiale faktorer (Bjerrum og Christiansen 2005). Det sosialkonstruktivistiske perspektivet kan si noe om hvordan klassifisering av en gruppe mennesker får konsekvenser for de det gjelder. En klassifisering kan gi både fordeler, ved at

det gir tilgang til behandling, som for eksempel i risikovurdering, adferd høy gir tilgang til behandlingsinstitusjoner. Men det kan også gi begrensninger, som for eksempel å være dømt til forvaring og man konkluderer med at gjentakelsesfaren er høy. Sosial konstruktivisme er først og fremst et kunnskapssyn, det viktige er hvordan vi oppfatter verden, ikke hvordan den faktisk er. Dette betyr at sannheter er relative og kulturelt betinget. Sosialkonstruktivismen bidrar til en kritisk syn på etablerte sannheter (Ringdal 2018).

4.3 Intervjuer

Her vil det beskrives hvordan utvalget av informantene skjedde, hvilke yrker de hadde og hvilken metode som ble brukt for å skaffe informanter. Gjennomføring av intervjuene og hensyn til informantenes anonymitet vil bli beskrevet ytterligere.

4.3.1 Utvalg

I utvelgelse av informanter ble det ikke lagt vekt på at det skulle være lik andel av kvinner og menn. Det ble også sett bort fra alder og utdanningsbakgrunn. Dette med begrunnelse i at en antagelse om at kjønn og alder ikke hadde noen innvirkning på kunnskapen informantene hadde. I forhold til utdanningsbakgrunn forelå det antagelse om at det ville bli forskjellig utdanningsbakgrunn og erfaringer, basert på at informantene jobbet innenfor forskjellige fagområder, noe som automatisk gav forskjellig utdannings og fagbakgrunn.

Noen av informantene hadde et ønske om at de ikke skulle beskrives med konkret alder, kjønn, arbeidserfaring og arbeidssted, da de opplevde dette ville føre til at de kunne identifiseres med bakgrunn i at dette er et lite fagfelt. Derfor beskrives informantene som en gruppe i forhold til kjønn, alder, arbeidserfaring og arbeidssted.

Informantene var 2 kvinner og 5 menn. Alder var de mellom 30 og 65 år og alle jobbet de innenfor barnevernsektoren, de hadde jobber som avdelingsleder på barnevernsinstitusjon, saksbehandler i kommunal barneverntjeneste, miljøterapeut i barnevernsinstitusjon, psykologspesialist og seniorrådgiver i forskjellige etater. De jobbet enten kommunalt, statlig eller hos private aktører. Flere av informantene hadde lang arbeidserfaring og hadde på grunn av det jobbet innenfor flere av yrkene som nevnes, og også jobbet for forskjellige aktører. Dette gav en verdifull kunnskap under intervjuene, da de kunne belyse spørsmålene fra flere sider.

Rekruttering av informanter ble gjennomført med snøball-metoden. Dette er en metode hvor man starter med en informant som kjenner til temaet, denne informanten foreslår noen andre man kan snakke med, og slik innhenter man flere informanter. De informantene jeg hadde, hadde jobbet direkte eller indirekte med risikovurdering. Med dette menes det at de enten gjennomførte risikovurderinger, iverksatt tiltak/behandling eller gitt tilbud om behandling basert på resultatet av risikovurderingen. Slik sett ville de kunne samlet si noe om hvordan risikovurdering påvirker behandlings og tiltakstilbudet.

I oppgaven er informantene anonymisert som informant 1 til 6. Ett av disse tallene inneholder 2 informanter som var til stede under samme intervju. Rekkefølgen på informantene er tilfeldig, og har ikke sammenheng med rekkefølgen på når de ble intervjuet.

4.3.2 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført på forskjellige måter, på grunn av Korona situasjonen ble det nødvendig å tilrettelegge med noen intervjuer over for eksempel telefon eller digitalt med video.

På det ene intervjuet var det to deltagere samtidig, informantene her bygget opp under hverandres svar, og er derfor merket som kun en informant. Informantene selv ytret også et ønske om dette da de ikke ønsket å bli gjenkjent på grunn av sine stillinger og jobbmessige forhold. Enkelte ganger er det ikke referert til hvilken informant som har sagt hva i teksten, dette fordi det ved å henvise til hvilken informant som har sagt hva, vil være en sannsynlighet for at informantene skulle bli gjenkjent på grunn av det de har uttalt tidligere og hva de har uttalt i andre steder i jobbsammenheng.

Fire intervju fysiske møter, hvor informantene valgte tid og sted ut fra hva de var mest komfortable med. Ett intervju foregikk hjemme hos intervjuer. Tre intervjuer foregikk på informantens arbeidsplass etter ønske fra informant. En informant ønsket intervju over telefon og en informant ble intervjuet over Zoom etter informantens ønske. De fleste intervjuene var på dagtid, men to intervju var på ettermiddag/tidlig kveld etter informantenes ønske.

Det var beregnet at intervjuene skulle ta 30 til 45 minutter, men de fleste intervjuene var på rundt 1 time. Det korteste intervjuet varte i 15 minutter og det lengste intervjuet varte i 2 timer.

Alle informantene fikk tilsendt samtykkeerklæring og alle informanter som jeg møtte fysisk skrev under på. De informantene som jeg ikke fikk møtt fysisk, fikk gjennomgå erklæringen på nytt ved intervjuets start og muntlig samtykke til å bli intervjuet og ta opp lyd. Da prosjektet ble forlenget, fikk informantene en mail eller sms med informasjon om at prosjektet var forlenget, og at datasettet ville bli oppbevart lengre. Informantene fikk mulighet til å trekke samtykket på nytt.

4.3.4 Personvern

Alle studier skal ha en plan for hvordan personvern skal bli ivaretatt. Dette er svart opp med til Norsk senter for forskningsdata (NSD), se vedlegg 2. Intervjuene ble tatt opp på lyd digitalt i tillegg til intervjuers egne notater. Lydopptakene ligger oppbevart på ekstern harddisk som er passordbeskyttet, og notatene ble makulert etter første transkribering, da de forklarte ting som ble skrevet inn i transkriberingen. For eksempel at en informant tegnet for å beskrive hva informanten mente, eller at en informant gestikulerte for å beskrive det som mentes eller når informanten lette etter et passende ord. Alle dokumenter som transkribering og lydopptak vil bli slettet 3 måneder etter at oppgaven er levert inn.

4.4 Stedvis deduktiv induktiv metode

Stegvis deduktiv metode (heretter kalt SDI) som utgangspunkt for teoriutviklingen i denne oppgaven passer godt, basert på at teorien har fokus på å starte med empirien og man søker en empiri nær koding. Teorien i SDI dannes mellom innsamling av data og dataanalysen. Den dannes gjennom en konstant sammenligning av data og ny kunnskap. Analysen og data-innsamlingen skjer samtidig, og det er handlinger og meninger som analyseres og ikke prosesser og strukturer. Grunnlaget for analysen er sammenligning av likheter, forskjeller og variasjoner. Det empiriske materialet skal styre utvelgelsen av kategoriene i kodingen, og det skal være en systematisk analyse av materialet. Målet er å konstruere en teori, ikke bruke en bestående teori (Tjora 2018). I SDI starter man med å kode den første transkriberingen, disse kodene benyttes ved koding av den neste transkriberingen og tilføyes med nye koder. Videre grupperes kodene i grupper, som representerer ulike tema. Dette skaper strukturen for å skrive en oppgave (Ringdal 2018).

I analyseprosessen brukte jeg dataverktøyet Nvivo. Her ble alle transkriberingen kodet tett opp mot datamaterialet, slik det anbefales i SDI (Tjora 2018). Disse kodene ble gruppert i 16 grupper, som omhandlet metodene, forståelsen informantene hadde og hvor i barneverntjenesten denne informasjonen var gjeldende. Etter mer jobbing, fant man ut at det ble fem hovedgrupper som representerte innholdet i grupperingene. Grupperingene ble systematikk, kartlegging til rett tid, barnets stemme, kommunisering av risiko og kompetanse på bruk av risikomanualer. Det ble vurdert om noen andre koder kunne være aktuelle, men etter nøye vurdering ville ikke noen annen koding samle essensen av funnene på samme måte. Da ville funnen bli fragmentert fra hverandre og man ville miste konteksten av funnene.

4.5 Forskerrollen

I min jobb som miljøterapeut fikk jeg mye erfaring og kjennskap til den komplekse problematikken ungdommene satt med. Jeg var personlig ofte i tvil om tilbudet som ble gitt basert på risikovurderingen var riktig og godt nok tilbud. For meg ble det aldri klart om det var styringen adferd/ikke adferd, høy/middels/lav risiko og individuelle behov som bestemte institusjonen, eller om det var økonomi og politiske føringer om hvilke institusjoner som skulle benyttes først. Opplevelsen jeg satt med var at det var tilfeldig hvilken type behandlingstilbud eller institusjonsplass ungdommene fikk og det var basert på en generell og ikke individuell konklusjon. Det var ikke uvanlig at ungdom ble akutt plassert flere ganger i løpet av et år, fordi tiltakene gav opp, eller ungdommen sprenget seg ut av tiltaket som det også het, definert som ikke behandlingvillig.

Har man fått tildelt en behandlingsplass etter barnevernlovens paragraf 4.24, så skal man ikke kunne akutt plasseres så lenge man har dette behandlingstilbudet, fordi denne institusjonen skal være rustet til å romme og ivareta adferdsuttrykket til ungdommene. Men at det likevel forekommer en del uplanlagte flyttinger og akutt plasseringer fra disse institusjonene, og andre institusjoner kan kanskje tyde på at risikovurderingene som gjøres ikke er konkrete nok? Får saksbehandlere og institusjonene nok informasjon til å kunne ta de rette beslutningene om hvilket behandlingstilbud ungdommene trenger?

Som intervjuer har jeg vært preget av mine egne erfaringer og egen forforståelse, dette måtte jeg jobb med under intervjuene, i transkriberingen og under analyseprosessen. Målet var å ikke påvirke informantene til å ha samme holdning eller tankesett som jeg hadde, og å få informantene til å dele av sine erfaringer og opplevelser med risikovurdering og kartlegging.

Samt å transkribere det informantene sa og ikke det jeg forsto, og ha et overordnet blikk i analysedelen. Min forforståelse og erfaring med bruk av risikovurdering vil uansett innvirke på min forforståelse og tolking av oppgaven, slik alle forskere vil påvirke og tolke dataene ut fra sitt eget ståsted. Det er ingen mennesker som kan vise til fullstendig nøytralitet i en forskersetting, man vil alltid påvirke settingen man er i bevisst og ubevisst med de responser og tilbakemeldinger man gir. Ved å være bevisst sine tanker og holdninger, har man et større utgangspunkt for å kunne unngå å påvirke informantene eller datamaterialet.

4.6 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet og validitet handler om hvordan man kan sikre at forskningen man har gjort er korrekt, at andre forskere kan gjøre samme forskningen og oppnå tilnærmet like resultater. Samt om spørsmålene man stiller forstås likt, slik at informantene svarer på det samme, og det man etterspør.

4.6.1 Validitet

Validitet knyttes til spørsmålet om informasjonen man ender opp med er svar på de spørsmålene vi faktisk forsøker å stille, altså en logisk sammenheng mellom utforming av prosjektet og funn (Tjora 2018). Den første transkriberingen skal være ordrett, for å i størst mulig grad sikre forskningens validitet (Charmaz 2013). Dette for å for eksempel kunne ettergå transkriberingen for å se om slike ord som «ehhhh» og «uhhhmm» er et sannsynlig tegn på usikkerhet i forhold til det som sies, eller om det er en pause mens man leter etter ord og ordlegging. Et annet eksempel er hvis en informant bidrar til å belyse kommentarer fra en annen informant som ble intervjuet på et tidligere tidspunkt det viktig å være mest mulig nøyaktig i transkriberingen. Validitet handler om man har målt det man vil måle.

Ved å bruke informanter som hadde god erfaring og kompetanse både teoretisk og praktisk vil det styrke oppgavens validitet. Bredden på kompetansen og erfaringen var heller ikke problematisk i forhold til faguttrykk, da de er innenfor samme faggren og samme faguttrykk benyttes. Noe som minsket risikoen for at man skulle misforstå i forhold til faguttrykk. Informantenes tverrfaglige kompetanse på barnevern og risikoanalyse var viktig for å få en god refleksjon.

4.6.2 Reliabilitet

Reliabilitet handler om intern logikk eller sammenheng igjennom hele prosjektet (Tjora 2018). Et sentralt spørsmål innenfor reliabilitet er om prosjektet kan gjøres om igjen, at informantene vil gi samme svarene og om de er konsistente i sine svar (Kvale og Brinkmann 2012).

Dette prosjektet baserte seg på retningslinjene til SDI. I dette prosjektet betyr det at datainnsamlingen og analyseringen foregikk parallelt, altså at de teoretiske begrepene ble utviklet fortløpende igjennom prosjektet. Ved bruk av åpen koding, som i SDI avsluttes datainnsamlingen når den ikke generere ny kunnskap og bare bekrefter teorien som er utviklet. De teoriene som er utviklet fra kodingen og analysen i SDI kan testes empirisk (Ringdal 2018; Tjora 2018). Likevel kan reliabiliteten i transkribering og koding betviles, slik som i dette prosjektet, fordi jeg valgte å ta all transkribering og koding selv. Har man for eksempel vært flere som har transkribert og kodet samme tekstmaterialet, ville reliabiliteten vært større om man har fått samme transkriberingen, tolkningen og kodingen fra flere. Derimot kan et for stort fokus på reliabilitet føre til at forskeren mister fokuset på kreativ tenking og variasjon (Kvale og Brinkmann 2012), noe som er prinsippene med å jobbe etter SDI (Tjora 2018).

4.7 Etikk

Prosjektet ble gjort på fritiden til de som skulle intervjues med mindre de fikk mulighet til å gjøre det i sin arbeidstid. Dette innebærer at de måtte bruke av sin egen fritid eller av arbeidsgivers tid. Det er viktig å legge til rette slik at det blir minst mulig økonomisk belastning på de som skal intervjues i forhold til transport eller tapt arbeidstid.

De som skal intervjues skal utsettes for minst mulig belastning, målet i dette prosjektet er ikke å finne feil og mangler ved de som intervjues eller deres arbeidsmetoder. Likevel kan det tenkes at informanten underveis i intervjuet vil oppleve på grunn av utdypende spørsmål, at dens praksis ikke har vært tilstrekkelig eller mangelfull i forhold til målet med risikovurdering. Intervjuet legger opp til egen refleksjon og intervjuer kan stille spørsmål som intervjuobjektet ikke har reflektert over, noe som kan bidra til endring av utførelse av metode, eller at intervjuobjektet føler seg potensielt angrepet. Det vil bli min jobb som intervjuer å

være lydhør, og ikke sette intervjuobjektet i en posisjon hvor det føler seg faglig ukvalifisert eller maktesløst. Det må hensyntas at informantene i ettertid kan reagere over ting de har sagt eller uttrykt som de ønsker å utdype eller endre. Som forsker vil dette være en mulighet, både for å ivareta informantene og for å sørge for korrekthet i forhold til informasjonen man sitter på. I dette prosjektet har jeg valgt å omforme mesteparten av det muntlige språket, slik at det gir en bedre flyt når det skal leses. Dette betyr at meningsinnholdet ikke er endret, men at tenkepauser, stottringer og andre verbale uttrykk, som ikke er vanlig i skriftspråket, er tatt vekk. Dette fordi informantene kan oppleve at deres uttalelser etter transkribering av det muntlige språk kan fremstå som usammenhengende og kaotisk. Her kan man være i forkant og informere om at det er vanlig, på grunn av de store forskjellene mellom skriftspråk og muntlig språk. Ved å ta hensyn dette, kan man omformulere uttalelser, om man skal bruke de som sitater, til en mer sammenhengende skriftlig språk (Kvale og Brinkmann 2012).

5. Funn

I dette kapitlet blir funnene fra intervjuene presentert. Informantene snakket i intervjuene om kartlegging av barn og unge fra forskjellige ståsteder, ut fra hvilken stilling og hvilken erfaring de hadde. Informantene jobbet med de samme barna og ungdommene, men innenfor forskjellige områder i barnevernssektoren. Derfor var det relevant å få frem erfaringene og forståelsen på tvers av de ulike yrkesgruppene. Informantene hadde jobber som saksbehandler i kommunalt barnevern, miljøterapeut eller avdelingsleder i private og statlige institusjoner, rådgivere i Bufetat og psykologspesialister i Bufetat og Bup. Alle informantene hadde en lang yrkeskarriere innenfor barnevernssektoren og hadde vært innom flere av rollene som er nevnt over, i tillegg til kunnskap om eller kjennskap til risikokartlegging.

Funnene er delt opp i fem hovedelementer, systematisering, kartlegging til rett tid, kompetanse på bruk av risikovurderingsverktøy, barns medvirkning og formidling av resultater. Avsnitt 1, *Systematisering*, handler om hvordan informasjonen innenfor barnevernet blir systematisert. Her vises det til hvordan systematisering, eller manglende systematisering påvirker beslutninger og videre tiltaks eller behandlingsvalg. Avsnitt 2, *Kartlegging til rett tid*, denne delen handler om erfaringen informantene har med når i ungdommens liv man velger å kartlegge. Avsnitt 3, *Kompetanse på bruk av risikovurderingsverktøy*, viser til hvilken erfaring og kompetanse informantene har tilgang til i fagfeltet, og hva de tenker bør finnes av kompetanse. Avsnitt 4, *Barnets medvirkning*, handler om i hvor stor grad barnets stemme kommer til uttrykk i en risikovurdering og hvordan dette påvirker prosessen videre. Avsnitt 5, *Formidling av resultater*, tar for seg hvordan informantene opplever samarbeid og kommunisering av risiko.

5.1 Systematikk/systematisering

Systematisering av kunnskap handler om å få et helhetlig blikk over den informasjonen som foreligger på hvert enkelt barn eller ungdom. Det handler også om å se hvilken informasjon som mangler og hvordan dette vil påvirke informasjonen man har. En slik systematisering av kunnskap bidrar til å gi et utviklingsløp og kan si noe om hva som har endret seg over tid.

En informant var opptatt av at man systematiserte den informasjonen man allerede hadde, man behøvde ikke bruke ett spesielt kartleggingsverktøy. «.. så har jeg kanskje ikke vært så opptatt av et spesifikt kartleggingsverktøy eller metode, men det at når det på en måte har

gjentatt seg over tid, at man har satt seg ned og vært systematisk og tett på og etterspurt informasjon om de forskjellige områdene. Trenger ikke å være YLS, men at man har vært innom og vurdert og skrevet ned. Da vedkommende var 6 år, 10 år, 14 år så ser du en slik historikk i det, en utviklingsgreie som er fryktelig nyttig. Det som ofte mangler. Den systematiske tilnærmingen til å se på problembildet» sitat informant 1. Det denne informanten peker på er at det ikke er noen som har satt seg ned og systematisert kunnskapen som finnes. Man behøver ikke bruke risikomanualer for å kunne gjøre gode beslutninger i forhold til valg av tiltak eller behandling, men man må jobbe systematisk og ha en forståelse for hva de forskjellige utviklingstrinnene betyr når man ser de sammen. Informantene peker på hvordan mangel på systematisk gjør at viktig informasjon om ungdommene ikke blir med videre, eller forsvinner i all informasjon som foreligger.

Videre tenker samme informant at ut fra den dokumentasjonen som finnes på enkelte barn og ungdommer, så burde man ha sett og forstått sammenhengende og oppdaget problemene på et tidligere tidspunkt. Da har man kunne satt inn de rette tiltakene og forebygget for skjevutvikling. «.. *da er det ofte jeg tenker at det er alt for usystematisk og alt for tilfeldig møtereferat her og en anbefaling der men det er ikke noe helhet eller systematisk forståelse av»* sitat informant 1.

Informant 1 beskriver at spesielt opp mot akuttsakene skjer ting litt fort og litt plutselig, og da er det vanskelig å formidle informasjon om den ikke er systematisert tidligere. «*Ja det og er jo et slikt område at kommunikasjon, spesielt når ting går fort, er ikke så enkelt. Det blir ekstra vanskelig fordi man ikke har den systematiske kunnskapen som følger ungen videre. Så starter man litt på scratch på den nye institusjonen»*. Samme informant har også gjort seg noen tanker om at akuttsakene blir akuttsaker fordi en kartlegging mangler i utgangspunktet. Her påpeker informanten at når det ikke foreligger noe systematisk kunnskap på forhånd, er det vanskelig i en akuttsituasjon å føre noe systematisk med videre. Dette kan tyde på at når man ikke har noe systematisk kartlegging, vil man heller ikke ha noe som kan beskrive tydelig nok hva problemet er, eller hvilket tiltak eller behandling som passer best.

Barnevernsbarn har ikke noe krav om å bli kartlagt eller utredet når de kommer i kontakt med det kommunale barnevernet. Informantene forklarte at innenfor den kommunale barneverntjenesten manglet både systematikk og gode metoder å jobbe etter om man skulle kartlegge barna.

Informantene fortalte at det var vanskelig få satt informasjonen i system innenfor denne tjenesten. Dette ble begrunnet i flere ting; *«Skal man gjøre gode risikokartlegginger så er det avhengig av informasjonen man greier å innhente»*. Informant 2 forklarer det videre slik: *«det finnes det ikke alltid nok informasjon. Og når man sitter der med en sak så kan det være vanskelig å kartlegge, for du har 3 mnd på deg og der skal du få opp barnets stemme, foreldrene, og ungdommen er 15år og skit lei saksbehandlere. Noe som gjør at man kan få vansker med å få frem barnets stemme, og da sitter du der bare med papirer om hva andre har ment»*. Informanten peker på at ansatte i den kommunale barneverntjenesten har for dårlig tid til å gjøre jobben sin. Videre viser informant 2 til at det ikke alltid handler om manglende kunnskap og vilje hos saksbehandlerne, men at andre krav og føringer også vanskeliggjør å gjøre jobben mer grundig. Dokumentasjonskravet og å skaffe nok informasjon, i tillegg til å ivareta de andre sakene man har matcher ikke dagens krav med å få tid til å etablere god relasjon til familien og få frem deres syn og tanker. Informanten forteller at de ofte ender opp med å sende inn dokumentasjonen på hva andre har ment. Informanten forteller at det ikke finnes noen systematiske metoder eller manualer som kan veilede til noe god kartlegging.

Dette viser til at det i utgangspunktet kanskje ikke mangler på evnen til å sette ting i system i de kommunale barneverntjenestene, men på grunn av tidspresset saksbehandlerne må jobbe under, blir en del av jobben prioritert vekk, fordi det er andre saker som haster mer. Dette fører til at mye informasjon blir liggende i barnas mapper, uten å bli satt i system.

Informantene forklarer at hvordan en meldingssak i barneverntjenesten blir undersøkt er individavhengig *«Hva som er mitt fokus og hvilken pondus jeg har. Og hvilken erfaring jeg har for å gjøre et godt stykke barnevernsarbeid da. Individuelt blir det i hvertfall når du jobber i kommunalt»* sitat informant 4. Dette innebærer at hvorvidt det blir foretatt en risikokartlegging i undersøkelsessaken er avhengig av hver enkelt saksbehandler og hva de anser som hensiktsmessig. En informant tenker at ikke alle sakene som meldes inn til barneverntjenesten har behov for denne type kartlegging heller. Der er alltid et spørsmål om hvor vidt og inngående man skal gå inn i hver sak, man skal ikke gå dypere inn i en sak/families privatliv enn hva som er nødvendig i forhold til inngripen i livet til barna og familien.

5.2 Kartlegging til rett tid

Informantene opplevde at kartleggingen ofte kom for sent, barna ble kartlagt når adferdsuttrykket allerede hadde blitt stort og vanskelig. Dette til tross for at bekymringen for barnets utvikling hadde vært til stede lenge. Alle informantene mente at tidlig kartlegging kunne være et nyttig bidrag. Men hvor tidlig var de ikke enige om, noen av informantene mente at barn og unge burde kartlegges i det første møtet med den kommunale barneverntjenesten, mens andre mente at kartleggingen kunne skje mens de ennå var plassert i fosterhjem eller omsorgsinstitusjon. Informantene ønsket å få kartlagt ungdommene før de fikk en skjevutvikling som gjorde at de ble farlige for andre. *«Tenk om man kunne ha kartlagt før ungdommen blir 14 år og begynner å bli farlig for omgivelsene, hvis 14-åringen slår på samme måte som når han var 11 år. Derfor er det lurt å ta de systematiske kartleggingene tidlig, for å kunne være spesifikk i forhold til risiko og tiltak. For æ lure på koss det er å være 15 år og ha utøvd alvorlig vold og aggresjon? Hva gjør det med deg som har gjort det, hva tenker de om seg selv? Er jeg et voldelig barn eller ungdom?»* sitat informant 3. Videre forteller informanten at det var tendens til å tenke at *«bare jeg gir god nok omsorg og strukturen blir god nok rundt, og programmene som vi bruker er nok gjennomprøvd så går dette bra. Det er ikke sikkert delt gjør det»*. Det informanten viste til er at det er ikke alltid det er nok med vanlige omsorgsbetingelser og hverdagsstruktur. Av og til er det noe mer systematisk som trengs, for å kunne ramme inn og tilpasse behovene på en annen måte. For å få til dette må barnet eller ungdommen kartlegges, slik at man vet hvilke områder man skal sette inn tiltak.

Mange av de som sitter i norske fengsel og på Brøset i dag, har vært i barnevernet sin omsorg. En informant forteller at flere av de som sitter inne for alvorlig vold eller drap har en lang historie i barnevernet. Barndommen til mange av disse var preget av vanskjøtsel, dårlig omsorg, psykisk og fysisk mishandling. Informanten forteller at det forelå tidlige bekymringsmeldinger på disse når de var barn og unge. Informanten har vært opptatt av hvor disse som sitter på sikkerhetsavdelingen på Brøset var når de var 15år. Fordi mange av de ungdommene man møter i dag kan være på vei inn i samme løpet som de på Brøset. Kartleggingen på ungdom er nettopp dette mener informanten *«kan være på vei inn i.. det er ikke sikkert, men ut ifra de og de faktorene, og da må vi ta høyde for det og følge med det og det. Og sette begrensning på det og legge ekstra vekt på de vekstfaktorene. For det kan gå*

skikkelig gæli». Det informanten viser til er at med erfaring og kunnskap om hva som gikk dårlig for de ungdommene og voksne som i dag befinner seg i fengsel/Brøset, kan man bruke denne kunnskapen for å kartlegge ungdommer som er på vei inn i en skjevutvikling for å forhindre at de skal ende opp i samme løp. Informanten viser også til at tidlig kartlegging er viktig, at de må kartlegges helst før adferden begynner å bli problematisk. Tidlig kartlegging vil gi en bedre mulighet til å sette inn riktig behandling og tiltak, og det er lettere å følge med på utviklingen over tid. «*Hvis man ikke ønsker å kartlegge barna når man møter de første gang fordi det kan gå bra, så må man ha med seg at det trenger ikke gjøre det heller. For en del barn går det absolutt ikke bra, og det er man for dårlig til å ta innover seg*». Sitat informant 3.

Informant 4 forklarer viktigheten av å kartlegge til rett tid slik; «*Men hvis man ser helheten i det da, så hadde det vært mye enklere for barneverntjenesten å ha den type skåringer, altså den risikovurderinga når ungdommen var 12 år.. enn å komme når den var 16 år og si at vi har prøvd alt. Uten å ha spisset det når den var 12 år. Ikke sant, når man egentlig skulle ha tatt den egentlige risikovurderingen. Eller ei vurdering*» Det informant 4 viser til her, er en sak hvor en ungdom har hatt en alvorlig skjevutvikling over tid. Allerede når ungdommen var 12 år var det massiv bekymring for ungdommen psykiske helse og adferdsuttrykk.

Informanten mener at man kan ikke akutt plassere en ungdom på 16 år, og si at alt er prøvd og så foreligger det ikke noe systematikk i arbeidet på ungdommen. Dette begrunner informant i at ungdommen ikke er kartlagt og det foreligger ikke noe systematisk helhetsbilde av utvikling og adferd. Informanten mener at da har man ikke spisset tilbudet godt nok til denne ungdommen, fordi man har ikke satt informasjonen i system. En slik manglende spissing og tidlig tilpassing vil føre til at skjevutviklingen fortsetter. Nettverket rundt ungdommen gir opp og det blir en akutt plassering, fordi man er bakpå i stedet for å ha fokus på forebyggende arbeid. Informanten mener at uten å ha kartlagt systematisk når bekymringen dukker opp, så vil man heller ikke greie å spisse tilbudet slik at det er individtilpasset til den enkelte ungdoms behov og problematikk.

Ved å ta kartleggingene tidlig, vil man kunne være spesifikk i forhold til risiko og tiltak. «*For om en ungdom har et omstridt forhold til egen mor, omsorg og ambivalens. Da venter man ikke til det smeller, men man setter inn tiltaket før. Så man sikrer mestring. Så det er jo to sider av samme sak. Det ene er at man beskytter omgivelsene, men det andre som er vel så*

viktig er at man beskytter ungen» sitat informant 4. Selv om barn og unge kan ha mange risikofaktorer så kan det snu av seg selv, men informantene presiserer at det er viktig å følge med på utviklingen og risikofaktorene. Derfor er det viktig å være tydelig på hvilke risikofaktorer man kjenner igjen. «*..man må følge med, sånn at det går ned og ikke opp på risikofaktorer»*. Informant 3 henviser videre til et sitat fra en tidligere kollega, som hadde byttet jobb fra barnevern institusjon til voksne rusmisbrukere «*æ treffe igjen dem som var dær æ jobba før»*. Dette viser til at det ikke alltid går så bra som man ønsker med barna på institusjon. «*Vi vet jo noe om hvordan det går med barn på institusjon og når de er 25 år er 60% uføretrygdet/ung ufør, 60% har ikke fullført kvalifiserende videregående utdanning»* sitat informant 3. Det informanten viser til her, er at barnevernsbarn allerede er en gruppe som står i risikozonen for å bli utenfor samfunnet på flere arenaer, både i forhold til utdanning og jobb. Informantene tenker at ved å kartlegge ungdommene på et tidligere tidspunkt vil de forskjellige risiko og ressurs områdene bli kartlagt tidligere. Dette fører til at man har en bedre mulighet for å oppdage risikoområdene tidligere og skjevutviklingen vil ikke ha blitt like alvorlig som om man ventet i tre år til. Tiltaks og behandlingstilbudet vil bli bedre spisset, og man vil ha en større kjennskap til hva som burde gjøres.

Informant 5 sier at fokuset bør være på å få gjort risikovurderingen på et tidlig tidspunkt, kanskje enda mens de er omsorgsplassert, da kanskje man greier å unngå akutt plasseringen. Informantenes erfaring er at det er ungdommene som blir skadelidende av for sen kartlegging. Den kartlegging medfører ofte til mer inngripende tiltak som omsorgsovertagelse eller adferdsinstitusjon, fremfor mindre inngripende tiltak som hjelpetiltak i hjemmet. Informantenes erfaring er at ved sen kartlegging gjør at man i større grad bommer på tiltaket, fordi at da har problematikken ofte blitt mer kompleks, og det finnes ikke en enkel løsning.

Informant 5 henviser til at konsekvensene av for sen kartlegging er at problematikken blir barnets adferd og ikke de underliggende årsakene. Det vil også være for sent å sette inn hjelpetiltak til foreldrene/barnet. Ungdommens reaksjon på manglende omsorg blir problemet og ikke det at ungdommen har manglet omsorg.

Informantene har erfaring med at noen av de ungdommene som blir akutt plassert ofte får flere plasseringer ut av det fordi det ligger dårlig kartlegging i grunn. Hvis det ligger en omsorgssvikt i bunn som har pågått over år, men barneverntjenestene ikke reagerer før det er

barnets adferdsuttrykk som blir vanskelig, vil fokuset bli på adferdsuttrykket og ikke årsaken til adferdsuttrykket. Informanten er da redd for at man ikke ser sammenhengen mellom adferd og manglende omsorgsbetingelser. Informanten mener det er viktig at man ser at adferdsuttrykket kommer som et resultat av noe.

Dette kan tyde på at det i dag er for lite kartlegging som gjøres, og at den kartleggingen som blir gjort kommer inn for sent. Kartlegging blir satt inn først når adferdsvanskene har oppstått og blitt en stor del av ungdommenes liv. Potensialet for å ende skjevutvikling blir vanskeligere når problemene blir mer sammensatt og har pågått over tid. Dette viser at sen kartlegging ikke nødvendigvis gir noe god behandlingseffekt, fordi det er blitt så mange sammensatte problemer hos ungdommene, og problematikken vil følge ungdommen inn i voksenlivet.

5.3 Kompetanse på bruk av risikovurderingsverktøy

De fleste informantenes erfaring tilsa at man ikke behøvde å være psykolog for å kunne gjennomføre en del av kartleggingsverktøyene som finnes i dag. De presiserte at det var viktig med god opplæring i å bruke risikomanualene. I tolkningsfasen var det viktig at man greide å tolke både ut fra kartleggingsmetodikken, men også ut fra en større helhet. Dette for å treffe riktig på behandling og valg av tiltak. Man måtte også være seg bevisst hvilken fagbakgrunn og forforståelse man har, fordi det ville påvirke hvordan man forsto informasjonen fra kartleggingen. Informantene anbefalte å være nøktern på hva man fikk ut av en kartlegging, og tolke det som en del av et bilde *«Ikke bli for skråsikker når man skårer. Det kan tyde på, det betyr ikke at det er slik. Helhetssynet er viktig»*.

Informantene hadde erfaring med bruk av YLS som av Bufetat brukers for å differensiere målgruppen, for å vite hvilket tiltak ungdommene skal behandles i. Informant 1 forklarte at det var viktig å forstå sammenhengene mellom skåren til YLS og hva man kunne skåre. Det var ganske strenge kriterier for å skåre, og man kunne bare skåre på det man har evidens for. Noe som betyr at ungdommen kan får større YLS skår når man har jobbet med ungdommen en stund. For det kan komme frem ting de har gjort. Yngre mennesker fyller for eksempel ikke kriteriene for å for eksempel gjøre noe kriminelt, for eksempel under 14år, fordi manualen er veldig streng på hvordan man skal skåre den. En informant mente at det var vanskelig å predikere fremtidig risiko med utgangspunkt i YLS skåren, men man kan finne ut

område for behandling. Det er en del av modellen til FFT, MST og Multifunk. YLS brukes for å bestemme hvilket tiltak man trenger. Tiltaket velges ut fra YLS skåren og det generelle helhetsbildet og i ettertid, brukes for å kunne måle graden av endring før og etter behandling.

Noen av informantene hadde brukt andre risikomanualer for å skåre ungdommene etter hverandre. Ene informanten sa følgende. «*De gangene man har gjort Start:Av vurdering sammen i etterkant av en Nit vurdering, opplever man at selve skåren blir den samme. Men at man i Start:Av vurderingen var mindre fokus på selve skåringen lav, moderat høy. Men at man beskrev tiltaket rundt*». Informanten sier videre at YLS og Start:Av forteller deler av samme historie, hver for seg dekker de ikke hele historien. For som instrument er de veldig ulike, og begge gode på hver sin måte. Men man må hvite hva man bruker til hva. «*Det er ikke en konkurranse om hvilken metode som er best*».

5.4 Barnets medvirkning

Noen av informantene hadde gjort seg en erfaring med at barnets stemme og medvirkning forsvant i risikovurderingene som ble gjort. Ytterst få manualer er bygd opp for slik at de tar hensyn til barnet meninger og dets opplevelse. Spesielt YLS var flere av informantene kritiske til, på grunn av den manglende medvirkningen barna har i utarbeidelse av manualen. Den største skepsisen kom fordi den opplevdes av informantene å i stor grad være styrende for videre behandling og tiltaksvalg. «*Hvorfor sitter man med mantraet barnets stemme, barnets stemme, det må høres, det må involveres, men i hvilken grad gjøres det i en risikovurdering av Nit?*» sitat informant 5. Det informanten henviste til, var metoden som brukes for å innhente informasjon på når Nit skal gjøre en målgruppevurdering. En av de andre informantene beskrev samme metode som en «skrivebordsvurdering». Informantene opplevde at Nit i særdeles liten grad snakket med ungdommene, de reagerer veldig på dette fordi ungdommene har krav på å medvirke og uttale seg om vurderinger som blir gjort. Dette kan tyde på at målgruppevurderingen (som legger grunnlaget for hvilke tiltak man kan velge mellom), blir basert på alle andres vurderinger, og ungdommens stemme ikke blir hørt.

Videre henviser informantene til at de opplevde at barnets stemme kunne blir representert via en miljøterapeut fra institusjonen. Informantene poengterer at det er ikke det samme som å snakke med ungdommen selv og stille spørsmålene som omhandler risikovurderingen. En informant forteller at «*vi snakker jo nesten ikke lengre med ungdommene våre på jobben vår.*

man påstår at man gjør det, men det er jo ingen samtaler der..». Informanten forteller at de naturlige samtaleene har forsvunnet, at det ikke lenger er rom for at ungdommene kunne komme med det de var opptatt av. Dette viser til at man som miljøterapeut ikke får samme relasjonen til ungdommene nå som før, om man skal representere ungdommens stemme, har man ikke noen god forståelse av hva ungdommens stemme egentlig er.

Et viktig poeng i strukturert klinisk vurdering er at barnets stemme blir hørt. Det er ungdommens liv man skal kartlegge og tiltakene man skal sette inn, må også kommuniseres til og helst i samarbeid med ungdommen. Å ha en samtale med ungdommene og få høre deres tanker og vurderinger vil gi en nyttig informasjon og kjennskap til ungdommen som ingen andre kan gi. Endringsarbeid er vanskelig å få til og man er avhengig av at ungdommen er med på endringsarbeidet. Ungdommer som ikke ønsker å samarbeide om den tiltenkte behandlingen blir ofte betegnet som ikke behandlingsmottagelige. Man får ikke til å endre risikoområdene i ungdommens liv, om ungdommen selv ikke er motivert.

5.5 Formidling av resultater

En problemstilling som kom opp under intervjuene var hvordan man skulle kommunisere informasjonen fra en kartlegging til andre samarbeidspartnere og foreldre. Informantene var opptatt av hvordan man skulle skape en felles forståelse av hva informasjonen av risikovurderingen betydde opp mot valg av tiltak og behandling. Informantene hadde en erfaring med at det til tider var vanskelig å kunne forklare hvordan man hadde kommet frem til vurderingen fordi risikomanualen man brukte, ikke er den samme som de andre etatene brukte, og derfor målte andre ting enn hva manualene til samarbeidspartnerne ville ha målt. Noen av informantene fortalte at betydningen av informasjonen som kom frem kunne tolkes forskjellig, dette viste til at man satt med samme informasjon, men tolket den forskjellig.

Informantene var opptatt av at det var viktig å forstå risikovurderingen og resultatene sammen. Likevel hadde noen av informantene en erfaring med at det var vanskelig å kommunisere informasjonen slik at den ble forståelig. *«Man må ofte likevel gjenta budskapet til for eksempel fosterforeldrene»* sitat informant 1. Informanten henviser til en episode hvor en ungdom hadde vært igjennom en evnevurdering, hvor det var et så stort gap mellom praktiske ferdigheter og verbalferdigheter, at det ikke var mulig å gi noen skåre, på grunn av spriket mellom skårene. *«Men det som gjerne blir hengende ved den ungen da, er at det er*

foretatt en evnevurdering av den ungen, og at det praktiske va sånn omtrent midt i normalområdet, og det er det folk husker. Med det at han ikke forstår båret av det som blir sagt, det blir litt borte. Da overvurderer vi ungen, så det`n på hælan, blir desperat og slår. Jeg tenker de utgjør en ganske stor del av de med størst problemer som både går på adferd og omsorg». Informanten forteller at det ofte oppleves at barn i barneverninstitusjoner skårer dårlig på evnetester men at denne informasjonen ikke kommer tydelig frem. Informanten uttrykte en bekymring rundt dette, at til tross for at informasjonen ligger der, så greier ikke de som jobber med ungdommen å forstå hva denne informasjonen betyr i praksis. Å skåre lavt på verbalforståelse og så møte et hjelpeapparat som er verbalt, som ikke forstår ungdommens problematikk vil skape mye frustrasjon hos ungdommen. Veldig ofte vil ungdommen bli stemplet som vanskelig, aggressiv eller farlig, fordi man ikke har forstått hva det handler om. Ved å ha en forståelse av hva problematikken innebærer i ungdommens hverdagsliv, ville man ha hatt en mulighet til endring. Da vil man møte ungdommen på en mer forståelsesfull måte, som gjør at ungdommen unngår å bli betraktet som bare farlig. Forventningene fra de ansatte, lærere, foreldre eller andre voksne kan være for høye til ungdommen i forhold til hva ungdommen faktisk greier å prestere.

Den som foretar en risikovurdering, må kunne peke til hva denne type problematikk vil si for ungdommens fungering i hverdagen. Ved å presisere mer tydelig hvilke tiltak og behandling som kan fungere, vil man unngå mye av frustrasjonen som oppstår i misforståelsen mellom ungdommene og hjelperne. Flere av informantene delte samme erfaring, at det imellom forskjellige etater ikke var et godt nok samarbeid og at viktig informasjon fra kartlegging og forståelsen av denne ikke ble videreført eller kommunisert til samarbeidspartnerne. *«Jeg blir jo veldig frustrert innimellom og når jeg tenke hvorfor i all verden var det ingen som sa fra til BUP eller henviste til utredningsenheten for å forstå hva som skjer her»* sitat Informant 1.

To av informantene snakker om at BUP er et apparat som ikke er spesielt godt tilpasset de behovene som plasserte barnevernsbarn har, og derfor blir samarbeidet så vanskelig mellom etatene. Informantene forklarer at det er vanskelig å få ungdommene til å møte opp til de avtalene man får hos BUP fordi ungdommene som har behov for behandling er ikke alltid behandlingsmottagelige. BUP tilpasser ikke tilbudet for å være mer fleksible ovenfor de barn og unge som hører er under barnevernet. Dette kan føre til at man under kartleggingsfasen av disse ungdommene mister verdifull informasjon og vurdering på hvordan den psykiske helsen påvirker ungdommenes fungering, og tiltak eller behandling kan bli feil eller mangelfull.

En informant forteller at Bufetat Region Midt for noen år siden hadde et prosjekt sammen

med BUP, hvor alle barn og ungdommer som ble plassert i institusjon skulle kartlegges i fellesskap med kartleggingsverktøyet Aseba. Dette førte til at det ble et mye tettere og enklere samarbeid mellom institusjonene og BUP. Informanten fortalte at terskelen for å ta kontakt mellom samarbeidspartnerne ble mye lavere, og man hadde en felles forståelse av problematikken til ungdommen og hva denne betydde i ungdommens hverdag. Dette viser til at ved å gjøre en kartlegging sammen i fellesskap, kan samarbeidet bli bedre, og samarbeidspartnerne har et bedre utgangspunkt for å ha en felles forståelse av hva ungdommens problematikk betyr, hvordan den kommer til uttrykk og hvilke tiltak og behandling som skal settes inn. Ved å sitte sammen og samarbeide rundt en risikovurdering med de parter som skal jobbe med ungdommen, skaper man ifølge en informant, felles forståelse av ungdommen og mandatet til de forskjellige samarbeidspartnerne blir tydelig og man har et bedre utgangspunkt for videre samarbeid. Dette gjør at man kan ha et bedre grunnlag når man skal vurdere behandling eller videre tiltak.

Flere informanter har samme erfaring i forhold til risikoskåre, at selv om man skårer høyt på en kartlegging i forhold til risikoområder, så kan bakgrunnen for adferden være forskjellig. Dette utgjør en sårbarhet om man da ikke individ tilpasser behandlingen dit ungdommene kommer.

Noen av informantene er usikre på treffsikkerheten til YLS. For barn som skal inn i institusjon, så brukes denne kartleggingen kun på barna som skal videre på §4.24, likevel viser det seg at disse tiltakene ikke fungerer ifølge en informant. YLS er en av de mest brukte kartleggingsmetodene innenfor Bufetat når det gjelder målgruppevurdering. Alle informantene hadde kjennskap til YLS, men de hadde veldig forskjellig forståelse av hva YLS målte og hvordan man skulle tolke definisjonen adferd høy, moderat og lav. Informantene med god kjennskap til manualen, forteller viktigheten av å kjenne til styrkene og svakhetene til de forskjellige risikomanualene, og vite hvordan man skulle bruke manualene. Avhengig av hva formålet med YLS var, kunne man bruke informasjonen forskjellig. For eksempel, å lage behandlingsplaner eller å måle en eventuell endring ved starten av en behandling og ved avslutning.

Under samtale med informantene kommer det frem en misforståelse rundt YLS, hvor de informantene som ikke var psykologspesialister/rådgivere var av den oppfattelse at høy YLS skåre også hadde en sammenheng med et kraftig adferdsuttrykk. En av informantene fortalte

at det er en del som tror det er en sammenheng mellom YLS skåren og adferdsuttrykket, det er ikke nødvendigvis ikke slik. Du kan ha en høy YLS skåre, men lavt adferdsuttrykk. Her påpekes det at YLS handler om at det er en høy sannsynlighet for at problematikken som beskrives ved gjennomgangen av YLS vil vedvare inn i voksenlivet (altså etter fylte 18 år). Flere av informantene peker på at YLS ikke er tilstrekkelige for å gjøre en strukturert klinisk kartlegging på ungdommer med fare for skjevutvikling. Dette fordi den den brukes først og fremst når adferdsproblematikken allerede har blitt stor. Man bruker ikke YLS for å fastslå om du har adferdsproblematikk, den er der.

Informanten henviser til Nit sin årlige rapport fra året før, som viser at rundt 50% av ungdommene hadde samme problematikk eller tyngre problematikk ved utflytting fra behandlingsinstitusjon. *«Det stemmer med Nit rapporten, at forskning viser at ungdommer med adferdsvansker har negativ påvirkning på hverandre. Det er derfor særlig uheldig at ungdom med henholdsvis lav og høy risiko for adferdsvansker tilbringer tid sammen. Fordi om man har samme diagnosen så er det vidt forskjellig behandlingstilbud fordi de må i hensynta individene og behandlingsforløpet. Og spørsmålet er om dette hensyntas i for liten grad når man kommer til tiltak».* Sitat informant 5. Videre henviser informanten til at Nit sier jo noe om at de ser en overvekt av hyperkinetiske forstyrrelser, samt høy forekomst av traumelidelse og selvskading, suicidal adferd og psykiske vansker som ikke er diagnostisert. Så de ungdommene som skåres inn i samme gruppe er ulike, med forskjellig tilleggspromatikk. Det er noe Nit rapporterer, og det feller sammen med rapporten til Barneombudet (2019).

Informant 3 tenker at det kan være flere ting som ikke fungerer i forhold til Nit, men nevner spesifikt *«.. måten NIT innhenter informasjon på».*

Flere av informantene er kritiske til måten informanten innhentes på. De sender ut skjema som de får tilbake informasjon på. Så sitter de og vurderer for seg selv og innad i teamet. Så når ungdommen kommer på en institusjon, så kan det hende at rusproblemet var mye større enn hva som var kartlagt fordi man kommer tettere på. *«Så da kan det hende at risikoen skulle vært høyere når man blir kjent med ungdommen»* Sitat informant 3. Videre forklarer informanten at de som vurderer YLS sender ut skjema som de får tilbake informasjon på. Så sitter de og vurderer for seg selv og innad i teamet. Så når ungdommen kommer på en institusjon, så kan det hende at rusproblemet var mye større enn hva som var kartlagt fordi man kommer tettere på. Så da kan det hende at risikoen skulle vært høyere når man blir kjent

med ungdommen.

Informant 6 tenker på kartleggingen til Nit som en skrivebordsvurdering, som baserer seg på det tilgjengelige materialet, de treffer ikke ungdommene, men er de som legger anbefalingene for hvem som skal inn på MulitfunC. Informant 2 sier mye av det samme «*Svakheten til Bufetats kartlegging ofte er at de ikke snakker med ungdommene og familien*». Noe lignende sier også informant 5 der påpekes det at Nit ikke snakker med ungdommene, og det stilles spørsmålsteget ved hvor blir det av barnets stemme? Spesielt med tanke på at dette er noe Bufetat har mye fokus på, barn og unges medvirkning.

Informanten opplever at informasjonen er for mye basert på rapporter fra barneverntjenesten eller andre instanser og at det er ikke alltid det finnes nok informasjon der. YLS oppleves av informantene som veldig generell. Spesielt er noen av informantene kritisk til at ingen snakker med barnet selv eller familien. At den er for mye basert på informasjon fra barneverntjenesten og annen skriftlig dokumentasjon (for eksempel epikriser).

Informanter som har jobbet som saksbehandlere forteller at det kan være vanskelig å få ta i nok informasjon på grunn av tidspress, spesielt slik som dagens situasjon i de forskjellige tjenestene er nå, hvor de fleste har byttet saksbehandlere flere ganger. «*Når man sitter der med en sak så kan det være vanskelig å kartlegge, for du har 3 måneder på deg og der skal du få opp barnets stemme, foreldrene og ungdommer er 15 år er skit lei saksbehandlere. Noe som gjør at man kan få vansker med å få frem barnets stemme, og da sitter du der bare med papirer om hva andre har ment*».

Informant 5 etterlyser også nyansene i Nit vurderingen som blir gjort, (dette er også etterlyst av informant 4 som omtaler det som spissing). Informantene er kritiske til at Nit sjelden søker informasjon fra miljøterapeutene der ungdommene bor mens de er akutt plassert. Informanten sitter igjen med en erfaring om at når man «*hører hvor ungdommen skal plasseres opplever miljøterapeutene at dette ikke henger på greip, men miljøterapeutene blir jo sjeldent hørt*».

5.5.1 Institusjon – vurderinger gjort før og etter plassering

Før ungdommen plasseres på institusjon, får institusjonslederne en beskrivelse av ungdommen gjennom Nit rapporten. Basert på denne skal man gi et tilbud man tenker passer til ungdommen. «*Da er det sånn at man kan tilby «det» i forhold til den kriminaliteten, hvis det er en problemstilling*». Videre forteller informanten forteller at «*jeg har jo sendt bort to søknader som ikke er målgruppen her i allefall*». Informanten opplever at bestillingen og beskrivelsen som gjøres i rapporten som sendes ut fra Nit er så generell at det er vanskelig å vite om man faktisk treffer med tilbudet man gir. «*Da er vi mer selektive i hvordan man velger ut ungdommene og bestillingene som er, fordi jeg opplever nok at de er litt mer generelle. Men vi prøver å spisse de inn mot den type problematikk som er her*». Informanten opplever at det ikke alltid harmonerer med ønsket til Nit å plassere på den type institusjon denne informanten driver, ut fra beskrivelsen i rapporten.

Informanten forteller at det kan være vanskelig å svare opp med et tilbud basert på Nit rapporten fordi den er lite spesifikk. «*Jeg har savnet er en mal i forhold til hvordan man, altså hvordan man sender tilbake tilbudet til Bufetat, skjønner du? Ut fra nit rapporten. Fordi det gjøres så forskjellig fra alle institusjoner og leverandører*». Informanten opplever at man heller svarer ut fra institusjonsplanen, enn å svare ut fra Nit rapporten når man gir tilbud om plass. Informanten tenkte at en felles mal for hvordan man skal svare opp i forhold til ungdommens problem på Nit rapporten hadde gitt mulighet for å spisse mer konkret hvert tilbud.

Flere informanter opplever at Nit rapporten ikke er spisset nok i forhold til barnets problem, og at det derfor også er veldig vanskelig å kunne svare konkret med hva man kan tilby utenfor det generelle. Spesielt i forhold til psykisk helse, mengden selvskading vil si mye for hvilke tiltak som settes inn. En informant som jobbet som avdelingsleder på institusjon, opplevde Nit rapporten som veldig generell. Informanten opplevde at Nit rapporten gjorde det vanskelig å svare på hva man kunne tilby som ville være spisset konkret mot ungdommen. Spesielt hva ungdommens psykiske helse egentlig handlet om opplevdes som mangelfullt.

Det er generelt er lite informasjon i forhold ungdommenes psykiske helse og hvordan den psykiske helsen har innvirkning på hverdagen. Informant 4 sier «*på en god risikovurdering der man får styrker/svakheter ville kanskje ha gjort det lettere å utarbeide en god tiltaksplan også? Fordi da har man en god kartlegging?*» Det savnes mer konkret beskrivelse i hvor omfattende den historikken er, «*hvor mye har de utviklet for eksempel selvskadingen, eller hvor mye har de utviklet den dyssosiale funksjonen da*». Opplevelsen til denne informanten er

at problematikken i stor grad er underrapportert, og at det oftest viser seg at det spesielt på den psykiske helse delen i rapporten er mye mer komplekst enn hva som fremstår i beskrivelsen av ungdommene, *«så skårer den ikke bra nok syns æ. Den blir for vag. Den blir veldig så generell»*. Informanten etterlyser mer spissing av problematikk før ungdommen flytter inn i institusjonen, slik at man har lagt til rette for rett type behandling. For på generelle beskrivelser, blir det generelle tiltak, og spissingen kommer i etterkant, og da blir man litt bakpå.

En informant synes også det er vanskelig med kombinasjonen av rus og adferd som tenkes inn på adferds institusjon. Spesielt når dette skal svares opp i forhold til tilbud, og informanten er usikker på om det er et godt nok tilbud å plassere ungdommer som er godt kjent med rus på adferdsinstitusjon, selv om Nit tenker det. *«Men da synes jeg at det skal være et godt nok tilbud til den personen som er så mye inn i rusen at det skulle vært en rusinstitusjon for eksempel, ikke bare en generell adferdsinstitusjon»*. Informantene opplever at det som kommer frem av informasjon ikke er beskrivende nok, og man opplever at problematikken forverres på institusjonen. Fordi man ikke hadde fått god nok informasjon på forhånd.

Etter at ungdommene har blitt plassert på §4.24 skal de bo i behandlingsinstitusjon i maks ett år. Skal oppholdet forlenges er det tungtveiende grunner for dette. Etter oppholdet i behandling, skal ungdommene flytte hjem igjen eller overføres til omsorgsinstitusjon. Fremgangen i behandlingen skal måles underveis i oppholdet og etter endt behandling. Om institusjonen i utgangspunktet før plassering ikke har fått god nok informasjon og kartleggingen er basert på for dårlig informasjon, kan institusjonen ha vært litt i *«knestående underveis»*, og den store endringen kanskje ikke har skjedd. *«Prosjektet på å inn i omsorgsinstitusjonene med disse ungdommene, for det har det vært flere av, er spennende. I ytterste konsekvens så flytter man til omsorg, så går det tre måneder så er det fullstendig Texas, så blir det en akutt plassering som utløser en ny adferdsplassering»* sitat informant 5.

Det er veldig viktig at den institusjonen som skal ta over ungdommene etter et år i behandlingsinstitusjon er veldig bevisst på hva de sårbare faktorene er når den ungdommen kommer dit.

Informantene som jobber på adferdsinstitusjon forteller at de skriver handlingsplan basert på punktene i Nit rapporten, og det er de man måler endring ut fra. Hver måned rapporteres det

inn til Bufetat og barnevernstjeneste om hvordan ungdommen har utviklet seg på de forskjellige områdene.

6. Diskusjon

I dette kapitlet vil funnene fra informantene drøftes opp mot gjeldende teori og etiske spørsmål. Diskusjonen er delt inn i 6 avsnitt. Første avsnitt handler om hvordan kartlegging kan skape systematikk. Andre avsnitt omhandler viktigheten av å kartlegge til riktig tid for at kartleggingen skal kunne være forebyggende, for å forhindre videre skjevutvikling. Avsnitt tre dreier seg om kompetanse på bruk av kartleggingsverktøy, også sett opp mot det politiske kravet om høyere utdanning på barnevernansatte. Avsnitt fire er barnets stemme og hvordan dette oppleves å mangle i dagens måte å kartlegge på. Avsnitt fem omhandler forståelse og formidling av resultatene til kartleggingene, mens det siste avsnitte, avsnitt seks, handler om tverrfaglig samarbeid og hvordan en kartlegging kan bidra til bedre samarbeid og felles forståelse.

6.1 Kartlegging for å skape systematikk

6.1.1 Systematisering av kunnskap

Systematisering av kunnskap handler om å få et helhetlig blikk over den informasjonen som foreligger på hvert enkelt barn eller ungdom. En slik systematisering av kunnskap bidrar til å gi et utviklingsforløp og kan si noe om hva som har endret seg over tid.

Informantene var opptatte av at man ikke trengte å være psykologspesialist for å gjøre gode kartlegginger. Det vurderte at det var viktig at man hadde god kunnskap om hvordan risikokartlegging skulle gjøres, og at man greide å se helheten i sakene. En informant tenkte at denne type kartlegging ikke var for alle, med dette mente informanten at man måtte ha interesse for risikovurdering og metodikken, og evnen til å systematisere og løfte blikket.

Fagforståelsen hver enkelt har med seg inn i risikovurderingen, vil være med å prege hvordan man tolker informasjonen man har, derfor er det i tolkningsfasen viktig å være transparent slik at det er mulig å se hvilken informasjon man danner beslutningen på. Det foreligger også en forståelse innenfor faggruppen som driver med risikovurderinger at dette ikke kan gjøres av hvem som helst. Det må ligge kompetanse og en god forståelse i grunn, både i forbindelse med bruk av manualer og for å kunne se helhetsbildet. Dette er noe informantene som jobber med risikovurdering til daglig påpeker, i tillegg til faglitteraturen (Bjørkly 2001; Bonta og Wormith 2014). Dette betyr at skal man ha et kompetanseløft på risikokartlegging og vurdering som er foreslått av regjering og flere, kreves det mer opplæring og kunnskap enn

innføring av en risikomanual. Dette krever at man finner strukturerte måter å gjennomføre dette fagløftet inn i de kommunale barneverntjenestene på, som er hensiktsmessige og ikke forhindrer det arbeidet som allerede gjøres.

En av de andre informantene tenkte at det på ett vis ikke var nødvendig med å bruke en manual, men at man kunne få mye god informasjon ved å bare systematiserer informasjonen man allerede hadde. For å kunne gjøre dette behøvde man ikke et spesielt kartleggingsverktøy, men man måtte greie å sette ting i sammenheng og skape et slags tidsperspektiv slik at man kunne se utviklingen. Denne informanten mente at det var en slik systematisering som ofte manglet, man behøvde ikke risikomanualer for å kunne gjøre gode beslutninger i forhold til valg av tiltak eller behandling. Dette kan tyder på at for å gjøre gode barnevernfaglige vurderinger, er det ikke nødvendigvis kartlegging av risiko som mangler, men tid og kompetanse til å sette ting i perspektiv og å vurdere de forskjellige variablene mot hverandre.

6.1.2 Barneverntjenesten

Informantene forteller at det foreligger lite systematisert dokumentasjon fra barneverntjenesten, og de ser heller ikke at denne kunnskapen blir systematisert senere heller.

De opplever at slik den kommunal barnevernstjeneste er bygd opp i dag ikke gir rom for systematiske risikovurderinger som noe man bør gjøre. Dette handler organisering og strukturering slik som politiske føringer og økonomi, mengde saker hver ansatt har, krav til dokumentering, frister som gir tidspress. I tillegg er barneverntjenestene preget av høyt sykefravær (Skotheim 2021), som gjør at det er forskjellige ansatte inn i en sak. Med forskjellige saksbehandlere inn i samme sak, som skal ta egne vurderinger, kan man miste oversikten og den røde tråden i det som gjøres.

Noen av informantene ser for seg at en risikokartlegging i et tidlig forløp ville ha fjernet mye av tidspresset og dokumentasjonskravet som dagens saksbehandlere sitter med. Innenfor strukturert klinisk vurdering samler man all tilgjengelig informasjon, og innhenter det man mangler, og foretar en helhetlig vurdering av saken (Helsedirektoratet 2018). Dette virker å samsvare med det barneverntjenestene skal gjøre i forbindelse med en sak man tenker må inn i en undersøkelsesfase. Det skal utformes risikoformuleringer, scenarioer og en strategi for å håndtere denne risikoen. Målet er at risikoen skal minimeres eller forsvinne. Dette er det samme som man i en undersøkelsessak skal finne ut. Hvilken type skjevutvikling er det snakk

om, hvilke risikofaktorer foreligger, hvilke beskyttelsesfaktorer foreligger. Hva må til for å minimere risikoen for skjevutvikling til ungdommen? Hva er risikoscenarioene? Slik sett kan det tenkes at en risikovurdering ville vært til hjelp med systematisering av informasjon. Informantene som jobbet i det kommunale barnevernet opplevde at det ikke fantes tid i arbeidshverdagen til å gjøre slike kartlegginger, selv om det på sikt kunne gjøre jobben lettere.

Christensen og Kojan (2016) beskriver at tidspresset påvirker hvilke beslutninger man tar innenfor barnevernsarbeid, man må ha tid til å skaffe et godt informasjons og kunnskapsgrunnlag for å kunne ta en godt faglig begrunnet vurdering. Det skal være rom for kritisk refleksjon og diskusjoner, og man må skjønne hva denne informasjonen betyr og hvordan den skal fortolkes i rett kontekst. Informantene forteller at tidspresset og kravet til dokumentasjon ikke samsvarer med kravet om å bli godt kjent med hver sak for å kunne foreta gode undersøkelser. Dette er noe man nasjonalt ser en reaksjon på nå, etter at regjeringen ønsker høyere utdanning på saksbehandlerne i barneverntjenesten for å sikre god nok kompetanse og mer riktige avgjørelser. Saksbehandlerne og forskjellige fagforbund påpeker at det ikke handler om manglende kompetanse, men at arbeidsmengden er for stor og man ikke får tid til å gjøre oppgavene sine godt nok. Dagens nyhetsbilde har også hatt disse sakene opp jevnlig, hvor regjeringen har fokus på økt kompetanse, hvorpå ansatte i barneverntjenesten ønsker bedre tid og mindre saker pr saksbehandler (Bufdir 2019). Informantene forteller at det er vanskelig å gjennomføre gode undersøkelser, når man har 30 saker som skal følges opp, og at det ofte er uro i noen av sakene, som gjør at man må prioritere hva man velger å gjøre. Christensen og Kojan (2016) forklarer at tidspresset saksbehandlerne har, er med på å påvirke beslutningene som tas. Har man dårlig tid, tyr man ofte til det som blir beskrevet som type 1 slutninger, slutninger som er preget av og være effektive og funksjonelle, men som kan være feil, fordi de baserer seg på en begrenset mengde informasjon. Her er det ikke rom for refleksjon eller analyse. Hadde hver saksbehandler hatt færre saker, ville saksbehandleren hatt bedre tid, noe som hadde gitt saksbehandleren et bedre grunnlag for å foreta gode vurderinger og skaffet en bedre relasjon til klientene sine. Etersom risikokartlegging tar tid, vil det heller ikke være mulig for saksbehandlere å bruke denne som metode, før organiseringen av tiden til saksbehandlerne blir annerledes. Informantene tenker organiseringen av dagens kommunale barneverntjenester gjør det vanskelig å få til strukturerte kliniske kartlegginger.

En informant fortalte at vedkommende i enkelte saker ble tvunget til å videresende dokumentasjon uten å ha foretatt noen egne vurderinger. Denne videresendingen av informasjon uten å arbeide systematisk med informasjonen på forhånd selv, oppga informanten handlet om tidspress. Informanten fortalte at det forekom at informasjonen som videresendes til andre etater er mangelfull fordi man ikke hadde tid til å skrive ned og systematisere kunnskapen. Informantene viste til tidspresset man jobbet under førte til at man ikke rakk å sette seg godt nok inn i sakene, og at man derfor ikke greide å jobbe systematisk med informasjonen, fordi man aldri rakk å komme ajour i dokumentene.

Informantene fortalte at den kommunale barneverntjenesten ikke hadde noen systematiske metoder eller manualer som veileder de ansatte på hvilke ressurser eller risikoer man skulle kartlegge. Noen av informantene hadde kjennskap til Kvellometoden, og denne hadde tidligere vært brukt for å ta avgjørelser i en del saker. Men informantene opplevde at man nå begynte å de bort fra Kvellometoden, da det var en opplevelse av at den hadde en del mangler, som gjorde vurderingene feil. Denne metoden har ikke blitt erstattet med noe andre kriterier eller kartleggingsverktøy ifølge informantene. Informantenes erfaringer er at mangelen på tydelige retningslinjer på hvordan man skal jobbe i henvendelsessaker fører til at beslutningene som blir tatt i barneverntjenestene er basert på egent profesjonelt skjønn. En informant kalte manglene i det kommunale barnevernet «*et nasjonalt sykdomsbilde*», og henviste til at erfaringene som kom frem ikke var unikt kun ved en tjeneste, men gjeldende for hele landet. Det informantene siktet til her, var at barneverntjenestene ofte hoppet på de siste trendene og fokuserte på en ting. Dette førte til at man glemte andre elementer i sakene og man mistet helhetsblikket. Informantene viser til at man velger å gå bort fra en metode som kartlegger systematisk, til å ikke ha noe annet systematisk å gå til. Informantene forteller at de ikke får til å skape systematikk i informasjonen de sitter med, fordi de ikke har tid til å gjøre akkurat det, grunnet økt saksmengde. Informantene mener at slik barneverntjenestene er organisert nå ikke hjelper å ha kompetanse på risikokartlegging, fordi det ikke finnes noe politisk prioritering på at dette skal gjøres, og da blir det heller ikke satt av tid til det.

Informantene opplevde at organiseringen av den kommunale barneverntjenesten var mangelfull. De viste til at barneverntjenesten ofte har ansvar for barn og unge som egentlig hører til under andre tjenester, slik som helsetjenester. Den manglende kartleggingen fører til at barnevernet har ansvar for barn og unge som egentlig skulle ha hørt til under andre tjenester. Det er ofte disse ungdommene man refererer til at havner mellom to stoler, det betyr at de tjenester er uenige om hva grunnproblematikken er. Ved en strukturert klinisk vurdering

ville man fått en annen forståelse av problematikken og spisset tiltakene bedre. Ene informanten forklarte at to ungdommer på 16 år med adferdsproblematikk vil kunne oppleves ganske like om man bare så på overflateadferden og man kunne tenkt at begge hadde behov for et opphold ved en behandlingsinstitusjon etter barnevernsloven. Ved å kartlegge disse to ungdommene, vil man kunne se at til tross for lik adferd, kunne hovedproblematikken til den ene ungdommen handle om autismespekter diagnose, noe som gjør at behovet for behandling og mulighetene for endring er annerledes enn hos en ungdom med adferdsforstyrrelser. Ved tidlig kartlegging ville det ha vært mulig å få skilt hva grunnproblematikken til ungdommene er, og de ha ville ha fått behandlingstilbud innenfor rett instans. Ved for sen eller manglende kartlegging vil adferdsuttrykket til en del ungdommer oppleves likt, selv om de kan ha forskjellig årsak og forskjellig behov i forhold til behandling.

En del av kritikken som er gjort mot barneverntjenesten den siste tiden er at vurderingene som blir tatt virker tilfeldige og at man opplever det er stor forskjell mellom de kommunale tjenestene i Norge (Barneombudet 2020; Storhaug mfl. 2020). Flere av informantene forklarte at det var veldig individuelt hvilke vurderinger som ble gjort i sakene. Informantene viste til at det var avhengig av hvem saksbehandleren var, fagbakgrunn og hvilken drivkraft saksbehandleren selv hadde. Informantene fortalte at det ikke fantes noen strukturert måte å jobbe etter når man skulle jobbe med undersøkelsessakene og saksbehandlerne var mye overlatt til eget skjønn og faglige vurderinger. Christensen og Kojan (2016) beskriver at beslutninger som blir tatt i barnevernet er preget av fire kompleksiteter. Den menneskelige kompleksiteten som blir beskrevet sier noe om hvordan man som saksbehandler kan fatte beslutninger på forskjellige grunnlag. Christensen og Kojan mener at raske avgjørelser blir tatt basert på faglig skjønn og klinisk intuisjon. Dette innebærer at man handler etter sin egen overbevisning om hva som ville ha vært rett i hver enkelt situasjon uten den kritiske refleksjonen (Christensen og Kojan 2016). Har man for eksempel en sosial-læringsteoretisk tilnærming til adferd, vil man kunne tenke at barnets adferd er lært, og man kan sette inn tiltak for å endre dette. Tenker man derimot at aggressiv adferd handler om biologiske faktorer i form av for eksempel ubalanse i hormoner, er det større sannsynlighet for at man tenker at dette kan behandles med medisin (Bjørkly mfl. 2014). Dette rommer muligheten for at slutningene man tar er feil, fordi man mangler informasjon eller ikke har et helhetsblikk (Christensen og Kojan 2016). De beskriver videre at det er viktig å være bevisst at den informasjonen man har, som kan være kompleks, bare er en del av den totale virkeligheten. Det man har fokus på kan gjøre at man ikke ser annen viktig informasjon. Dette sier også ene

informanten noe om, en opplevelse av at man mangler helhetssynet, at vurderingene i barnevernet blir veldig avhengig av saksbehandlerens fokus og pondus for å gå inn i sakene. Informanten tenker at når det er så individavhengig, vil det bli en risiko for at saksbehandlerens fokus vil føre til at andre deler ikke blir godt nok utforsket eller kartlagt. Gadamer var som nevnt tidligere opptatt av den praktiske klokskapen, som kommer på bakgrunn av praktisk erfaring og arbeid i fagmiljøet (Steinsholt og Juul 2019). Dette betyr at selv om barnevernsarbeideren tar en rask avgjørelse på intuisjon, så er det ikke nødvendigvis en avgjørelse som ikke er begrunnet i fag eller teori. Alle avgjørelser man tar i barnevernet kan vektes til fordel for eller imot for eksempel institusjonsplassering, det som er viktig er å forstå nyansene og hvordan handlingene vil innvirke på kort og lang sikt.

Barneombudet (2020) beskriver at barneverntjenestene i stor grad mangler helhetsblikket. Det finnes ikke noe tydelig kvalitetssikring på jobben som gjøres på individnivå hos saksbehandlere. Saksbehandlerne viser til at de ikke har kompetanse eller tid til å bruke risikokartlegging i undersøkelse. Dette til tross for at denne type systematikk vil kunne bidra til mer systematikk på kartlegging av hvilke områder problematikken dreier seg om. En risikovurdering ville muliggjort en tidligere innsats der det hadde vært behov, uavhengig av saksbehandlerens skjønn, da en risikovurdering ville tvunget frem et helhetsblikk og mer kritisk tenking.

Flere informanter forteller at mye av informasjonen som kommer inn er vag, underrapportert eller kommer inn for sent. Dette gjør at det blir vanskelig å sette inn gode tiltak tidlig. Samtidig jobber de etter prinsippet om mildeste inngripen, dette gjør at informantene tenker at en strukturert klinisk kartlegging vil være for inngripende i privatlivet til barna og deres foresatte. Etisk sett kan det være problematisk å kartlegge barn og unge etter det minste inngripens prinsipp (Sørensen mfl. 2016). Dette prinsippet handler om et forholdsmessighets prinsipp, som kommer til syne flere plasser i barnevernloven. Det innebærer at man ikke skal bruke mer inngripende tiltak enn nødvendig. Dette prinsippet skal følges både i undersøksfasen og når barn og unge allerede er plassert i tiltak etter barnevernloven (Sørensen mfl. 2016). Skal man kartlegge barn og unge i en undersøkelsesfase, må det foreligge en velbegrunnet årsak til behovet for kartlegging. En kartlegging tar mye ressurser og tid, og informantene er usikre på om det er hensiktsmessig å bruke så mye tid på de sakene der man tenker at det er en enkel løsning på problemene. Prinsippene i RNR modellen viser til at å sette inn tiltak der det egentlig ikke er nødvendig, gjøre mer skade enn nytte (Bonta og Wormith 2014). Men de sier ingenting om hvorvidt kartleggingen i seg selv gjør skade eller

ansees som inngripende. Informantene som jobber i barneverntjenesten, fortalte at ikke alle ungdommer som kommer i kontakt med barneverntjenesten har behov for grundig kartlegging. Her vil det kanskje ha vært nyttig å skilt mellom tame og wicked problems, og de med behov for kartlegging hører til sakene med wicked problems, hvor saken er kompleks og gjenstridig (Christensen og Kojan 2016). Wicked problems er beskrevet som saker der det ikke er et definert problem, det ikke virker å være noen gode løsninger på problemet og saken er kompleks og unik av natur. I slike saker finnes det ikke noen fremgangsmåte som er dokumentert fordi saken er unik, og ofte preget av dårlig samarbeidsklima mellom de forskjellige partene (Christensen og Kojan 2016). I slike saker ville det vært nyttig med en strukturert klinisk vurdering, slik at man får helhetsblikket og muligheten til å se hvordan de forskjellige problemområdene henger sammen. Dette ville muliggjort at tiltakene hadde en felles forståelse og enighet om problemområdene og tiltakene ville ha blitt bedre spisset.

Barneverntjenestene får kritikk fra Barneombudet fordi de har for liten informasjon og tar ikke informasjonen de har på alvor. Det henlegges saker som burde vært fulgt opp, noe som resulterer i at unger blir i dårlig omsorgssituasjon fremt til de utvikler adferdsproblemer. Det vises til at kartlegging og vurdering varierer og det mangler som regel en analyse av hva informasjonen innebærer for barnets behov for omsorg og behandling. I påvente av rett hjelp utvikler ungdommer psykiske lidelser og rusproblematikk, utfordrende adferd og havner i kriminelle miljøer (Barneombudet 2020). Når problematikken har fått utvikle seg så mye er det ungdommens adferd som får fokus og ikke årsaken til adferden, omsorgssvikten som ligger i grunn. Informantene viser til at det kan være vanskelig å få gjort en god kartlegging, fordi man ikke har nok informasjon om saken, eller saken handler om ting som ikke gir grunnlag for å foreta en videre kartlegging. Dette innebærer at saker blir henlagt, fordi man ikke har nok informasjon om saken eller ikke har grunnlag for å innhente mer informasjon. Hadde en kartlegging vært standard prosedyre ved henvendelsessaker, ville alle barn og unge som møtte tjenesten blitt kartlagt. En slik kartlegging ville tilføyd en del ekstra informasjon, og man ville fått et større helhetsbilde på hvordan de forskjellige elementene i ungdommens liv påvirker ungdommens valg og handlingsrom. En slags faglig standard på hva man skal innhente av informasjon hadde bidratt til et mer utfyllende bilde i komplekse saker. Dette ville bidratt til at man kunne sagt noe om livet til ungdommen ut fra flere synsvinkler. Et slikt bidrag ville også forklart hvorfor ungdommen presterer bra på noen arenaer, men dårlig på andre. Å ta en tidlig kartlegging ville innhentet mer informasjon som kanskje ikke var nødvendig, men samtidig ville man ha hatt en kartlegging som har sagt noe om potensialet for

videre skjevutvikling. Som ene informanten sa «for det kan gå bra, men det er ikke sikkert at det gjør det».

Barneverntjenestene får også en del kritikk fra barneombudet i rapporten «De tror vi er Shitkids, 2019», i forhold til mangelen på informasjon, å ikke ta informasjonen på alvor, samt at de henlegger saker som gjør at unger blir i dårlig omsorgssituasjoner for lenge og fører til at de utvikler adferdsproblemer. En informant mente at det som fantes av informasjon hos ungdommene i barneverntjenesten ofte var veldig tilfeldig og ikke satt i sammenheng med annen informasjon. Dette samsvarer med funnene til Barneombudet (2020). Dette kan tyde på at helhetsbildet ofte mangler hos ungdommene som er i barnevernet. At informasjonen er tilgjengelig i systemet, men at det ikke finnes noen som har gått igjennom denne informasjonen og strukturert den. En informant fikk ofte slike saker, hvor informasjonen ofte forelå, men det var ingen som hadde satt den i sammenheng med annen informasjon, eller etterspurt mer informasjon for å få et helhetsbilde. Informanten tenkte ofte at mye av problematikken til ungdommene kunne ha vært oppdaget på et tidligere tidspunkt om noen hadde gjort dette arbeidet tidligere. Det er uvisst om denne manglende systematiseringen handler om manglende kunnskap, at saksbehandlerne ikke vet hvordan man skal strukturere informasjonen, ikke forstår hva informasjonen kan type på eller at det ikke finnes tid og rom til å strukturere informasjonen.

I møtet med barneverntjenesten virker det veldig tilfeldig ifølge noen av informantene hvilke beslutninger som tas, og på hvilket grunnlag disse beslutningene blir gjort. Informantene som jobber i barneverntjenesten forteller om dårlig tid, mangel på systematikk og manglende kompetanse på å kunne gjennomføre strukturerte kliniske vurderinger. Når behovet for disse vurderingene kom, var det andre etater som fikk i oppdrag å gjøre vurderingene.

Barneombudets rapport «De tror vi er shitkids» (2020) og rapporten «Akutt- for hvem?» (Storhaug mfl. 2020) beskriver blant annet at barnevernsbarn har ikke noe krav om å bli kartlagt eller utredet systematisk når de kommer inn i barnevernet. Det gjør at behandlingen og tilbudene de får virker veldig tilfeldig. Barnevernets kartlegging og vurdering varierer veldig, det mangler som regel en analyse av hva informasjonen innebærer for barnets behov for omsorg og behandling. Dette gjør at argumentasjonen for valg av institusjon ofte blir standardpreget, det er vanskelig å vurdere hva slags hjelp som vil være barnets beste og det mangler systematiske beskrivelser (Barneombudet 2020; Storhaug mfl. 2020).

Det virker til at systematiseringen først skjer når ungdommene har utviklet et adferdsuttrykk som gjør at de må plasseres i behandlingsinstitusjon. Før ungdommen kommer i institusjon

virker dokumenteringen å være tilfeldig ifølge en informant. Informantene tenkte at informasjonen av barn og unge blir systematisert for sent, og man mister mye verdifull utviklingshistorikk, samtidig som det ofte ble barnets adferd som ble fokuset og ikke nødvendigvis årsaken eller drivkraften til adferden. Informantene tenkte at det ble barnets adferd som ble fokuset og ikke de foresattes dårlige omsorgsevner, noe som gjorde barna til årsaken av problemene, når de egentlig var resultatet av vedvarende omsorgssvikt.

Informantene fortalte at det er behov for å få kartlagt flere barn, og ikke bare de barna som skal plasseres videre etter bvl §4.24.

6.1.3 Institusjon

Når barneverntjenesten vurderer at det ikke finnes andre gode nok løsninger for barn og unge blir de plassert i barnevernsinstitusjon, dette kan være kortsiktige plasseringer, eller plasseringer frem til de ungdommene greier å bo selv. Det finnes forskjellige typer institusjoner, de deles inn i omsorgsinstitusjoner og behandlingssinstitusjoner og akutt institusjoner. Akutt er institusjoner hvor barn og unge bor en kort tid, når ting er uavklart og man trenger tid til å finne ut hvor barnet eller ungdommen skal bo senere. Akuttinstitusjonene er delt inn i omsorg og adferd, og det er barnevernsloven som regulerer hvor barn eller ungdommer plasseres, avhengig av hvilken lovhjemmel som brukes for plasseringen.

Valg av institusjon virker å være et spørsmål om flaks og tilfeldighet, det er sjelden flere tiltak å velge mellom, og for de ungdommene med størst problematikk ser tilbudet ut til å være dårligst (Barneombudet 2020). Dette samsvarer med informasjonen man får fra informantene. Informantene opplevde at risikovurderingen som Nit gjennomførte for å målgruppedifferensiere og tilby institusjonsplass var for generell og for lite spesifikk. Dette er også funnene i rapporten Akutt- for hvem (2020). Noen av miljøterapeutene som var informanter opplevde at den kartleggingen forut for institusjonsvalg hadde en del svakheter i forhold til informasjonsinnhenting. I sin rolle som miljøterapeut ble noen av informantene overrasket over valg av institusjon ut fra kjennskapen de hadde til ungdommene og de institusjonene som ble valgt. Noen informanter oppgav at det virket som å plassere i statlig institusjon var viktigst, dette er også noe som rapporten Akutt- for hvem (2020) peker på. Barneombudet (2020) sier det er for dårlig kartlegging og analyse av informasjon om ungdommene. I Barneombudets rapport vises det til at det er de manglene som fører til at institusjonsplasseringene blir feil og at det blir for tilfeldig valg av institusjon. Denne

mangelen handler om at det er noen ungdommer som er ukjente for barneverntjenesten, og en del ungdommer der de ikke har samlet nok informasjon på forhånd.

«Om institusjonen kanskje ikke har fått god nok info om ungdommen før plassering kan institusjonen være litt i knestående underveis, og den store endringen kanskje ikke har skjedd.» Informanten peker på noe essensielt her. Om informasjonen om ungdommen er feil, eller mangelfull, vil dette føre til at institusjonen som skal ta imot ungdommen får en ungdom med en annen eller alvorligere problematikk enn det som er beskrevet. En annen informant forteller at YLS er laget slik at man ikke kan skåre ungdommen på ting man ikke har «bevis» for, og at ungdommer under 14år, ikke kan skåres på risikoområdet kriminalitet.

Kan det tenkes at begrensningene i manualen Bufetat bruker gjør at man ikke får tilstrekkelig med informasjon? Ungdommene som er kartlagt med YLS er vurdert som bedre utredet enn de ungdommene som ikke er kartlagt, men fortsatt har kartleggingen et forbedringspotensial. Mangelfull kartlegging fører til at målgruppevurderingen og tilbudet ungdommen får blir mer tilfeldig (Grünfeld mfl. 2020). Dette kan ha en sammenheng med «wicked problems» hvor utfordringene til ungdommene er overlappede og gjenstridige (Christensen og Kojan 2016). Informantene oppleve at kartlegging av de unges psykisk helse var mangelfull. Det er flere som opplever at unges psykiske helse er for dårlig kartlagt i barnevernsinstitusjonene, samt at plasseringsgrunnlaget beskrives å være preget av adferdsuttrykket og ikke de bakenforliggende årsakene. Helhetsblikket på barnets behov, ressurser og ønsker mangler og ofte handler dette om tilgang til ressurser (Grünfeld mfl. 2020). Informantene opplevde at YLS kartleggingen var veldig generell og at den hadde lite informasjon i forhold til barnets psykiske helse. At YLS rapporten gav en generell beskrivelse, gjorde det vanskelig for behandlingsinstitusjonene å kunne spisse tiltaket. Informantene fortalte at ofte var problematikken til ungdommen annerledes enn det som var beskrevet i YLS rapporten. Dette førte til at institusjonen som tok imot ungdommen ikke var forberedt godt nok i forhold til forebyggende tiltak og behandling. Spesielt ble kartleggingen av psykisk helse trukket frem. En informant mente at det her burde være en bredere beskrivelse av hva den psykiske uhelsen handlet om, og hvilke innvirkninger det hadde for ungdommen og de rundt. Samme informant lurte også på hvordan man begrunnet at en ungdom som var godt inn i rusen skulle inn i en vanlig behandlingsinstitusjon for adferd og ikke en rusinstitusjon. En informant opplevde at det virket tilfeldig hvilke ungdommer de fikk henvendelse på, at flere av ungdommene de fikk beskrevet ikke passet til den type problematikk de jobbet med. Den manglende informasjonen ifra YLS rapporten førte til at spissingen i tiltakene ble dårlig og man var dårlig forberedt. De

generelle beskrivelsene ga et tiltak som ikke var spisset godt nok, en informant fortalte at da kommer spissingen i etterkant og da kommer man bakpå og greier ikke jobbe forebyggende nok for å unngå uheldige situasjoner. I behandlingen av ungdommer som er plassert i behandlingsinstitusjon, skal institusjonen svare opp hvordan endringsarbeidet går etter de 8 punktene i YLS rapporten. Dette danner grunnlaget for om tiltaket skal videreføres, hvor mye ressurser og hvilke typer endringer som skal gjøres. Dette kan bli problematisk om denne rapporten er for generell.

6.1.3.1 Akutt institusjon/Akutt plassering

Det har det vært et fokus på akuttarbeidet som gjøres i den kommunale barneverntjenesten. I 2021 kom Rapporten «Akutt- for hvem» (Storhaug mfl. 2020), denne rapporten peker på mye av det samme som kommer frem i rapporten «De tror vi er shitkids» (Barneombudet 2020). Institusjonsvalg virker å være tilfeldig valgt, og en del institusjonsplasseringer kunne ha vært unngått hadde man hatt mer kunnskap i forkant.

Noen av informantene tenke at en del akuttplasseringer var et tegn på at man har manglet den systematiske kartleggingen tidligere. Informantene hadde en opplevelse av at det ikke forelå noe systematisk helhetsbilde på disse ungdommene i forkant av plasseringen, til tross for at barna har vært i systemet en tid. Mange akuttsaker handler om at det i utgangspunktet er gjort en for dårlig kartlegging av hva saken handler om, og man har satt inn feil tiltak, og «plutselig» blir det akuttplassering, fordi man har vært «bakpå». Akuttplasseringer kunne ha vært unngått, hadde man jobbet mer forebyggende. Saker hvor man kunne ha jobbet mer som ordinær omsorgsovertagelse, skaper mindre frykt og er mindre belastende for barn og foreldrene. Da gir det mer tid til forberedelse og medvirkning (Slettebø og Paulsen 2020).

Informantenes erfaring var at systematisk kartlegging bidro til at man fikk til spissingen i tiltakene på en bedre måte og man kunne være veldig konkret i forhold til problematikken som fins. Akuttplassering skjer ifølge en informant fordi man mangler denne systematiske kunnskapen og man greier ikke å jobbe forebyggende og havner bakpå. Det har også vist seg at det i akuttarbeidet med barn og ungdom er for dårlig og tilfeldig kartlegging. Flere har påpekt at det er behov for en kompetanseøkning i forhold til risikokartlegging når det gjelder akuttarbeidet rundt barn og unge (Storhaug mfl. 2020). Samtidig er det viktig å vite at en risikokartlegging vil være preget av vår forståelse av problematikken. Vår forståelse vil farge hvordan man for eksempel tolker og møter aggresjon (Bjørkly 2001). Derfor må man være nøktern på hva man får ut av en kartlegging, og tolke det som en del av et bilde og være

tydelig på at resultatene av en kartlegging kan tyde på, og ikke er en fasit.

Dette kan tyde på at tidlig kartlegging kan være med å forhindre akutt plasseringer senere, fordi tiltak og behandling vil være mer spisset og konkret før det blir akutt plassering. Dette blir det som beskrives som *wicked problems*, problemene er komplekse, sammensatte og behandlingen er ikke selvsagt (Christensen og Kojan 2016). Ofte fører det til at man behandler de overliggende problemene, eller brannslukker (for eksempel ved å plassere i akutt institusjon), uten at man egentlig vet hva som er årsakene til adferden etter akutt plasseringen heller. *Deskriptive slutninger* vil kunne beskrive observerte hendelser, som ofte kan være årsaken til akutt plasseringen av ungdom blir vurdert. Det er som å beskrive omgangskrets, humør, uttalelser og om man opplever Ola som sint eller aggressiv. Videre vurderes det om Olas problemer kan forstås som en konsekvens av omsorgssvikt, såkalte *kausale slutninger*. Det må med andre ord sannsynliggjøres at Olas adferd er et resultat av mangelfull oppfølging fra foreldrene. Videre i en bestemmelse om hvorvidt Ola skal plasseres videre i institusjon handler om prediktive slutninger. Hvordan vil det gå med Ola om han fortsetter å bo hjemme? De prediktive slutningene er oftest vitenskapelig basert på hva forskning sier om konsekvenser av skadelige omsorgsbetingelser over tid. Det er aldri en fasit, men en antydning om hvilke konsekvenser bestemte tiltak eller beslutninger kan føre til. Komparative slutninger er kravet om at man skal sammenligne valgalternativene. Altså en prediksjon om fremtiden om Ola blir boende hjemme og en prediksjon av fremtiden om Ola flytter i institusjon. Slike slutninger oppleves å være lettere å ta når barnet eller ungdommen allerede har bodd en tid utenfor hjemmet, fordi da har man et sammenligningsgrunnlag (Christensen og Kojan 2016). En risikovurdering vil i slike saker kunne bidra med å samle informasjonen og danne gode risikoscenarioer for fremtiden basert på kjennskap til tidligere hendelser og hva som må til for å unngå de (Viljoen mfl. 2014).

Når ungdommer plasseres på akutt institusjon, er det forståelig at det i enkelte tilfeller er vanskelig å vurdere institusjon og plasseringsparagraf. Men når ungdommen har blitt plassert akutt i institusjonen, bør man begynne kartleggings og utredningsarbeid. Slik at man har tilstrekkelig informasjon gjennom en risikovurdering til å si noe om hvilken type institusjon ungdommen profitterer å flytte videre til eller hvordan oppfølgingen hjemme bør være. Dette vil følge prinsippene både i RNR modellen, som tenker at det skal være samsvar mellom risikofaktorer og tilbudet om hjelp (Bonta og Wormith 2014). En god del av ungdommene føres tilbake til hjemmene etter akutt plassering, dette betyr ikke nødvendigvis at alle

akutt plasseringene var feil plasseringer. Det kan være den pausen hjemmene og barneverntjenesten trengte, for å få til et godt nok hjelpetiltak i hjemmet. Samtidig kan det og tyde på at en del av tilbakeføringene var fordi det var gjort feil vurdering i akuttsituasjonen, fordi man ikke hadde god nok informasjon til å foreta rett vurdering. Det er viktig å ha fokus på at man skal unngå de uplanlagte akutt plasseringene, fordi de kan potensielt føre til merskade hos barn og unge (Christensen og Kojan 2016). En del av informantene peker på at en del akutt plasseringer egentlig ikke er akutt plasseringer slik akutt plassering er tiltenkt.

I rapporten Akutt- for hvem, tas dette opp som noe problematisk, da man tenker at akutt plasseringen kunne ha vært unngått, hadde man hatt bedre og mer riktig tiltak inn tidligere (Storhaug mfl. 2020). Christensen og Kojan (2016) beskriver prosessene som skjer når det skal fattes en beslutning, hvor man påvirkes av fire elementer. I samtale med informantene, og i de overnevnte artiklene oppleves det som at det er i de mest komplekse sakene informasjonen oftest blir feil eller mangelfull. Om man igjen ser på wicked problems så er det ofte preget av dårlig samarbeid, det kan være med foreldre eller barnet selv. På grunn av tidspress som følge av vurdering om akutt plassering kan det være krav til raske avgjørelser, noe som gjør at man tar begrunnelser basert på den informasjonen man har. Da vil man heller ikke kunne garantere at den akuttinstitusjonen man plasserer ungdommen på passer i forhold til ungdommens problematikk (Christensen og Kojan 2016).

6.1.3.2 Etter at ungdommen er plassert i institusjon

Når ungdommen har blitt plassert på en adferdsinstitusjon skal ungdommen bo der maks ett år. Etter oppholdet skal ungdommen flytte videre. Noen av ungdommene skal flytte til omsorgsinstitusjoner. Fremgangen i behandling måles underveis og etter endt behandling. Hvis institusjonen i utgangspunktet før plassering ikke hadde fått god nok informasjon, kan institusjonen ha vært litt i «knestående underveis» og den store endringen har ikke skjedd. Det at ungdommer som har bodd ett år i behandlingsinstitusjon skal over i omsorgsinstitusjon betegner ene informanten som problematisk. Informanten henviser til at hvis det ikke har blitt store endringen på behandlingsinstitusjonen, er det å flytte ungdommen over i omsorgsinstitusjon noe som er uheldig for flere parter. *«I ytterste konsekvens så flytter man til omsorg, så går det tre måneder så er det fullstendig Texas, så blir det en akutt plassering som utløser en ny adferdsplassering»* sitat informant 5. Dette viser til at disse ungdommene fort kan ende opp med mange flyttinger, fordi det egentlig ikke finnes noen egnet plass for de å

bo. Samme informant forteller også at man vet at over halvparten av de som har bodd i behandlingsinstitusjon har uendret adferd eller høyere adferd etter behandlingsoppholdet.

Dette tyder på at det er viktig med en god kartlegging av ungdommene før de kommer til en institusjon, den kastleggingen som gjøres i dag har en del mangler, som gjør at institusjonene ikke får et godt nok bilde av hvilken type problematikk ungdommen har. Informantene opplever ofte at problematikken var mangelfullt beskrevet eller at det ble beskrevet for generelt. Dette gjorde at man startet et behandlingsopplegg på feil premisser med feil tiltak og tilbud. Informantene opplever også at det er tilfeldig hvilke institusjoner ungdommene får tilbud om, noe kommer frem både hos miljøterapeutene som jobbet akutt og avdelingslederne som tok imot tilbud basert på YLS rapporten. Miljøterapeutene opplevde at YLS rapportens beskrivelser kanskje passet til ungdommene, men at valget på institusjonsplassering ofte ikke harmonerte med det miljøterapeutene tenkte var barnets beste. Dette kan tyde på viktigheten av at de som ser ungdommene i det daglige må være med på utformingen av risikovurderingen.

6.2 Kartlegging til rett tid

Tidlig kartlegging oppleves av noen informanter som vanskelig å gjennomføre, fordi det er til en viss grad lovfestet at man ikke skal gjøre mer inngripende undersøkelser enn det er behov for. Og det oppleves vanskelig å vurdere hvorvidt en risikokartlegging er mer inngripende enn nødvendig.

Tidlig kartlegging oppleves av informantene å være forebyggende for å forhindre skjevutvikling. Dette forutsetter at kompetansen hos saksbehandler foreligger.

Risikokartlegging vil kunne dette vært et nyttig verktøy ifølge informantene, da kartlegging av risiko samler all nødvendig informasjon som er tilgjengelig og setter det i et system opp mot annen informasjon. Flere av informantene har jobbet med ungdommer med alvorlig skjevutvikling som hadde begått alvorlige voldelige og seksuelle handlinger. Flere av informantene opplevde at adferden og bekymringen for disse ungdommene har vært til stede lenge før de alvorlige hendelsene fant sted. Til tross for denne kunnskapen hadde det ikke blitt satt inn tiltak før ungdommen begynte å utøve fysisk vold eller seksuell uønsket adferd. Når ungdommen har blitt 15 år og voldelig, så gjør det noe med både omsorgspersonene, men også med ungdommen. «*For æ lure på koss det er å være 15 år og ha utøvd alvorlig vold og*

aggresjon? Hva gjør det med deg som har gjort det, hva tenker de om seg selv?» sitat informant 3.

Samme informant hadde et inntrykk av at man ikke var så villige til å kartlegge eller utrede yngre barn. Tanken var ofte at man hadde tro på at det ville gå fint, bare man fikk gitt de rette omsorgsbetingelsene. Informanten fortalte at det erfaringsmessig ikke alltid gikk fint, det kunne gå skikkelig galt. Ofte velger man ikke å kartlegge før ungdommen utviser alvorlig aggressiv eller seksuell adferd, da for å vurdere en farlighets risiko. Informanten tenker da at man har brukt systematisk kartlegging for seint. Man må bruke kartlegging tidlig, før adferden overskygger alt annet, for å kunne være spesifikk i forhold til risiko og tiltak. En informant sier følgende: *«Hadde man kunne begynt tidligere og kartlagt systematisk i forhold til flere livsområder så tror jeg man kunne sluppet noe av de adferdsplasseringene»*. Samtidig påpekte en annen informant at det er vanskelig å finne essensen i vanskelige saker, når man får inn vage bekymringsmeldinger eller meldingene kommer inn for sent. En informant viser til at det er mange barn som vokser opp i dårlige omsorgsbetingelser, hvor det aldri meldes til barneverntjenesten før det har blitt et alvorlig adferdsproblem. Om barnehager, skoler, idrettslaget, politi og Ola Nordmann ikke melder ifra om bekymringene, vil det ikke være mulig for barneverntjenesten å fange opp problematikken tidsnok eller tatt tidlig kartlegging.

Informantene tenker at tidlig kartlegging kunne vært en vei å gå for å kunne forebygge mot en negativ utvikling, forhindre en akutt plassering eller gitt en eventuell bedre forståelse av situasjonen ved en akutt plassering. Ved å ta en kartlegging vil ungdommens problematikk være mer strukturert, og det ville vært mer tydelig hvilket eller hvilke problemer som må ha fokus først. Dette vil øke sannsynligheten for at man sitter med god og velbalansert informasjon, som gjør at man kan fatte riktige beslutninger videre (Bonta og Wormith 2014; Christensen og Kojan 2016; Grünfeld mfl. 2020).

En informant forteller om fagfolk som ikke ønsker å vite om den informasjonen som foreligger, fordi de ønsker et nytt og friskt blikk. Informanten tenker at denne type tankegang kan være uheldig for ungdommen sin del. Informanten begrunner dette i at man må ha noe strukturert informasjon for å kunne komme deg under overflateadferden. Det informant viser til er at ved å starte på nytt hver gang man møter ungdommen, vil man ikke kunne jobbe utviklingsfremmende, og man vil aldri greie å komme til essensen av problematikken.

6.2.1 Konsekvensene av for sen eller feil kartlegging.

Informantenes erfaring er at det er ungdommene er de som blir skadelidende av for sen kartlegging. Dette fører til at problematikken til ungdommene får utvikle seg over lengre tid før man får satt inn tiltak, og tiltakene som blir satt inn oppleves å være veldig generelle og lite spissede mot ungdommens konkrete problem. Dette fører til at tiltakene blir mer inngripende, som for eksempel tvungen behandling i adferdsinstitusjon. Når kartleggingen blir gjort etter at adferdsproblematikken har fått utvikle seg, opplevde informantene at det var vanskelig å finne det rette tiltaket. Problemene har blitt mer komplekse og det finnes ikke en enkel løsning.

Ved å vente med kartleggingen til problemene har blitt store og voldsomme, har man også latt ungdommen få etablert et mønster som kan være vanskelig å bryte. Konsekvensene av feil kartlegging fører til at ungdommene plasseres i feil tiltak. Dette kan være basert på målgruppedifferensiering eller at ungdommene havner i et behandlingstilbud som ikke er spesifikt nok i forhold til deres problematikk (Grünfeld mfl. 2020). En god og strukturert kartlegging vil kunne være med på å gi tilstrekkelig informasjon om barnet på individnivå, som gjør det mulig for institusjonene å vurdere om ungdommen passer inn i forhold til viktige faktorer som behandlingstilbud, bemanning, beliggenhet, andre ungdommer og andre individuelle risikofaktorer. Det er viktig at man bruker rett type risikokartlegging, slik at man kartlegger de problemområdene som foreligger. For å få til dette, kan man bruke en mer generell kartlegging først, for å finne problem og styrke områdene, for å ta en mer spesifikk kartlegging eller utredning på de områdene man ser det er behov for mer informasjon. Dette spesielt på områder man ser faller utenfor i dagens kartlegging, slik som psykisk helse (Grünfeld mfl. 2020). Det er viktig at prosessen man gjør er transparent, slik at det er tydelig hvilken informasjon vurderingen er basert på.

Flere informanter viser til at en risikokartlegging ikke kan predikere fremtiden, men den kan si noe om situasjonen her og nå og i kort fremtid. Det vil være behov for å oppdatere risikokartleggingen jevnlig, for å kunne måle endring i risikofaktorer, for å vite at man treffer med det tiltaket man har satt inn. Spesielt ved store endringer må en risikokartlegging gjøres på nytt. Uten en oppdatert risikokartlegging, vil man basere behandlingen på et grunnlag som ikke lenger er gyldig.

Samtidig viser informantene til at dagens risikokartlegginger beskriver den psykiske helsen for dårlig, og at dette er en av årsakene til at det oppleves vanskelig å spisse tiltakene godt nok. De bærende elementene i en SKV er at informasjonen man får i kartleggingsfasen må vurderes i sammenheng med annen informasjon og skaffe et helhetsblikk. RNR modellen er utviklet med evidens på at en høy skåre betyr at det bør settes inn mer tiltak for å hindre videre skjevutvikling, enn ved lav skåre. Å sette inn for mye tiltak på lav skåre vil i verste fall ha motsatt effekt, og forverre situasjonen (Andrews mfl. 1990; Bonta og Wormith 2014; Spice mfl. 2012). Samtidig har RNR modellen et fokus på å fjerne kriminell adferd, hvor psykisk helse ikke blir kartlagt i noen større grad, med mindre den overskygger den andre adferden (Bonta og Wormith 2014). Dette fører til at man i dag med dagens risikomanualer, trenger tilleggsopplysninger om ungdommenes psykiske helse. Det er en felles enighet om at ungdommer som er i barnevernet oftere har flere og mer sammensatte psykiske problemer enn barn som ikke er i barnevernet (Barneombudet 2020).

Informantene tenker at tidlig kartlegging kan være med på å forhindre skjevutvikling som fører til akutt opphold på institusjon eller adferdsplassering. I rapporten til barneombudet (2020), oppgis det at flere av de ungdommene de hadde snakket med hadde en vanskelig oppvekst og flere kjente risikofaktorer hadde vært til stede tidlig, og vært kjent for barneverntjenesten. Til tross for denne kunnskapen manglet det tidlig innsats til disse barna. De fikk ikke god nok hjelp og problematikken til disse ungdommene ble svært alvorlig før noe skjedde (Barneombudet 2020). Ved å få kartlagt bedre, vil man etter prinsippene i RNR modellen ha bedre oversikt over hva som er ungdommens risikoområder, hva som driver risikoen fremover og hvilken behandling dette eventuelt må ha (Bonta og Wormith 2014). Dette er og en av anbefalingene barneombudet kommer med i sin rapport, at barn og unge må kartlegges bedre før plassering og før man beslutter om man skal gjøre et tiltak eller om man skal henlegge saken. Dette basert på at mange barn blir gående for lenge med for dårlige oppvekstvillkår, og på at det er mange flyttinger imellom institusjoner fordi kartleggingen er for dårlig (Barneombudet 2020). Dette var også noe informantene fortalte, de problematiserte også det at det kunne være vanskelig å få satt inn et hjelpetiltak når barnets foresatte motsatte seg det. Her tenkte de at en strukturert klinisk vurdering kanskje ville bidra positivt inn for å gi de foresatte en mer grundig begrunnelse. Samtidig vil kanskje ikke en slik kartlegging endre foreldrenes syn, og de likevel velger å takke nei til hjelpetiltak. Likevel vil man, ved kartlegging tidlig kunne følge med på barnet og ungdommens utvikling selv om foreldrene

takker nei til hjelpetiltak. Dette gjør at man ved en senere anledning kan vise til en eventuell skjevutvikling som har begynt og som har endret seg siden sist.

En kartlegging vil også vise til hvilke områder man har for lite informasjon på, og ved å få tak i denne informasjonen vil det være lettere å kunne si noe om helhetsblikket til ungdommen.

En informant forteller at barneverntjenestene har mange barn i systemet som egentlig hører til under andre hjelpesystemer, slik som helse. En tidlig kartlegging vil kunne bidra med å sende barn og unge til den etaten de hører til under. Dette for at de skal få den hjelpen de har behov for av de hjelperne som har rett kompetanse.

Her kommer det også frem at en del fagfolk ikke ønsker å kartlegge de yngre barna, fordi de tenker at utviklingen går fint, bare de får de rette omsorgsbetingelsene. En informant er bekymret for dette da informanten tenker at det er ikke alltid det går bra. Ved å kartlegge tenker informanten at man kan følge med på at utviklingen går rett vei. Informanten tenker at tidlig kartlegging kan bidra til å tilpasse og styrke opp rundt barnet eller ungdommen og at dette kan bidra til at man unngår brudd i familier, fosterhjem eller institusjoner. Tanken er at med systematisk kartlegging vil man kunne spisse tiltaket man setter inn mye bedre. Målet er å sette opp tiltak som forhindrer skjevutvikling og sikrer mestring.

Informantene sa at det er viktig å vite hvilke risikofaktorer man har sett hos personer det ikke har gått så bra for, og følge med de barn og unge som har disse risikofaktorene. Blir man bekymret for ungdommene er det bedre å gjøre en strukturert kartlegging når bekymringen oppstår, enn å vente til problematikken har blitt massiv og adferden overskygger alt annet.

Barnevernsbarn allerede er en gruppe som står i risikozonen for å bli utenfor samfunnet på flere arenaer, både i forhold til utdanning og jobb. Ved å ikke kartlegge problematikken til barn og unge tidlig, vil tilbudet de får, være preget av tilfeldigheter.

6.3 Kompetanse på bruk av risikovurderingsverktøy

At det mangler lite kompetanse på strukturerte kliniske vurderinger fører til at barn og unge blir i tiltak som ikke fungerer for lenge, eller de blir akuttpassert fordi tiltaket rundt de ikke greier å håndtere situasjonen lenger. Informantene forteller at det foreligger liten kunnskap om å bruke strukturerte kliniske vurderinger for å kartlegge risiko i tjenestene disse informantene jobbet i. Om dette er generaliserbart for hele landet er uvisst. En informant som hadde jobbet i flere tjenester flere steder i landet kalte det en «nasjonal sykdom» akkurat dette med å ikke være spesifikk eller å jobbe etter bestemte strukturerte metoder. Kvellometoden

oppgis å ikke være tilstrekkelig lenger, og det virker ikke som denne metoden blir erstattet med noe annet nasjonalt.

Samtidig forteller informantene at nasjonale standarder blir for rigide og lite fleksible i forhold til enkeltindivider, så det som kanskje etterlyses er mer et minimumskrav i forhold til kartlegging.

Ved behov for ytterligere kartlegging, da spesielt i form av utredninger oppgav informantene at man benyttet seg av BUP. Risikokartlegging skjedde som oftest når ungdommen var akutt plassert og det ble vurdert at den skulle plasseres videre etter bvl §4.24. Da ble de kartlagt av Nit, som brukte metoden YLS. Dette betyr at man ikke benytter seg av risikokartlegging for å forebygge, men for å finne veien videre etter at en skjevutvikling har startet. Flere informanter tror at man med fordel kan benytte en kartlegging tidligere og forebygge for skjevutvikling.

Handler det om manglende kompetanse til å forstå innholdet i informasjonen, hva det kan tyde på sett i sammenheng med annen informasjon, er det ikke sikkert det vil hjelpe med en risikovurdering. Dette fordi en slik vurdering vil være preget av saksbehandlers kunnskap, og forståelsen av vurderingen vil være preget av det kunnskapssynet saksbehandleren har. Spesielt når det kommer til å tolke epikriser og psykiatriske vurderinger vil det kunne være vanskelig for en med barnevernfaglig utdannelse å sammenfatte et helhetsbilde, med mindre man har mer konkret kunnskap innen det feltet eller søker hjelp om utforming av disse områdene hos en psykolog. Risikoen kan ellers være at beskrivelsen av problematikken blir for vag eller feil beskrevet ut fra den aktuelle problematikken.

6.4 Barnets stemme

Flere informanter var bekymret for at kartleggingen fra Bufetat ikke tok med barnets stemme. Flere av informantene forteller at ungdommene som blir vurdert etter Bufetats kartleggingsmetode YLS ikke fikk medvirke i kartleggingen. I beskrivelsen av YLS, står det at metoden baserer seg på et semistrukturert intervju med ungdommen, og annen informasjon i tillegg (Andrews mfl. 1990; Bonta og Wormith 2014). Så hvorfor man i Bufetat har valgt vekk denne delen av manualen, når barn og unges medvirkning står høyt, er uvisst. Likevel oppleves det som problematisk at man velger vekk samtaler med ungdommene, når det er beslutninger om deres egne liv det handler om. Barnevernloven § 1-6 lovfester barns rett til medvirkning i «*alle forhold som vedrører barnet*» (Barnevernloven 1993). Her handler

diskusjonen om fagekspertise kontra brukermedvirkning. Vil personen med fagekspertise kunne gjøre en bedre beslutning på vegne av ungdommen som er til ungdommens beste? Barn og unge vil fatte beslutninger basert på hvordan deres liv er her og nå, dette begrunnet med at det i tenårene er det mange biologiske faktorer som påvirker kroppen til ungdommene. Hjernen utvikles langsomt i tenårene og det gjør ungdommene også ekstra sårbare for påvirkning. Frontallappen er en av de områdene som utvikles sist, og det er i disse områdene tanker og adferd styres fra, de er viktige for blant annet planlegging, konsekvenstenking og impuls kontroll (Jakobsen 2015; Jervell 2014). Forskning viser til at barn og unge ønsker å bli involvert i prosessen og det viktigste ikke er å få det som de vil, men å bli lyttet til, få sagt sin mening, få vite hva som skjer og å få støtte (Christensen og Kojan 2016). Dette viser til viktigheten av at ungdommene, selv om de skal kartlegges, bør involveres i prosessen. Dette er også juridiskfestet i FNs barnevernkonvensjon og Forskrift om medvirkning og tillitsperson og barnevernloven (Barne og familiedepartementet 2014; Barnevernloven 1993; FNs konvensjon om barnets rettigheter 1991). Dette viser til at det egentlig ikke burde vært problematisk å snakke med de ungdommene som skal kartlegges i forbindelse med plassering i behandlingsinstitusjon, og at motivene for å ikke gjøre dette burde være begrunnet og formidlet til de ungdommene det angår.

I de forskjellige risikomanualene som brukes i dag er det ikke lagt opp til at de som skal kartlegges skal få medvirke i den grad barnevernloven krever at barn og unge har rett til medvirkning (Barnevernloven 1993). Barn og unge deltar ikke på utformingen av sin egen risikokartlegging. Dette anser flere av informantene som problematiske, spesielt i forhold til at kartleggingen veier tungt i forhold til tiltak videre. En av grunnene til at risikomanualene er utformet slik, er fordi de i utgangspunktet har sin opprinnelse innenfor rettspsykiatri. Hvor målet med kartleggingen var å vurdere risikoen for gjentagelsesfare (Bjørkly mfl. 2014). Selv om risikomanualene har utviklet seg gjennom årene til å ha et utviklingsfokus av barnet eller ungdommen i stedet for et beskyttelsesfokus for samfunnet (Askeland mfl. 2017), er barnets medvirkning ikke et stort nok fokus. Det kan tenkes at dette handler om en forståelse av at det er fagpersonen som best vet hvilke tiltak og risikofaktorer det må jobbes med, og man glemmer at medvirkning og medbestemmelse handler like mye om å få bli lyttet til, som det å faktisk bestemme (Christensen og Kojan 2016). I en del manualer finnes det forslag og tips til at man skal snakke med ungdommene om risikoområdene. Det opplevdes fra informantens side at dette ikke ble benyttet. Slik sett forsvinner det en del viktig informasjon vedrørende ungdommen, og ungdommen får ikke eierskap til sin egen historie. *Barnets perspektiv og*

meninger skal inkluderes i vurderingen av hva som er barnets beste. Barnets synspunkter skal tillegges vekt i samsvar med barnets alder og modenhet. Barnet skal informeres om de ulike avgjørelser som er truffet og hvilke vurderinger som ligger til grunn for disse (Barne og familiedepartementet 2014). Når man ser hvordan YLS er bygd opp, kommer det frem informasjon om at YLS baserer seg på et semistrukturert intervju med ungdommen og i tillegg innhentes det opplysninger fra andre, slik som skolerapporter, epikriser, miljørapporter og annet (Jakobsen og Kornør 2017). Ungdommene som kartlegges for videre plassering etter YLS av Nit ikke får forespørsel om å delta på dette semistrukturerte intervjuet, selv om der betegnes som er en del av metoden. Dette til tross for at barns medvirkning er festet i Norsk lov. Et viktig poeng i strukturert klinisk vurdering er at barnets stemme blir hørt. Det er ungdommens liv man skal kartlegge og tiltakene man skal sette inn, må også kommuniseres til og helst i samarbeid med ungdommen. Å ha en samtale med ungdommene og få høre deres tanker og vurderinger vil gi en nyttig informasjon og kjennskap til ungdommen som ingen andre kan gi. Endringsarbeid er vanskelig å få til, og man er avhengig av at ungdommen er med på endringsarbeidet, ellers vil man få ungdommene som betegnes som ikke behandlingsmottagelige. Man får ikke til å endre risikoområdene i ungdommens liv, om ungdommen selv ikke er motivert. Forskning har vist at ungdommer ikke nødvendigvis ønsker å ha siste ordet i beslutningen som skal tas, men at de ønsker å bli sett og hørt og tatt med inn i avgjørelsene som blir gjort. Fagfolk kan ha bedre kompetanse til å foreta en beslutning vedrørende en ungdoms muligheter for endring og behandling, men ungdommene bør likevel snakkes med og lyttes til (Christensen og Kojan 2016).

6.5 Formidling og forståelse av resultater

Informantene hadde en erfaring med at man kunne ha forskjellig forståelse av hva en risikovurdering var og hvordan resultatene skulle forstås. De var opptatte av at formidlingen av resultater måtte gjøres på en slik måte at alle parter satt med den samme informasjonen og forståelsen.

Det finnes risikomanualer som samler alle partene inn til stormøter for å innhente informasjon og kartlegge risikoen sammen. På denne måten blir prosessen transparent og alle parter sitter med samme informasjon. Det er en felles forståelse av hva risikoene er, alvorlighetsgraden av dem og et felles mål om å hjelpe ungdommen (Viljoen mfl. 2014). Flere av informantene hadde gode erfaringer ved bruk av slike metoder, og foretrakk slik metode ved vurdering av risiko. En slik risikovurdering blir også mer forståelig for foreldrene, fordi språket og ordene

som brukes er ikke fagspesifikke i samme grad som en del andre risikovurderinger kan være. Fagspesifikke ord kan skape en forvirring om hva det egentlig snakkes om ifølge informantene.

En informant forklarte hvordan man kunne misforstå innholdet i en vurdering, og gjøre ting verre for de man jobbet med. Informanten brukte et eksempel hvor man møter en ungdom som skårer lavt på verbalforståelse og så møter denne ungdommen et hjelpeapparat som er verbalt, som ikke forstår ungdommens problematikk. Dette vil skape mer frustrasjon og utagering hos ungdommen som kunne ha vært unngått hadde man forstått hvordan problematikken utfolder seg i praksis. Veldig ofte vil en slik ungdom bli stemplet som vanskelig, aggressiv eller farlig, fordi man ikke har forstått hva det handler om. Ved å ha en forståelse av hva problematikken innebærer i ungdommens levde liv, rent praktisk hvordan dette ville påvirke interaksjon, samarbeid og hvordan miljøterapeuten skal opptre i møte med denne ungdommen, ville man ha hatt en mulighet til endring (Mcdonnell 2013). Da vil man møte ungdommen på en mer forståelsesfull måte, som gjør at ungdommen unngår å bli betraktet som bare farlig. Forventningene fra de ansatte, lærere, foreldre eller andre vokse kan være for høye til ungdommen i forhold til hva ungdommen faktisk greier å prestere. Slike hendelser der det ikke er samsvar mellom forventninger og mestringsnivå skaper aggresjon og episoder med vold (Mcdonnell 2013).

Informantene opplevde at å skape en felles forståelse av informasjonen som forelå kunne være vanskelig. Fagbakgrunn og individuell tolkning førte til at man oppfattet samme informasjon forskjellig. Informantene var opptatt av at det var viktig å forstå risikovurderingene og resultatene sammen. Hva den betydde og hvordan denne informasjonen skulle brukes i forhold til valg av behandling og tiltak var viktig.

Flere informanter forteller at de opplever at det foreligger en del informasjon på ungdommene, men at informasjonen ikke kommer godt nok frem. Det oppleves det at informasjonen ikke er godt nok beskrevet, eller systematisert nok. Informasjonen er med andre ord tilgjengelig, men det finnes ikke noen som har greid å sette informasjonen i system, slik at det foreligger et helhetsbilde av all tilgjengelig informasjon. Noen av informantene forteller at det hender når informasjonen er gitt til samarbeidspartnere eller foreldre at mottageren av informasjonen ikke får med seg budskapet eller ikke forstår innholdet i informasjonen. Dette oppleves som problematisk av flere grunner, blant annet fordi det da kan oppstå misforståelser og behandlingsopplegget til ungdommen blir feil. Det øker også risikoen for at ungdommens adferd øker (Mcdonnell 2013).

Informantene hadde forskjellige erfaringer og kunnskap om hvordan Nit kartla ungdommene og veien til behandlingsinstitusjon. De aller fleste kartleggingene som gjøres i den kommunale barneverntjenesten blir gjort av eksterne samarbeidspartnere. Dette begrunner informantene med at det ikke finnes den type kompetanse i barneverntjenestene.

Kartleggingen fra YLS gir ifølge informantene en altfor generell beskrivelse og at den oppleves som lite spisset på problemområdene. Spesielt de institusjonene som har spesialisert seg innen enkelte typer av problemområder, opplever det at med vag spissing fører til at de ikke vet om beboer faktisk passer ut fra det tilbudet man kan tilby. Spesielt på områder som angår psykisk helse og rus opplever informantene som dårlig kartlagte områder eller at man ikke greide å formidle resultatene fra kartleggingen på en god måte. Dette er ifølge informantene områder som er viktige for å kunne vurdere om man kan gi et godt tilbud. Hvor mye selvskading er det, hvilken type? Hva slags psykiske problemer er det? Er det utvikling av en form for personlighetsforstyrrelse, er det depresjon, er det angst. Hva innebærer den type informasjon for tiltaket og de andre beboerne der?

6.5.1 Skåren på risikovurdering og institusjonsvalg

Informantene hadde en felles forståelse på YLS skåren, om at skåren lav, medium og høy refererer til sannsynligheten for at den negative utviklingen vil følge inn i voksenlivet. Samtidig oppleves det som at det er en misforståelse om adferdsuttrykket til ungdommen. Informantene som jobber i institusjon og barneverntjeneste tenker at høy skåre også betyr et mer kraftig adferdsuttrykk, mens de informantene som jobbet med risikovurdering og som rådgivere forteller at selv om skåren er høy, sier den ingenting om adferdsuttrykket i så måte. Man kan skåre høyt i YLS og ha et lavt adferdsuttrykk, eller motsatt skåre lavt på YLS men ha et høyt adferdsuttrykk. Dette er en misforståelse som åpenbart skaper problemer i forhold til institusjonsvalg om ikke adferdsuttrykket er beskrevet ytterligere i detalj i YLS rapporten. Dette fordi informasjonen fra YLS rapporten er den som lager grunnlaget for hva institusjonene svarer de kan tilby av behandling.

Målgruppedifferensieringen til Bufetat har vært viktig, men det viser seg også at mange ungdommer faller utenfor denne differensieringen. Dette er spesielt de ungdommene med utfordringen knyttet til psykisk helse. Skillet mellom behandlings og omsorgsinstitusjonene oppleves som diffus, og ungdom men utfordringer knyttet til sin psykiske helse har like stort behov for behandling som ungdommene som er plassert på behandlingsinstitusjoner

(Grünfeld mfl. 2020). Dette samsvarer også med RNR modellen, tiltak og behov skal stå i forholdsmessighet (Bonta og Wormith 2014). Målgruppe differensieringen har gitt et mer tilpasset behandlingsforløp, men en stor andel av ungdommene med store psykiske problemer havner inn under omsorgsinstitusjonene. Dette er problematisk både i forhold til gruppedynamikk og behandlingsbehov. Disse ungdommene har ofte brutte relasjoner med BUP, og er heller ikke motivert for behandling, for disse ungdommene finnes det ikke et målrettet tilbud per dags dato (Grünfeld mfl. 2020).

En del institusjoner uttrykker etter plassering at adferdsuttrykket til ungdommen er for vanskelig til at de kan bo i den nevnte institusjonen, det er som oftest en av hovedårsakene til at ungdom får uplanlagte flyttinger, grunnet eskalerende eller problematisk adferdsuttrykk. I rapporten til barneombudet (2020) oppgir flere av ungdommene at de har flyttet opptil flere ganger mellom institusjoner. Barnevernets kartlegging og vurdering varierer, det mangler som regel en analyse av hva informasjonen innebærer for barnets behov for omsorg og behandling. Dette gjør at argumentasjonen for valg av institusjon ofte blir standardpreget, det er vanskelig å vurdere hva slags hjelp som vil være barnets beste. Derfor vil det være viktig at et slik skille presiseres i risikorapporten som sendes ut, når institusjonsplassen skal på anbud (Barneombudet 2020).

6.5.2 Innhenting av informasjon til kartlegging

Flere av informantene var skeptiske til metoden Nit brukte når de innhentet informasjon til sin rapport. Noe av denne skepsisen hadde sammenheng med manglende samtaler med ungdommene selv, i tillegg til at miljøterapeutene som jobbet med ungdommene i på de akutte institusjonene sjelden ble spurt om deres vurderinger. Enkelte informanter var kritiske til at kriteriene for å skåre på de 8 punktene i Nit vurderingen var strenge, som gjorde at vurderingen kunne ende opp med å underrapportere et problem. Nit innhenter informasjon til å gjøre sin kartlegging ved å samle inn skriftlig dokumentasjon og snakke med saksbehandlere eller andre som kjenner ungdommen. En informant omtalte denne type kartlegging som en «*skrivebordsvurdering*».

Kartleggingen som utføres av barneverntjenesten er det som danner grunnlaget for prosessen før og ved inntaket på institusjon. Informantene opplevde at YLS kartleggingen er av en bedre kvalitet i forhold til informasjonen som blir gitt, enn når barna bare blir beskrevet fra barneverntjenesten. Likevel opplever informantene at YLS rapporten har mangler i forhold til

barn med store utfordringer med sin psykiske helse. Disse ungdommene havner ofte på omsorgsinstitusjoner, hvor deres behandlingsbehov ikke blir møtt. I praksis ville det ha vært viktig med noen stoppepunkter, for å få kvalitetssikret at informasjonen man har er riktig og at de valgene man tar sammenfaller med de beslutninger man tenker å gjennomføre (Grünfeld mfl. 2020).

En informant forklarte at hvis en ungdom er evnetestet og har stort sprik i testen, vil det ikke være mulig å si hvor ungdommen ligger evnemessig, fordi den skårer tilnærmet normalt på praktiske ferdigheter, men lavt på verbal forståelse. Tendensen er at samarbeidspartnerne husker at ungdommen lå tilnærmet normalt på de praktiske ferdighetene og glemmer resten. Dette vil i praksis føre til at ungdommen bli misforstått, i form av at man tenker ungdommen forstår mer enn den faktisk evner å forstå. Dette betyr at ungdommen virker for andre oppegående, fordi den blir dømt ut fra sine praktiske ferdigheter, mens ungdommen ikke forstår det som blir sagt rundt seg. Dette skaper avstand og for ungdommen kan det skape utrygghet og avmakt. Noe som igjen kan føre til utagering og vold, fordi det som forventes av ungdommen og det ungdommen mestrer ikke samsvarer (McDonnell 2013). Eller at behandlingstilbudet ungdommen får ikke samsvarer med det reelle behovet (Grünfeld mfl. 2020). Dette viser at risikovurderingen eller kartleggingen som blir gjort, ikke har stor verdi, om man ikke forstår informasjonen den gir.

Det som oppleves som misforståelse forhold til YLS, hvor den ikke sier noe om det fysiske adferdsuttrykket i selve skåren, men man har implisitt forstått det slik, kunne lett vært unngått. Blant annet ved å bedre beskrive ungdommen i rapporten. Slik dagens forståelse er blant en del avdelingsledere innebærer det at informasjonen de svarer ut fra, er misforståelser, som får konsekvenser for behandling av ungdommen. Først og fremst fordi man setter inn tiltak som ikke passer til ungdommens behandlingsbehov (Grünfeld mfl. 2020). Ungdommen opplever å bli misforstått og kravene som blir satt, samsvarer ikke med hva ungdommen mestrer, noe som er en av de største årsakene til utagering i institusjon (McDonnell 2013). En annen konsekvens av feilvurderinger er at man potensielt vil påføre ungdommen mer belastning som vil øke de allerede tilstedeværende problemene ungdommen har, altså en eskalering i skjevutviklingen (Bonta og Wormith 2014; Multifunc.org 2020).

Informantene sier at det i akuttsituasjoner er vanskelig å kommunisere og huske all informasjonen, men samtidig at akuttsituasjoner sjelden kommer fordi det er mer akutt, men fordi omsorgspersonene ikke greier mer (Grünfeld mfl. 2020). Dette peker på en viktig del av dette med kommunikasjon, gir omsorgspersonene opp fordi de har blitt presset lengre enn de

egentlig har evnet, eller gir de opp, fordi det ikke foreligger noen gode nok strategier i bunn basert på den informasjonen man har?

Det er en felles forståelse av at det som har blitt kartlagt er viktig. Hvordan sikrer man at alle parter sitter med samme informasjon og en felles forståelse? Informantene har forklart at til tross for at det foreligger en del kartlegginger, så misforstår man innholdet eller vektlegger innholdet forskjellig. Dette er noe Bjørkly (2001) beskriver i forhold til forståelsen av aggresjon. Hvilken forforståelse vi møte aggresjonen med, er med på å påvirke hvordan vi responderer til aggresjonen. Forstår vi den ut fra sosial læringsteori anser vi adferden som noe lært, som kan avlæres, da tyr man oftest til metoder med belønning eller straff og et konsekvensfokus. Ser man adferden ut fra et nevrobiologisk perspektiv, kan man tenke at dette handler om en fysisk skade på hjernen, som ikke er reversibel, og man setter inn tiltak for å forhindre mer skade, fremfor tiltak for å endre adferden. Slik kan man tenke om forståelsen i forhold til informasjonsinnhenting også, uten å forstå drivkraften bak risikoen til ungdommene, vil vi ende opp med å sette inn feil tiltak, og vi kan ende opp med å sette inn tiltak som gjør mer skade enn nytte (Bonta og Wormith 2014).

En annen grunn til at det å kommunisere risiko kan være problematisk kan være fordi språket i de forskjellige kartleggingsverktøyene er preget av et fagorientert klinisk språk. Som en foreldre, miljøterapeut eller lærer vil man kanskje ikke ha noe forståelse av informasjonen og hva den betyr, fordi det er kommunisert på et for vanskelig fagteknisk språk. Dette kan føre til at omsorgspersonene til ungdommen ikke forstår de vurderingene som er tatt, eller at andre samarbeidspartnere tolker resultatene på andre måter, på grunn av annen fagorientering. En risikovurdering derimot har også med en del med risikosenarioer, som mer beskrivende forklarer hva som kan skje i de forskjellige kontekstene og denne delen av risikovurderingen kan bidra til å minske misforståelsene i forståelsen av det som skal kommuniseres.

Informantene savner en måte å få en felles forståelse av informasjonen på. Dette kan tyde på at det er for mye kartleggingsverktøy og manualer i omløp, og at det ikke er noen som setter seg ned og systematisk samler all informasjonen til ett felles dokument når det foreligger mye informasjon om ungdommen. Dette er i utgangspunktet jobben til de ansatte i barneverntjenesten, som har ansvaret for å følge opp ungdommene. Men her foreligger det ikke tilstrekkelig med kompetanse eller tid til å gjennomføre en strukturering av all informasjon. Det i seg selv er kritisk, når det er dokumentasjonen fra barneverntjenestene som danner grunnlaget for forståelsen av problemene videre (Grünfeld mfl. 2020).

Informantene i denne oppgaven henviser til manualer som de jobber eller har jobbet med, og det kommer frem forskjellige kartleggingsverktøy, avhengig av hvilken etat eller faggren man jobber innenfor. Noen av manualene kartlegger det samme, mens andre manualer utfyller hverandre. Når ungdommene er kartlagt, er det viktig at denne informasjonen kommuniseres videre på en slik måte at foreldre og andre samarbeidsparter forstår hva det innebærer. Det oppleves at kunnskapen om risikokartlegging er veldig varierende hos informantene. Kunnskapen om risikovurderinger er splittet, utenfor det konkrete fagfeltet og de som har tatt spesiell interesse for risikovurderinger finnes det lite til ingen kartleggingskompetanse eller forståelse av hvordan risikovurderinger skal gjennomføres eller tolkes (Grünfeld mfl. 2020; Storhaug mfl. 2020).

Dette kan tyde på at det både i barneverntjenestene, institusjoner og i andre etater foreligger en misforståelse om hva en risikokartlegging er, hvordan den gjennomføres og hvordan den kan brukes for å være til nytte. Det er et krav om at barn og unge skal kartlegges når de plasseres i institusjon, men spørsmålet er hvor nyttig denne kartleggingen er, om kunnskapen rundt kartleggingen og forståelsen av hva informasjonen betyr er dårlig (Grünfeld mfl. 2020; Storhaug mfl. 2020).

Det kan spekuleres i om det på generelt grunnlag er for dårlig forståelse av de risikomanualene som anvendes i dag i de forskjellige etater. Denne forståelsen gjør at man tillegger manualene og anbefalingene etter disse feil mening. De informantene som jobbet mye med forskjellige manualer var veldig opptatt av å forklare at manualene hadde sine begrensninger, og at man aldri kunne si noe sikkert. En risikovurdering er ferskvare, og kan således ikke predikere langt frem i tid. Dette basert på at det er så mye som endrer seg inne i ungdommen og i ungdommens fysiske miljø til at risikovurderingene kan si noe om risiko over tid. Dette viser til at det vil være nødvendig å foreta nye kartlegginger fortløpende, om man skal kunne justere tiltakene etter ungdommens nåværende situasjon. Det viser at YLS alene ikke kan være styrende dokument for hvor ungdommer skal plasseres videre i behandlingsinformasjon, fordi vurderingen alene ikke kan si noe om sannsynligheten for endring ved å plassere i behandlingsinstitusjon. I tillegg til at den viser seg å ikke fange opp problematikken til alle ungdommene korrekt, da spesielt med tanke på psykisk helse (Grünfeld mfl. 2020).

I forhold til risikomanualers prediktive verdi har man begynt å se på at slik de er utformet i dag, vil de ikke kunne komme lengre. Man tenker at for å gjøre risikomanualene mer treffsikre fremover er det nødvendig å se på blant annet biopsykososiale modeller i

kombinasjon med risikomanualene (Eriksen mfl. 2018). Her impliseres det for at det er et behov for mer utvikling av risikomanualene for å få de mer treffsikre enn de er i dag. Dette ser man også i forhold til at den manualen Bufetat bruker, ikke greier å fange opp hjelpebehovet til de ungdommene med komplekse sammensatte behov og psykiske problemer (Grünfeld mfl. 2020).

Rent praktisk betyr dette at risikomanualene begynner å bli kompliserte å gjennomføre og det er ikke for hvem som helst å gjennomføre en risikovurdering (Storhaug mfl. 2020). Det krever god opplæring i tillegg til en god forståelse av menneskets utvikling og evne til å strukturere informasjonen slik at den er forståelig og tilgjengelig.

Det ble gitt eksempler på hvordan man kunne huske kun deler av vurderingen, og at dette ville få konsekvenser for ungdommen i form av at tiltakene som ble satt inn ikke var tilpasset nok. Informanten påpekte eksempelvis at informasjonen om barn som skåret dårlig på evnetester ikke kommer tydelig frem. Dette kunne føre til at man overvurderte ungdommens egentlige evner, og skapte dårlig mestringsfølelse og frustrasjon hos ungdommen. Ved å presisere mer tydelig hvilke tiltak og behandling som kan fungere, vil man unngå mye av frustrasjonen som oppstår i misforståelsen mellom ungdommene og hjelperne. Dette tenkte informanten var viktig i tilfeller der ting skjedde fort, for eksempel ved akutt plasseringer.

Når ting skjer fort, er det ikke så enkelt å få til en god kommunikasjon. God kommunikasjon er ekstra vanskelig om det ikke foreligger noe systematisk kunnskap på ungdommen.

Informanten har tenkt at en del akuttsaker blir akutt fordi man mangler denne systematiske kunnskapen, man har kommet bakpå og ikke greid å jobbe forebyggende.

Flere informanter hadde erfaring med at det var vanskelig å samarbeide mellom de forskjellige etatene, og at viktig informasjon og forståelsen av denne ikke ble videreført eller kommunisert til samarbeidspartnerne. En informant hadde vært med på et samarbeidsprosjekt og hadde en opplevelse av at når etatene ble tvunget til å samarbeide, så gikk kommunikasjonen og informasjonsflyten bedre, og man hadde en felles forståelse fordi man hadde gjort en felles kartlegging. Denne forståelsen handlet om hva problematikken betydde, hvordan den påvirket hverdagen til ungdommen og hvilke tiltak og behandling som skulle settes inn. Informantene peker på hvordan mangel på systematisk klinisk kartlegging gjør at viktig informasjon om ungdommene ikke blir med videre, eller forsvinner i all informasjon som foreligger.

6.6 Tverrfaglig samarbeid

Det ble tidligere nevnt at flere av informantene opplevde at det var vanskelig å få til gode tverrfaglige samarbeid. Informantene hadde hatt episoder med dårlig samarbeid med flere etater, slik som politi, BUP og skole. Når samarbeidet er dårlig, og viktig informasjon ikke blir delt videre, er det vanskelig å kunne gjøre gode beslutninger. Dette fører til at foreldre og barn/ungdommene blir gående uten rett hjelp, fordi kommunikasjon mellom instansene er dårlig.

Flere av informantene fortalte om episoder hvor det hadde vært vanskelig å samarbeide med andre etater. Det hadde ført til at det var vanskelig å få nødvendig informasjon for å kunne gjøre gode vurderinger i forhold til barnet eller ungdommen de jobbet med. De som jobbet i det kommunale barnevernet, fortalte at det tidvis kunne være vanskelig å samarbeide både med Bup og politi på grunn av forskjellig forståelse av problematikken til ungdommen eller ungdommens familie. Noen av eksemplene var i saker hvor politiet hadde tatt inn foreldrene til avhør, og i utgangspunktet signalisert at saken var alvorlig. Barneverntjenesten får ikke noe informasjon om hvorvidt de har landet på at anklagene i saken er reelle eller ikke, og når foreldrene løslates etter avhør, vet ikke barneverntjenesten om det er trygt for barna å bo hjemme eller ikke, fordi politiet ikke vil dele informasjonen. Dette fører til at tiltakene man setter inn kan bli besluttet på et «i verste fall» scenario og kan påføre barna uopprettelig skade i form av opplevelser og traumer som kunne ha vært unngått, hadde man delt informasjonen.

Likedan opplevdes det at BUP ikke ville ta inn ungdommer som ikke følger deres inntakskriterier for behandling. Noen av kriteriene er rusfrihet og stabil bosituasjon. En del barnevernsbarn har ikke stabil bosituasjon, fordi de er plassert akutt i en institusjon og man venter på saksbehandlingen videre, dette fører til at de ikke kvalifiserer til å begynne behandling i BUP. Dette til tross for at behovet for å starte behandling ofte er stort til barnevernsbarn. Flere rapporter viser til at barnevernsbarn har komorbide diagnoser (Barneombudet 2020), og at de ofte ikke får behandling for disse diagnosene. Det er også vanlig at disse barna og ungdommene starter med «selvmedisinering» som blant annet narkotiske stoffer for å dempe de psykiske og fysiske reaksjonene de har på grunn av opplevelser i barndommen. Dette skaper en vondt sirkel, da man ansees som ikke behandlingsbar når man ikke er rusfri, og ungdommene ikke greier å bli rusfri uten en form for behandling. Flere av informantene ser det som problematisk at ungdommene som er plassert i barnevernet ikke har vært i kontakt med Bup, til tross for at det er helt åpenbart at de

skulle ha vært der. Bup sitter med god kompetanse på å kartlegge ungdommenes psykiske helse. Det er viktig å ha et godt samarbeid med Bup, for å også sørge for at den psykiske helsen blir kartlagt og ivaretatt hos ungdommene som blir ivaretatt innenfor barnevernssystemet. Andre informanter forklarte at de syntes det var vanskelig å gi disse barna et godt tilbud, da de opplevde at det var lite informasjon om barna som kommer fra samarbeidspartnerne. Å skreddersy et tilbud til ungdommer som har hatt en eskalerende adferd er viktig, men da må man vite hva det dreier seg om, og man har behov for at barnets psykiske helse er godt beskrevet sammen med hvilken type adferd ungdommen utfører.

En strukturert klinisk vurdering ville kunne vært hjelpelig i forbindelse med denne problematikken som beskrives her. Man kan tenke at en risikoanalyse i fellesskap ville mest sannsynligvis bidra positivt, da spesielt med å skape et bedre tverrfaglig samarbeid og felles forståelse. Den som gjennomfører en risikoanalyse må da ha trening og kunnskap i å få satt informasjon i system, det vil gi mulighetene for et tverrfaglig samarbeid med felles informasjon.

Lovverket er ganske rigid i forhold til taushetsplikt, også mellom etater som skal samarbeide, men når informasjonen skal gis til barnets beste, er det likevel rom for å dele informasjon (Anon 1970). Ingen av informantene nevner taushetsplikt som problematisk i forhold til samarbeid, men det kan likevel tenkes at dette er en av grunnene til at andre etater, slik som politi får det vanskelig med å dele informasjon i pågående saker. Her ville det kanskje være mulig at politiet kom med en anbefaling ut fra informasjonen de satt på i forhold til risikonivået, uten at de oppgir for mye informasjon om saken de jobber med. Noe smidighet vil alltid være mulig om man er åpen for det.

Videre kan det tenkes at Bup opplever at ungdommene som er plassert i institusjon får tilstrekkelig hjelp i institusjonen, og at deres erfaring er at man ikke kan gi noe annen behandling i akutfasen enn hva barnevernsinstitusjonene kan gi. Likevel er det interessant å tenke på samarbeidsprosjektet som en informant pekte på, hvor Bup, institusjonene og barneverntjenestene deltok på et felles kartleggingsmøte når ungdommene ble plassert i institusjon. Denne kartleggingen var noe alle partene opplevde som nyttig. Tyder dette på at der er behov for mer samarbeid, men at for å få til dette må det legges bedre til rette? I dagens samfunn måles alt etter effektivitet og de fleste etater har et stort tidspress på seg, som ikke samsvarer med arbeidsmengden man har i forhold til antall pasienter/beboere/klienter og dokumenteringskravet. En informant fortalte at han opplevde at man i dag nesten ikke hadde samtaler med ungdommene, uten at de var planlagte og «dokumenterte» i forkant og etterkant.

Dette opplevdes for denne miljøterapeuten som en tidstyv, hvor dokumentasjonskravet ikke samsvarte med primæroppgaven, som var og ivareta de ungdommene som bodde på institusjonen. Informanten opplevde at de ble mindre fysisk tid til ungdommene og relasjonsbygging i arbeidshverdagen. Det kan være vanskelig å få til gode samarbeid med andre etater, om man føler at man allerede ikke strekker til, og man tenker at samhandlingsmøter tar for mye tid, på grunn av reising og så videre. De aller fleste forskninger er enige om at en god relasjon til ungdommene er den mest effektive forebyggingen man kan gjøre. (Bjørkly, 2001; Lillevik & Øien, 2014; McDonnell, 2013).

Flere av informantene påpekte at i de tilfellene hvor man har kartlagt ungdommene i fellesskap, så har samarbeidet i ettertid gått mye enklere og alle sitter med samme informasjon og forståelse av problematikken. En informant forteller at ved å bruke risikomanualer som er laget for samarbeid, hvor alle skal sitte sammen og dele sine erfaringer. Så blir det en transparent prosess og alle partene forstår hvor den andre parten er, og man får et felles mål, som er barnets beste. Samtidig vil ikke fokuset være så mye på hvor høy risikoen er, men hvordan man skal jobbe videre fremover, for å stoppe den negative utviklingen.

Slik sett kan det tenkes at ved å bruke en strukturert klinisk vurdering, vil det føre til at de forskjellige etatene samarbeider bedre, noe som etterlyses av informantene i denne oppgaven. Likevel er det da viktig å bemerke seg at ikke alle risikomanualer er laget for samarbeid, og man må da velge de manualene som er laget for dette. Om man ser dette i lys fra de fire kompleksitets teoriene til Christensen og Kojan (2016), kan dette tydet på at samarbeidspartnere satt med samme informasjon, men tolket den forskjellig. Dette kan tyde på at når man ikke har en strukturert klinisk vurdering, vil man heller ikke ha noe som kan beskrive tydelig nok hva problemet er, eller hvilket tiltak eller behandling som passer best.

Dette viser muligens til at det i dag er for lite kartlegging som gjøres, og at den kartleggingen som blir gjort kommer inn for sent. Kartlegging blir satt inn først når adferdsvanskene har oppstått og blitt en stor del av ungdommenes liv. Potensialet for å ende skjevutvikling blir vanskeligere når problemene blir mer sammensatt og pågått over tid. Dette viser at sen kartlegging ikke nødvendigvis gir noe god behandlingseffekt, fordi det er blitt så mange sammensatte problemer hos ungdommene, og problematikken vil følge ungdommen inn i voksenlivet. Flere av informantene forteller om kompleksiteten ved å kommunisere eller samarbeide med flere etater. Tverrfaglig samarbeid er noe som etterlyses i rapporten til Barneombudet (2020), og som informantene også beskriver som vanskelig. Ofte fordi man opplever at man har forskjellig mandat når det kommer til ungdommen. Dette fører til at man

deler opp ungdommens problematikk i fragmenter, og ikke greier å få helhetsbildet av ungdommens problematikk, hva som er risikoene, drivkraften og behandlingsbehovet til ungdommene. En risikovurdering kan bidra med å samle informasjonen fra alle partene, til et samlet dokument som skaper en felles forståelse (Bonta og Wormith 2014). Wicked problem som er beskrevet over, kan være noe av årsaken til at samarbeidet mellom etatene er vanskelig. Fordi man har forskjellig syn på hva problemet er og hvordan det skal løses (Christensen og Kojan 2016). For å få til et samarbeid, er det anbefalt å bruke metoder som fremmer samarbeid og felles forståelse. Familieråd har blant annet vært anbefalt som beslutningsmodell i barnevernet, for å gi foreldre og familie mer medvirkning i beslutningsprosessene i barnevernet, også i forhold til maktforholdet som kan oppstå mellom familie og barnevern og i forhold til faglige og verdimeslige vurderinger (Bufdir 2017; Christensen og Kojan 2016). Ved å bruke for eksempel Start:AV, eller YLS slik de er bygget opp, vil man igjennom en strukturert klinisk vurdering gi foreldre og ungdommene selv mulighet til å påvirke prosessen og dele informasjonen sammen med den fagekspertisen som sitter der, i tillegg til ungdommens andre viktige nærpersioner. Dette gir muligheten for en transparent prosess som sørger for at alle har samme informasjonen, og vurderingen av risiko og hvordan man skal jobbe videre er utformet i fellesskap (Viljoen mfl. 2014)

7. Avslutning

I denne oppgaven har det vært drøftet «*Hvilke holdninger og erfaringer har fagfolk som jobber innenfor barnevernsektoren med risikovurdering av barn og unge?*»

Oppgaven viser at informantene sitter med mye kunnskap om risikovurdering og om hvordan dette kan gjøres for å bedre barnevernsarbeidet. Samtidig som det kommer politiske forslag om at fagligheten innenfor barnevernssektoren må økes, forteller informantene at det ikke handler om mangel på kunnskap, men mangel på tid til å gjøre oppgavene grundig.

Informantene opplever at det i dag ikke finnes rom til å gjøre strukturerte kliniske kartlegginger tidlig i barnevernsarbeidet, dette til tross for at flere av informantene tenker dette kunne vært et nyttig bidrag. Informantene ser at kartlegging gir informasjonen på en måte, som bidrar til å gi et utviklingsperspektiv som ofte mangler i barnevernssaker. Det kommer også frem at ved en strukturert kartlegging, vil man bedre kunne skille hva som er grunnproblematikken, og hvilken tjeneste som best kan behandle denne grunnproblematikken.

Informantene forteller også at det i dag finnes en del kartleggingsverktøy som benyttes for å blant annet bestemme hvilken type institusjon ungdommer skal plasseres i. Denne kartleggingen opplever informantene som for vag og generell til at de greier å lage et tiltak som er godt nok spisset opp mot hver enkelt ungdoms problematikk. Enkelte informanter opplever at problematikken noen ganger er så dårlig beskrevet at det viser seg at de ikke greier å håndtere ungdommens adferdsuttrykk når den blir plassert i institusjonen, fordi beskrivelsen av ungdommen i forkant har vært mangelfull. Det fører til uplanlagte flyttinger for ungdommene, og man sikrer ikke godt barnevernsfaglig arbeid. Informantene tenker at skal man unngå dette, må man være bevisst hvilken type kartleggingsverktøy man bruker, hvordan man bruker den og hvem som gjennomfører den og hvordan resultatet formidles.

Noe av det informantene var mest kritiske til, var deres erfaring med at ungdommene selv særdeles sjelden blir snakket med når de kartlegges etter YLS i Bufetat. Barn og unge har en lovfestet rett til å medvirke i egen sak og til å bli hørt. YLS-kartleggingen er i stor grad førende for videre plassering, og derfor burde ungdommenes stemme vært tydelig i en slik kartlegging. Barn og unges medvirkning bør ha en sentral plass i kartlegginger som gjøres på vegne av dem og deres fremtid. Slik målgruppedifferensieringen er bygd opp i dag, unnlater Nit i mange tilfeller å snakke med ungdommene.

Informantene viser også til at det tverrfaglige arbeidet er vanskelig, og at dette ofte grunner i at man er uenig om hva grunnproblematikken til ungdommen er. Ligger ungdommen innenfor

regelverket til barnevern eller til helse? Her tenker informantene at en god kartlegging tidligere ville vært med på å avdekke på et tidligere tidspunkt hvilket regelverk ungdommen rent juridisk tilhører. Samtidig tenker informantene at man vil alltid ha disse ungdommene som hører til under flere lovverk, og at det da er viktig å samarbeide godt sammen.

Informantene har en erfaring med at ved å gjøre strukturerte kartlegginger i fellesskap, vil man skape en felles forståelse og samarbeidet går bedre, både mellom profesjonelle aktører, men også mellom privatpersonene og hjelpeapparatet.

Man ser at det er behov for en bedre kartlegging av de barn og unge som i dag kartlegges. Informantene viser til at kartleggingen må gjøres tidligere enn nå, om man skal gjøre det forebyggende for å unngå skjevutvikling. Tidlig kartlegging vil og gi en bedre forståelse av problematikken på et tidligere stadie og gi muligheten til et bedre spisset og tilpasset tiltak. Det er et stort behov for gode strukturerte kliniske vurderinger, og for å få til gode tverrfaglige samarbeid rundt disse vurderingene, hvor ungdommene får medvirke. Samtidig er det tydelig at kartlegging av barns psykiske helse og forståelsen av denne er mangelfull. Det er et behov for at psykisk helse får mer fokus i risikovurderingene. Informantene forteller om store mangler ved kartleggingene som gjøres i dag, hvor den psykiske helsen er for dårlig beskrevet eller underrapportert. Dette fører til at institusjonene ikke er godt nok forberedt når man skal ivareta de ungdommene som kommer på institusjonen.

Greier man å få tilgang til utfyllende informasjon, vil en strukturert klinisk vurdering være til stor hjelp for barn og unge i institusjon, men også for barn og unge som bor hjemme med hjelpetiltak eller i fosterhjem. Dette fordi man vil kunne være veldig konkret på hvilke behov som vil foreligge i nær fremtid, men også på sikt.

En systematisk risikovurdering vil således kunne tilføye den systematikken som mangler i dagens barnevernsarbeid. Samtidig trenger de systematiske risikovurderingene en gjennomgang, slik at den psykiske helsen blir bedre utredet i kartleggingen, og at barnets stemme blir et bærende element.

Referanser

- Almvik, Roger, Phil Woods, og Kirsten Rasmussen. 2000. «The Brøset Violence Checklist: Sensitivity, specificity, and interrater reliability». 15:1284–96.
- Amore, Mario, Marco Menchetti, Christina Tonti, Fabiano Scarlatti, Eva Lundgren, William Esposito, og Domenico Berardi. 2008. «Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: Clinical study». *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 62:247–55.
- Andrews, D. A., James Bonta, og R. D. Hodge. 1990. «Classification of effective rehabilitation». 17:19–52.
- Anon. 1970. *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker*.
- Askeland, Ingunn Rangul, Monica Jensen, og Linda Holen Moen. 2017. *Behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd*. 1. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Aven, Terje. 2010. *Misconceptions of Risk*. John Wiley Sons Inc.
- Barne og familiedepartementet. 2014. *Forskrift om medvirkning og tillitsperson*.
- Barneombudet. 2020. «De tror vi er shitkids» Rapport om barn som bor på barnevernsinstitusjon.
- Barnevernloven. 1993. «Lov om barneverntjenester (barnevernloven)». Hentet 11. desember 2020 (https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4).
- Bjerrum, Merete, og Kirsten Lund Christiansen. 2005. *Filosofi, etik, videnskapsteori*. Bd. 1 utgave, 2 opplag. Akademisk forlag.
- Bjørkly, Stål. 1997. *Aggresjon og vold Teori, analyse og terapi*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Bjørkly, Stål. 2001. *Aggresjonens psykologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bjørkly, Stål, Pål Hartvig, John Olav Roaldset, og Jay P. Singh. 2014. «Norwegian development and perspectives on violence risk assesment». *Criminal Justice and Behavior* 41:1384–97.
- Bonta, James, og Stephen J. Wormith. 2014. «Applying the Risk-Need-Responsivity Principles to Offender Assessment». i *What Works in Offender Rehabilitation: An Evidence Based Approach to Assessment and Treatment*. Chichester, England: John Wiley and Sons.
- Bufdir. 2017. «Hvorfor bruke familieråd». *bufdir.no | Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet*. Hentet 6. desember 2020 (https://bufdir.no/Barnevern/Familierad/Hva_er_familierad/).
- Bufdir. 2019. «Kompetansesatsing - kommunalt barnevern». *bufdir.no | Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet*. Hentet 5. november 2020 (https://bufdir.no/Barnevern/Kompetansesatsing_kommunalt_barnevern/).
- Bufdir. 2020. «Nasjonalt enhet for behandlingstiltak (NABE)». *bufdir.no | Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet*. Hentet 17. januar 2021 (https://bufdir.no/Kontor_sok/Inntak/Nasjonalt_enhet_for_behandlingstiltak_NABE/).
- Charmaz, Kathy. 2013. *Constructing grounded theory*. London, California, New Dehli: Sage Publication.

- Christensen, Øivin, og Bente Heggem Kojan. 2016. *Beslutninger i barnevernet*. 2. opplag 2019. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eriksen, Bjørn Magne Sundsbø, Ann Færden, Øyvind Lockertsen, Stål Bjørkly, og John Olav Roaldset. 2018. «Predictive validity and gender differences in a biopsychosocial model of violence risk assessment in acute psychiatry». 270–80.
- FNs konvensjon om barnets rettigheter. 1991. *Barnekonvensjonen*.
- Grünfeld, Leo A., Elisabeth Backe Hansen, Maria K. Guldvik, Iselin Kjelsaas, Even Winje, Lars Skage Engebretsen, og Nina B. Westberg. 2020. *Institusjonstilbudet i barnevernet*. 54. MENON-PUBLIKASJON.
- Helsedirektoratet. 2018. «Voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse». *Voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse*. Hentet 22. oktober 2020 (<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/voldsrisikoutredning-ved-alvorlig-psykisk-lidelse/innledning>).
- Jakobsen, Reidar, og Hege Kornør. 2017. «Måleegenskaper ved den norske versjonen av Youth Level of Service/Case Management Inventory (YLS/CMI)». *Psyktestbarn.no* 8. doi: 10.21337/0053.
- Jakobsen, Siw Ellen. 2015. «Storrenjføring i hjernen hos tenåringer». Hentet 11. desember 2020 (<https://forskning.no/a/497946>).
- Jervell, Arild. 2014. «Hvor i hjernen ligger våre følelser lagret?» 6–8.
- Kjølbeg, Kamilla. 2014. «Risiko og usikkerhet». *Forskningsetikk*. Hentet 8. november 2020 (<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/forskning-samfunn/risiko-og-usikkerhet/>).
- Kvale, Steinar, og Svend Brinkmann. 2012. *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. Gyldendal Akademisk.
- Lillevik, Ole Greger, og Lisa Øien. 2014. *Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon*. 1. utg. Gyldendal Akademisk.
- Mcdonnell, Andrew A. 2013. *Håndtering av aggressiv adferd med lavaffektive tilnærminger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Multifunc.org. 2020. «Målgruppe». Hentet 15. november 2020 (<http://multifunc.org/html/malgruppe.html>).
- Print, Bobbie, Helen Griffin, Anthony Beech, Jeremy Quayle, Helen Bradshaw, Julie Henniker, og Tony Morrison. 2012. *Aim 2 modellen utredning av ungdom med problematisk og skadelig seksuell adferd*. Norsk utgave av Jensen, Monica og Mørch, Eva. Betanien sykehus og Ressurssenter om vald, traumatisk stress og sjølvmondsforebygging Reigon vest.
- van der Put, Claudia E., og Claudia de Ruiter. 2016. «Child maltreatment victimization by type in relation to criminal recidivism in juvenile offenders». *BMC Psychiatry* 16.
- Ringdal, Kirsten. 2018. *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskaplig forskning og kvantitativ metode*. 4. Oslo: Fagbokforlaget.
- Skotheim, Hanna. 2021. «De har 30 prosent høyere sykefravær enn andre kommunalt ansatte.» *Fontene*. Hentet 31. januar 2021 (<https://fontene.no/nyheter/de-har-30-prosent-hoyere-sykefravar-enn-andre-kommunalt-ansatte--jobben-spiser-deg-opp-med-hud-og-har-sier-linda-40-6.47.761267.83ae8a322a>).

- Slettebø, Tor, og Veronika Paulsen. 2020. «Ny forskning om akutt plasseringer i barnevernet publiseres nå: Familieråd kan bidra positivt». *midtnorskdebatt.no*. Hentet 11. desember 2020 (<https://www.midtnorskdebatt.no/meninger/kronikker/2020/02/19/Ny-forskning-om-akuttplasseringer-i-barnevernet-publiseres-n%C3%A5-Familier%C3%A5d-kan-bidra-positivt-21123169.ece>).
- Spice, Andrew, Jodi L. Viljoen, Natasha E. Latzman, Mario J. Scalora, og Daniel Ullman. 2012. «Risk and protective factors for revidism among juveniles who had offended sexually». *Journal of reaserch and treatment* 25:347–69.
- Steinsholt, Kjetil, og Randi Juul. 2019. «Dialog som taktfull og klok sosialpedagogisk praksis». S. 179–94 i *Sosial-pedagogiske perspektiver*. Oslo: Universitetsforlaget.
- St.Olav. 2020. «START AV». *St. Olavs hospital*. Hentet 8. november 2020 (<https://stolav.no/behandlinger/start-av>).
- Storhaug, Anita Skårstad, Karen J. S. Havnen, Marte Knag Fylkesnes, Bente Heggem Kojan, Øivin Christiansen, Elizabeth Langsrud, Frederikke Jarlby, Kristina Jørgensen, Hanne E. Sørli, May Gresdahl, og Gaute Skrove. 2020. *Akutt – for hvem? Akuttarbeid i kommunalt barnevern*. 4. Trondheim: NTNU institutt for sosialt arbeid.
- Sørensen, Christian Børge, Wenche Dahl Elde, Cecilia Dinardi, Frode Lauareid, Arne Birger Krokeide, og Berit Roll Elgsaas. 2016. *Ny barnevernslov Sikring av barnets rett til omsorg og beskyttelse*. Bd. NOU 2016:16. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.
- Tjora, Aksel. 2018. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 3. utg. Gyldendal Akademisk.
- Viljoen, Jodi L., Tonia L. Nicholls, Keith R. Cruise, Sarah L. Desmarais, og Christopher L. Webster. 2014. *Start:AV Short term assesmet of risk and treatability: Adolescent version*. Norsk utgave av Nonstad, Lundgren, Kroppan, Iversen. Trondheim: St.Olavs hospital.

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Hvilken type/typer risikovurdering bruker du og når brukes de?

Kan du forklare meg hvordan risikovurdering gir mer klarhet og forståelse av livssituasjonen til ungdommen?

På hvilken måte gir risikoscoren lav/middels/høy et bidrag inn i arbeidet med ungdommen?

Kan du gi meg et eksempel på når risikovurderingen konkret var til nytte evt et eksempel på når risikovurderingen gjorde hendelsen verre?

Hva bidrar risikovurderingen til?

Deler dere informasjonen dere får ut fra risikovurderingen med samarbeidspartnere?

Hvordan foregår informasjonsinnhenting til risikovurderingen?

Får ungdommen medvirke i sin egen risikovurdering/får den kommentere det som blir vurdert?

Ser du noen sammenheng mellom adferdsuttrykk, score på risikovurdering og måte miljøterapeutene møtte ungdommene?

Hva er din oppfatning av risikovurderingen som ble gjort i forbindelse med videre plassering av ungdommer? Ble de plassert på rett institusjon ut fra hva du visste om ungdommene og ut fra scoren NiT gav dem i forhold til institusjonsplass?

Ser du noen sammenheng mellom adferdsuttrykk, score på risikovurdering og måte miljøterapeutene møtte ungdommene?

Hva er dine erfaringer med bruk av risikovurderinger?

Ser du noen sammenheng mellom adferdsuttrykk, score på risikovurdering og måte miljøterapeutene møtte ungdommene?

Opplever du at risikoanalysens opphav i psykiatri og kriminalomsorg begrenser treffsikkerhet og bruk på ungdommer i barneverninstitusjoner?

Vil risikomanualer greie å plukke opp kjønnsforskjeller og kulturelle forskjeller og andre forskjeller som kan påvirke skåren?

Hvilke svakheter og styrker har de fleste risikovurderinger?

Treffprosenten på en score på høy risiko er i dag ca 60-70% Dette er en lav treffsikkerhet, vil det medføre en større risiko for feilbehandling av barn som scorer høyt ved å bruke risikoanalyse?

Hvilke erfaringer sitter du med, i forhold til score på risikovurdering og personalets arbeid med ungdommene i ettertid?

Gir en risikovurdering et bedre fokus på barnets problemområder eller vil det skape et inntrykk av en farlig ungdom?

Hva tenker du er viktig når man gjennomfører risikovurdering på barn og unge?

Vedlegg 2 NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Risikovurdering av ungdom i institusjon

Referansenummer

336150

Registrert

21.02.2020 av Astrid Blokkum - astridbl@stud.ntnu.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for informasjonsteknologi og elektroteknikk (IE) / Institutt for allmennfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Marianne Nilsen, marianne.n.kvande@ntnu.no, tlf: 73412440

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Astrid Blokkum, ablokkum@hotmail.com , tlf: 47851952

Prosjektperiode

17.02.2020 - 23.12.2020

Status

06.10.2020 - Vurdert

Vurdering (3)

06.10.2020 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 04.10.2020. Vi har nå registrert 23.12.2020 som ny sluttdato for behandling av personopplysninger. I tilfelle det skulle bli aktuelt med ytterligere utvidelse av den opprinnelige sluttdato (30.09.2020), må vi vurdere hvorvidt det skal gis ny informasjon til utvalget. NSD vil følge opp ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til videre med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Marita Ådnanes Helleland Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

20.03.2020 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 20.03.2020. Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 20.03.2020. Behandlingen kan fortsette. Det er opplyst om skifte av prosjektansvarlig, og skiftet er bekreftet av behandlingsansvarlig institusjon, NTNU. **OPPFØLGING AV PROSJEKTET** NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Marita Ådnanes Helleland Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

24.02.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 24.02.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.09.2020.

INFORMANTENES TAUSHETSPLIKT

Informantene i prosjektet har taushetsplikt. Det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke registreres taushetsbelagte opplysninger. Vi anbefaler at dere minner informantene om dette i forbindelse med intervjuene.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å

forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD:

Marita Ådnes Helleland Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)