

Hjelpetiltak i barnevernet  
- virker de?

## Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2005:12

**Barnevernbarnas helse**  
Uførhet og dødelighet i  
perioden 1990-2002

NIBR-rapport 2004:11

**Barn og unge som står  
utenfor**  
- aktivisering gjennom idrett  
En evaluering av idrettens  
storbyprogram

NIBR-rapport 2004:3

**Nærmiljøtiltak i  
barneverntjenesten**  
Evaluering av et prosjekt i  
Buskerud

Rapportene koster kr 250,-, og  
kan bestilles fra NIBR:  
Postboks 44, Blindern,  
0313 Oslo  
Tlf. 22 95 88 00  
Faks 22 60 77 74  
E-post til  
[berit.willumsen@nibr.no](mailto:berit.willumsen@nibr.no)  
Porto kommer i tillegg til de  
oppgitte prisene

Lars B. Kristofersen, Sidsel Sverdrup,  
Thomas Haaland og  
Inger-Helene Wang Andresen

# Hjelpetiltak i barnevernet -virker de?

NIBR-rapport 2006:7

Tittel: **Hjelpetiltak i barnevernet  
- virker de?**

Forfattere: Lars B. Kristofersen, Sidsel Sverdrup,  
Thomas Haaland og  
Inger-Helene Wang Andresen

NIBR-rapport: 2006:7  
ISSN: 1502-9794  
ISBN: 82-7071-637-5

Prosjektnummer: O-2361  
Prosjektnavn: Kunnskapsstatus om hjelpetiltak i barnevernet

Oppdragsgiver: Barne- og likestillingsdepartementet

Prosjektleder: Lars B. Kristofersen

Referat: Rapporten presenterer kunnskap fra norsk og  
utenlandsk forskning om hjelpetiltak i barnevernet og  
om hva som finnes av forskningsmessig belegg når det  
gjelder virkninger. Totalt sett foreligger det relativt lite  
forskningsbasert kunnskap om virkningene av de ulike  
tiltakene, med unntak av enkelte av de nyere tiltaks-  
formene. I norsk sammenheng er det behov for bedre  
og mer omfattende forskning som i langt større grad  
vektlegger design som muliggjør konklusjoner knyttet  
til effekter av de tiltakene som implementeres, og som  
er tydelige på utfallsmål.

Sammendrag: Norsk og engelsk

Dato: September 2006

Antall sider: 223  
Pris: Kr 250,-

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning  
Sinsenvn. 47 B, Postboks 44 Blindern  
0313 OSLO  
Telefon: 22 95 88 00  
Telefaks: 22 22 37 02  
E-post: [nibr@nibr.no](mailto:nibr@nibr.no)  
<http://www.nibr.no>

Vår hjemmeside: <http://www.nibr.no>

Trykk: Nordberg A.S.  
Org. nr. NO 970205284 MVA  
© NIBR 2006

---

# Forord

Denne rapporten er skrevet på oppdrag fra Barne- og likestillingsdepartementet. Arbeidet ble påbegynt i september 2005, og slutført i september 2006.

Rapporten er utarbeidet i et samarbeid mellom forskerne Lars B. Kristofersen, Sidsel Sverdrup, Thomas Haaland og forskningsbibliotekar Inger-Helene Wang Andresen. Kristofersen har vært prosjektleder. Han har skrevet kapitlene 3, 4 og avsnittene 6.4 og 7.1. Sverdrup har skrevet kapitlene 1, 2 (unntatt avsnitt 2.3 og 2.4) og 5. Haaland har skrevet kapitlene 6 og 7 (unntatt avsnittene 6.4 og 7.1). Andresen har skrevet avsnitt 2.3 og 2.4 samt vedlegg 1. Hun har dessuten gjort et omfattende arbeid med å tilrettelegge og gjennomføre litteratursøk og bestille artikler, rapporter og bøker til prosjektet. Kapittel 8 er skrevet i samarbeid mellom forskerne. Sekretær Inger Balberg har hatt ansvaret for arbeid med EndNote-referanser og klargjøring av rapporten.

På grunn av det store omfanget av litteratur som foreligger på feltet har det vært nødvendig å benytte assistenter til hjelp i arbeidet med å reviewe artiklene. De som har assistert er Kristine Jacobsen, Øystein Sverdrup, Magnus Kristofersen Borgen og Martha T. Jaren.

Departementet opprettet og ledet en referansegruppe for prosjektet. I tillegg til departementets egen representant, har gruppen hatt følgende eksterne deltakere: Therese Kristine Dalsbø fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Anne Marie Borgersen fra KS, Inger-Ebba Tofthagen fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus, Iben van den Berg fra barneverntjenesten Sagene bydel i Oslo og Anne Lene Tjeldflåt fra Barne-, ungdoms og familieetaten i Region Midt-Norge.

Forskerne Anne-Dorthe Hestbæk og Mogens Nygaard Christophersen fra Socialforskningsinstituttet i København, samt forskerne Carolyn Davies, David Gough og Kristin Liabo fra University of London, Bob Jezzard fra Department of Health i London, forsker Helen Jones fra Department for Education and Skills i London, samt forsker Nina

Biehal fra University of York har alle bidratt med gode råd i prosjektets tidlige fase.

NIBR ønsker å takke alle som har bidratt i prosessen i vårt arbeid med å utarbeide rapporten.

NIBR, september 2006

Hilde Lorentzen  
forskningssjef

# Innhold

Forord .....	1
Tabelloversikt .....	7
Figuroversikt .....	9
Sammendrag .....	10
Summary .....	19
1 Innledning .....	28
1.1 Bakgrunn for undersøkelsen .....	28
1.2 Formål .....	29
1.3 Overordnede problemstillinger .....	29
1.3.1 Presisering av problemstillingene .....	30
1.4 Organisering av rapporten .....	31
2 Metoder og framgangsmåte .....	33
2.1 Litteraturoversikter, systematiske reviews og metaanalyser .....	34
2.2 Evidens .....	37
2.3 Databaser, emneportaler og søkemotorer .....	38
2.4 Søkestrenger og søkeord .....	38
2.4.1 Generelle bibliografiske databaser .....	39
2.4.2 Emneportaler og andre relevante nettsteder .....	44
3 Generelt om hjelpetiltak .....	48
3.1 Saksbehandling: melding, undersøkelse og tiltaksplaner .....	48
3.2 Hva er hjelpetiltak? .....	51
3.2.1 Bestemmelser i lov og forskrift .....	51
3.2.2 Hjelpetiltak før fylte 18 år .....	54
3.2.3 Hjelpetiltak etter fylte 18 år .....	55
3.2.4 Hjelpetiltak i tverretatlig sammenheng .....	56
3.2.5 Statlige versus kommunale barneverntiltak .....	56
3.2.6 Frivillighet og tvang .....	56
3.3 Omfang av hjelpetiltak i Norge .....	58
3.4 Situasjonen i Danmark .....	60
3.5 Situasjonen i Sverige .....	62

3.6	Situasjonen i England og Storbritannia.....	64
3.7	Situasjonen i andre europeiske land (Finland, Island, Nederland, Frankrike, Belgia, Tyskland).....	68
3.8	Situasjonen i USA og Canada.....	69
3.9	Situasjonen i Australia og New Zealand.....	69
3.10	Oppsummering.....	69
4	Forskning om individtilpassede tiltak.....	73
4.1	Økonomisk stønad.....	74
4.2	Besøkshjem/avlastningstiltak.....	76
4.3	Støttekontakt.....	80
4.4	Tilsyn.....	82
4.5	Barnehage og skolefritidsordning (SFO) som barneverntiltak.....	85
4.5.1	Barnehage.....	85
4.5.2	Skolefritidsordning (SFO).....	86
4.5.3	Fritidsaktiviteter.....	88
4.6	Hjelp til bolig, utdanning og arbeid.....	89
4.6.1	Hjelp til bolig.....	89
4.6.2	Hjelp til utdanning og arbeid.....	90
4.7	Foreldre-/barnplasser (inkludert mødre hjem).....	90
4.8	Poliklinisk barne- og ungdomspsykiatrisk behandling ..	91
4.9	Andre tiltak i hjemmet.....	93
4.9.1	Medisinsk undersøkelse og behandling.....	93
4.9.2	Barn med særlige opplæringsbehov.....	94
4.9.3	Forskning om andre typer av tiltak i hjemmet i Norge ..	95
4.9.4	Utenlandsk forskning om andre typer av tiltak i hjemmet.....	96
4.10	Beredskapshjem.....	98
4.11	Fosterhjem.....	99
4.11.1	Ordinært fosterhjem.....	100
4.11.2	Familiefosterhjem.....	101
4.11.3	Forsterket fosterhjem.....	103
4.11.4	Forskning om fosterhjem generelt.....	104
4.12	Plassering i barneverninstitusjoner.....	111
4.13	Andre plasseringer utenfor hjemmet.....	114
4.13.1	Innlegging i barne- eller ungdomspsykiatrisk institusjon.....	114
4.13.2	Plassering i bo- og arbeidskollektiv.....	115
4.13.3	Plassering i rusmiddelinstitusjon.....	116
4.14	Barnevernkarrierer, helse og dødelighet.....	117
4.15	Oppsummering.....	118
5	Forskning om familie- og nettverksorienterte tiltak og metoder.....	121



---

5.1	Meldingsmøte.....	122
5.2	Familieråd .....	123
5.3	Flipover .....	127
5.4	Marte Meo-metoden.....	128
5.5	Webster-Stratton .....	130
5.6	PMTO - Parent Management Training - Oregon .....	134
5.7	MST – multisystemisk behandling.....	137
5.8	Oppsummering.....	143
6	Tiltak rettet mot ulike typer målgrupper .....	145
6.1	Innledning .....	145
6.2	Kriminalitet og gjenger .....	146
6.2.1	Gjenger eller nettverk?.....	147
6.2.2	Intervensjon.....	148
6.2.3	Regjeringens handlingsplan: Sammen mot barne- og ungdomskriminalitet .....	149
6.2.4	Restorative Justice.....	150
6.3	USA: virksomme og uvirksomme primær- forebyggende program .....	151
6.3.1	Individrettede sekundær og tertiærforebyggende kognitive atferdsprogram .....	152
6.3.2	Aggression Replacement Training (ART) .....	153
6.3.3	Andre kognitive atferdsprogram.....	156
6.3.4	Familiebasert program overfor unge lovbrytere.....	159
6.3.5	Functional Family Therapy (FFT) .....	160
6.4	Barn med psykiske vansker .....	163
6.5	Barn utsatt for vold, mishandling og omsorgssvikt.....	166
6.5.1	Mishandling og omsorgssvikt .....	167
6.5.2	Risikofaktorer.....	169
6.5.3	Sinnemestring – treningsprogram for foreldre .....	171
6.5.4	Terapeutisk intervensjon til mishandlede barn.....	173
6.6	Bruk av rusmidler.....	174
6.7	Oppsummering.....	176
7	Samarbeid mellom ulike instanser .....	178
7.1	Samarbeid mellom barnevern og helsetjenesten .....	178
7.1.1	Barnevern og helsesøstertjenesten .....	178
7.1.2	Barnevern og fastlege/skolelege .....	180
7.1.3	Barnevern og BUP .....	180
7.1.4	Barnevern og sykehus/barneavdeling/habilitering .....	182
7.2	Samarbeid mellom barnevern og barnehage/skole.....	182
7.3	Samarbeid mellom barnevern og politiet .....	184
7.4	Oppsummering.....	185
8	Kunnskapsstatus: hva vet vi og hvor går vi?.....	187

8.1	Hva vet vi? .....	187
8.2	Hvor går vi? .....	193
	Litteratur .....	197
Vedlegg 1	Oversikter over internetbaserte søk etter forskning fra en rekke land samt relevante institusjoners nettsider:.....	215
Vedlegg 2	Andre kunnskapsstatuser og undersøkelser av relevans.....	221

# Tabelloversikt

Tabell 3.1	Barn og unge som var plassert i fosterhjem og/eller institusjon. Kortvarige og langvarige plasseringer. England og Wales (ca. 1998) .....	67
Tabell 4.1	Antall barn og unge som har økonomisk stønad som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for hvert av årene 2002-2004 .....	75
Tabell 4.2	Antall barn og unge som har besøkshjem/avlastningstiltak som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for hvert av årene 2002-2004 .....	77
Tabell 4.3	Antall barn og unge som har støttekontakt som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for hvert av årene 2002-2004 .....	81
Tabell 4.4	Antall barn og unge som har tilsyn som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004 .....	83
Tabell 4.5	Antall barn som har barnehage som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004 .....	85
Tabell 4.6	Antall barn og som har skolefritidsordning som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004 .....	87
Tabell 4.7	Antall barn og unge som har fritidsaktiviteter som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004 .....	88
Tabell 4.8	Antall unge som har hjelp til bolig/hybel som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004 .....	89
Tabell 4.9	Antall unge som har hjelp til utdanning/arbeid som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004 .....	90
Tabell 4.10	Antall barn som har foreldre-/barnplasser som barneverntiltak. Fordeling på henholdsvis	

	hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004 .....	91
Tabell 4.11	Antall barn og unge som har barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikkbehandling som barneverntiltak. Fordeling på henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004 .....	92
Tabell 4.12	Antall barn og unge som har medisinsk undersøkelse/behandling som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004 .....	94
Tabell 4.13	Antall barn og unge som har tiltak pga. særlige opplæringsbehov. Fordeling på henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004 .....	95
Tabell 4.14	Antall barn som har beredskapshjem som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004 .....	99
Tabell 4.15	Antall barn og unge som har ordinært fosterhjem som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004 .....	100
Tabell 4.16	Antall barn og unge som har familiefosterhjem som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004 .....	101
Tabell 4.17	Antall barn og unge som har forsterket fosterhjem utenom familien som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004 .....	103
Tabell 4.18	Antall barn og unge som har forsterket fosterhjem i familien som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004 .....	104
Tabell 4.19	Antall barn og unge som har blitt plassert i barneverninstitusjoner som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgs-/atferdstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004 .....	112
Tabell 4.20	Antall barn og unge som har blitt plassert i psykiatrisk institusjon som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004 .....	115
Tabell 4.21	Antall unge som har blitt plassert i bo- og arbeidskollektiv som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004 .....	116

---

Tabell 4.22	Antall barn og unge som har blitt plassert rusmiddelinstitusjon som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004.....	117
Tabell 5.1	Antall barn og unge hvis foreldre har fått foreldreopplæring (PMTO) som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004. ....	135
Tabell 5.2	Antall barn og unge som har fått multisystemisk behandling (MST) som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004.....	140

## Figuroversikt

Figur 3.1	Barn i barneverntiltak i løpet av året etter alder. 2004. Per 1000 i den aktuelle aldersgruppe .....	55
Figur 3.2	Behovspyramide med hensyn på barnevern- /sosialtjenester. England (etter Parton).....	66

# Sammendrag

*Lars B. Kristofersen, Sidsel Sverdrup, Thomas Haaland og Inger-Helene Wang Andresen*

## **Hjelpetiltak i barnevernet - virker de?**

NIBR-rapport 2006:7

### **Formålet med undersøkelsen**

Bakgrunnen for dette prosjektet er at Barne- og likestillingsdepartementet (BLD) ønsker å få oversikt over forskning fra Norden og andre aktuelle land som er relevante i forhold til tiltak i og utenfor hjemmet, og som i Norge kan iverksettes etter barnevernloven § 4-4 og besluttet av kommunen. I Norge går dette inn under betegnelsen hjelpetiltak.

Hovedproblemstillinger som reises i prosjektet er:

*Hva er kunnskapsstatus om hjelpetiltak i barneverntjenesten i henholdsvis Norge, Sverige, Danmark, Finland, Island og England (UK), USA, Canada og Australia?*

Denne problemstillingen spesifiseres i flere delspørsmål, på følgende måte:

- Hvilke hjelpetiltak benyttes, og hva er *omfanget av hjelpetiltak*? Hvordan fordeler ulike tiltak seg på ulike målgrupper? Hvor mange brukere er registrert i ulike målgrupper?
- Hva sier forskningen om *hvilke tiltak* som har positive eller negative effekter? Og hva sier forskningen om hvordan det går med barna som har fått barnevernstiltak?
- Hvordan er effekter eller virkninger registrert for ulike målgrupper (dvs. den enkelte bruker/grupper av brukere)?
- Hva er *kvaliteten* på og innretningen av den forskning som presenteres (herunder meta-undersøkelser, kunnskapsstatuser,

brugerundersøkelser, samt tverrsnitt, kohort, eller longitudinelle undersøkelser)?

- Hvordan fungerer *samarbeid mellom ulike aktører* i behandlingsapparatet? (bl.a. kommunalt barnevern og spesialteam (MST/-PMT), skole/rådgivere/lærere, helsesøster/skolelege/pedagogisk psykologisk tjeneste, fastlege, BUP, familievernkontor, habiliteringstjenesten, politi).

### **Metoder og framgangsmåte**

Når man skal ha oversikt over kunnskapsstatus på et felt, er bruk av og søk gjennom Internett sentralt. Dette utgjør hovedverktøyet i søkene etter relevant litteratur på forskningsfeltet som er dekket i denne rapporten. Søkene er utført slik at de temaområdene som skisseres i problemstillingene ble best mulig dekket.

Vi benytter blant annet metoder beskrevet i faglitteraturen på dette feltet, og trekker opp sammenhengen mellom litteraturoversikter, systematiske reviews og metaanalyser. Også begrepet evidens blir drøftet. I tillegg gir rapporten en beskrivelse av både databaser, emneportaler, søkestrenger og søkeord som er anvendt.

Søkene er foretatt både nasjonalt og internasjonalt. De er innrettet slik at de skal fange opp den forskning som er utført på de gjeldende områdene, i henhold til spesifiserte kriterier.

### **Generelt om hjelpetiltak**

Den siste barnevernstatistikken fra SSB viser at i alt 30.750 barn og unge tok i mot hjelpetiltak fra barneverntjenesten i løpet av 2004.

Blant de tiltakene som gis mens barnet eller den unge bor hjemme hos foreldrene, er: Økonomisk stønad, besøkshjem/ avlastningstiltak, støttekontakt, tilsyn, barnehageplass (som barneverntiltak), skolefritidsordning (SFO - som barneverntiltak), fritidsaktiviteter, hjelp til bolig, hjelp til utdanning og arbeid, multisystemisk behandling (MST), foreldretrening (PMT), foreldre-/barnplasser (inkludert mødre hjem) poliklinisk barne- og ungdomspsykiatrisk behandling, andre tiltak i hjemmet (bl.a. ulike former for nærmiljøtiltak).

Dessuten kan det åpnes for plassering utenfor hjemmet som hjelpetiltak. Følgende plasseringer blir da benyttet: Beredskapshjem og ulike former for fosterhjem, blant annet ordinært fosterhjem, familiefosterhjem og eventuelt forsterket fosterhjem – både ordinært og knyttet til familien. Det blir også benyttet ulike typer av

institusjoner, blant annet barne- og ungdomsinstitusjon, barne- og ungdomspsykiatrisk institusjon, bo- og arbeidskollektiv og rusmiddelinstitusjon.

I Danmark regnes de vanligste hjelpetiltakene (eller "forebyggende foranstaltninger", som danskene uttrykker det) å være "hjemme-hos", "aflastning", "fast kontaktperson" og "familiebehandling". Blant de 28.600 barn og unge som fikk bistand ved utgangen 2004, fikk de fleste, 15.080 barn og unge, forebyggende hjelp.

I Sverige hadde 26.800 barn og unge ett eller flere hjelpetiltak i hjemmet (öppenvårdsinsats) per 1. november 2004. Slike hjelpetiltak var vanligst blant unge i alderen 13-17 år. I løpet av året 2004 var kontaktperson/-familie som hjelpetiltak det mest brukte (alle aldersgrupper), dette ble gitt til ca. 22.600 barn og unge.

Tiltakene er til dels vanskelige å sammenlikne. Situasjonen i England og Storbritannia er i denne rapporten beskrevet noe mer enn de andre ikke-skandinaviske landene, blant annet fordi det historisk har vært en del utveksling av erfaringer mellom Norge og England, og fordi England har en viktig posisjon innen barnevernforskning.

### **Forskning om individtilpassede tiltak**

Med individtilpassete hjelpetiltak for barnet mener vi tiltak iverksatt basert på barnevernlovens § 4-4 tilpasset barnet og dets situasjon. Det dreier seg om tiltak som bl.a. økonomisk stønad, besøkshjem-/avlastningstiltak, støttekontakt, tilsyn, barnehage, skolefritidsordning, fritidsaktiviteter, hjelp til bolig, utdanning eller arbeid, foreldre-/barnplasser og poliklinisk barne- og ungdomspsykiatrisk behandling. Plasseringer i beredskapshjem, fosterhjem (ulike typer), barne- og ungdomshjem, barne- og ungdomspsykiatrisk institusjon, bo- og arbeidskollektiv og rusmiddelsinstitusjon er også til dels gitt som rene hjelpetiltak eller som både hjelpetiltak og omsorgstiltak i løpet av året.

Det foreligger mange studier om effekter av bruk av fosterhjem og institusjoner. Det foreligger derimot svært lite forskningsbasert kunnskap både når det gjelder omfanget, beskrivende studier og effektstudier av mange av de andre individtilpassete hjelpetiltakene. Det finnes enkelte studier om økonomisk stønad, tilsyn, besøkshjem og barnehager, men flere av disse er i ferd med å bli utdatert. Det foregår en sterk økning i bruk av skolefritidsordning som hjelpetiltak i barnevernet, men vi har ikke funnet noe forskning om virkninger av disse.

Den forskningen vi har foretatt review av, viser at mange av de plasseringsformene som har vært brukt til nå, klarer ikke å skape de



beskyttelsesfaktorene som skal til for å gi barna en vesentlig bedre livssituasjon. Enkelte forskere understreker at dette resonnetet er klarest når det dreier seg om langvarige plasseringer. Når det gjelder både norske og internasjonale studier av plasseringer utenfor hjemmet (fosterhjem og institusjon), er det et problem at man ikke alltid får fram varigheten godt nok, eller man konsentrerer seg om plasseringer utenfor hjemmet med relativt lang varighet. Derved er ikke disse studiene alltid så gode i forhold til å gi kunnskap om plasseringer som hjelpetiltak i Norge, eller plasseringer av kort eller middels lang varighet.

### **Forskning om familie- og nettverksorienterte tiltak og metoder**

Felles for familie- og nettverksorienterte tiltak er at de forsøker å vektlegge og ivareta forholdet mellom deltakelse og beskyttelse rundt barnet, samt deltakelse fra foreldre og nettverket rundt. De legger også vekt på å være forebyggende, familiestøttende og kompetanseoppbyggende. Alle vektlegger betydningen av å benytte den kapasitet familiene selv representerer, og har til dels sterke islett av empowerment-tenkning.

Metodene som presenteres er meldingsmøte, familieråd, flipover, Marte Meo, Webster-Stratton, Parent Management Training-Oregon (PMTO), samt MST eller multisystemisk behandling. De siste fire metodene skiller seg klart fra de tre førstnevnte på den måten at de er manualbaserte, og de krever sertifiserte terapeuter til å administrere dem. Slik er det ikke med meldingsmøte, familieråd og flipover.

Samtlige metoder er å betrakte som relativt nye i norsk sammenheng, mens særlig de manualbaserte metodene har eksistert i en årrekke. Det foreligger svært mye internasjonal forskning i tilknytning til de manualbaserte metodene. Den består både av systematiske reviews og av randomiserte, kontrollerte forsøk. Det er også utført noe forskning om bruk og virkning av metodene i norsk sammenheng, i tillegg til erfaringsbaserte beskrivelser. Konklusjoner peker på at metodene er virkningsfulle, men med en del nyanser i tilknytning til hver enkelt innenfor det aktuelle nedslagsfeltet.

Det foreligger også en del forskning om de tre øvrige metodene, meldingsmøte, familieråd og flipover. I norsk sammenheng er man også her i en tidlig fase med hensyn til bruksomfang og implementering. Den forskning og de erfaringer som foreligger så langt, tyder imidlertid på at tiltaksformene er lovende.

### **Tiltak rettet mot ulike typer målgrupper**

Tiltak anvendt i forhold til tre hovedkategorier av målgrupper er omtalt i dette kapitlet, nemlig unge kriminelle, samt barn utsatt for mishandling og/ eller omsorgssvikt samt psykisk syke barn og unge. I forhold til den første av disse målgruppene har vi sett at systemorienterte kognitive atferdsprogram som MST og FFT har vist seg å gi gode resultater, med redusert risiko for tilbakefall til ny kriminalitet som viktigste resultatmål. De samme programmene har også vist seg å gi gode resultater i forhold til voldelige unge, så gode at disse programmene i USA som to av ytterst få intervensjonsformer er gitt status av ”modell-program” i behandling av unge med voldelig atferd. I denne kategorien kommer også det individorienterte kognitive atferdsprogrammet ART. De nevnte programmene har vist seg å gi gode resultater under ulike betingelser forutsatt at de iverksettes i overensstemmelse med faglige forutsetninger. Muligheter for overføring til norske forhold må antas gode, noe positive norske erfaringer med MST og ART synes å bekrefte.

Fra USA foreligger det solid dokumentasjon for at hjemmebaserte helsetjenester til unge, enslige, fattige gravide- og småbarnsmødre har gitt gode resultater med redusert risiko for omsorgssvikt og mishandling, og forbedrede utviklingsmuligheter for barn også i et langtidsforløp. Også tidlig intervensjon med sikte på å bedre læringskapasitet og intellektuell yteevne hos småbarn har gitt lovende resultater, også i et langtidsperspektiv. De program det her er tale om har vært anvendt med universell innretning i forhold til barn og barnefamilier i gettopregede slumområder, barn og familier som lever under forhold som må karakteriseres som ekstremt negative.

Tilsvarende universell innretning av tiltak i norske nabolag er trolig høyst uaktuelt fordi liknende høyrisiko-områder ikke eksisterer her i landet. Ikke desto mindre finner vi familier der risiko for omsorgssvikt og barnemishandling er høy. Amerikanske studier har imidlertid vist at det ikke er mulig å forutsi i hvilke familier med risikokjennetegn at omsorgssvikt eller mishandling vil finnes sted, for eksempel ved hjelp av standardiserte tester eller spørsmålsbatterier. Dette har vært en av grunnene til at universelle tilnæringsmåter for kostnadskrevende hjembesøk har vært valgt.

Det australske programmet Triple-P bygger trolig helt eller delvis bro over dette dilemmaet. Programmet har en struktur og utforming der innsatsnivået avstemmes etter observert risiko i familien. Alle får litt – de familier som viser behov får mer. I Australia har Triple-P gitt gode resultater med redusert forekomst av mishandling og omsorgssvikt.

Forskning på effekten av Triple-P er relativt begrenset. Programmet er dessuten ikke dokumentert brukt utenfor Australia. Overførbarheten til andre vestlige land må likevel antas å være god.

En tredje og viktig målgruppe er psykisk syke barn og unge. Flere undersøkelser viser at barn i barneverntiltak har økt sannsynlighet for å få psykiske vansker og lidelser sammenliknet med andre barn og unge. En norsk studie viser at betydelig flere barn og unge i barneverntiltak trenger barne- og ungdomspsykiatrisk behandling enn de som får dette. Det påpekes i denne studien at alvorlige atferdsproblemer, rusproblemer og spiseforstyrrelser er omfattende. Svenske studier viser at selvmordsdødeligheten er vesentlig høyere for barn og unge som er eller har vært i barneverntiltak, enn for barn og unge i sin alminnelighet. Det bør forskes mer på psykisk helse blant barn i barneverntiltak og på hvilke tiltak som kan forebygge og behandle best de lidelsene disse barna har.

### **Samarbeid mellom ulike instanser**

Samarbeidet mellom barnevernet og helsetjenesten er viktig og omfattende. Nyere forskning viser at nær 70 prosent av kommunene her i landet rapporterer at helsesøstertjenesten deltar i fagnettverksgrupper for psykososiale vansker hos barn og ungdom, og tverrfaglige grupper for forebygging av psykiske vansker. Men i følge den samme forskningen er samarbeidet kjennetegnet av en del mangler. Kvaliteten på samarbeidet mellom tjenester kan ha stor betydning for om brukeren får et adekvat hjelpetilbud. Flere undersøkelser tyder på at tjenestene fremdeles står overfor ganske store tverrfaglige utfordringer i forhold til å få tverrfaglige tilbud til å fungere godt. Både helsesøstre og fagpersoner ved PP-tjenesten melder om at samarbeidet med sosialetat, barnevern, fastlege og BUP vurderes å fungere mindre bra eller dårlig.

Samarbeidet mellom barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien har ofte vært omtalt som uavklart. Mange barn er blitt hevdet å ha "gråsonestatus" i forhold til de to tjenesteområdene. Forsøk med samordnet tilbud fra de to sektorene har vist at barne- og ungdomspsykiatriens tjenester under slike betingelser når fram til langt flere småbarn i høyrisikofamilier registrert av barnevernet. Vellykket organisert samarbeid mellom kommunalt barnevern og barne- og ungdomspsykiatri Akershus har virket til å bygge ned barrierer som tidligere ble opplevd å stå i veien for en fruktbar samordnet utnyttelse av ressurser innenfor de to tjenesteområdene.

Skolen er en helt sentral oppvekstarena for alle barn. Mange barn sliter med konfliktfylte relasjoner til medelever og til lærere.

Samarbeid mellom skole og barnevern er blitt hevdet altfor ofte å være på skolens premisser og der det er skolens problemer som skal løses. Barnevernet er blitt anklaget for i for stor grad å vektlegge barnets fritid, og i for liten grad å vektlegge- og å bidra til skolebaserte tiltak.

Politiet melder hvert år et betydelig antall saker til barnevernet. Gjennom ordningen med familievoldskoordinator er det utviklet rutiner der vold i familier med barn under 18 år så å si umiddelbart blir meldt til barnevernet. Etablering av (inter-)kommunal barnevernvakt, ofte samlokalisert med politiet, har medført at politiet lettere kan "overføre" mindreårige som oppbringes på grunn av mishandling, rus eller andre akutte livshendelser til barnevernet. Saker av akutt karakter fanges gjennom dette lettere opp enn det som var tilfelle tidligere.

### **Kunnskapsstatus: hva vet vi og hvor går vi?**

Variasjonsbredden og omfanget i tiltakene som brukes i barnevernet i dag, er ikke fulgt opp forskningsmessig i tilstrekkelig grad. Totalt sett foreligger det relativt lite forskningsbasert kunnskap om virkningene av de ulike tiltaksformene.

For å få et bedre kunnskapsbasert grunnlag å vurdere ulike typer tiltak på, er det nødvendig med mer forskning. I norsk sammenheng er det behov for bedre og mer omfattende forskning som i langt større grad vektlegger design som muliggjør konklusjoner knyttet til effekter av de tiltakene som implementeres, og som er tydelige på utfallsmål. Randomiserte kontrollerte studier er design som kan anbefales til dette.

Hjelpetiltakene er kjernen i norsk barnevernvirksomhet etter lovendringen i 1992. De anvendes hyppig, og det er forsket lite på virkninger av dem. Det anbefales økt innsats her. I dag ser det paradoksalt nok ut til å foregå minst forskning på de tiltaksformene som er mest brukt (økonomisk stønad som barneverntiltak, besøkshjem mv.) og mest forskning på tiltak som er lite benyttet (MST, Webster Stratton, PMT, ART).

Det synes som norsk barnevern sliter med et paradoks: Barnevernet bruker i stor grad tiltak som vi har lite systematisk, forskningsbasert kunnskap om og som vi "er usikre på" eller "tror på" mye ut fra tradisjoner. Disse tiltakene har vært brukt i årtier, og man har verken klart å finne ut nøyaktig hvordan de virker eller klart å sette noe annet i stedet ("nye tiltaksformer"). Dette kan skyldes at de ofte skal avhjelpe akutte problemer slik at for eksempel mottakerne kan

oppretholde en viss standard økonomisk og på andre måter. Det har dermed ikke vært et relevant spørsmål om ”virkninger” på for eksempel atferd. Man kan reise spørsmål om det ikke er aktuelt å rette forskningens søkelys på de tradisjonelle tiltakene, slik at man gjennom systematiske, forskningsbaserte studier kan undersøke om de virker i tråd med intensjonene.

De manualbaserte metodene MST og PMTO har klare målsettinger om hva slags type problemer de skal søke å avhjelpe, og de skal stort sett løse andre problemer enn de ”gamle tiltakene” (økonomisk stønad, støttekontakt, bruk av barnehage). Selv om det utføres mye forskning på MST og PMT relativt sett<sup>1</sup>, er det fortsatt mye man ikke vet godt nok. Derfor bør forskning opprettholdes.

Fosterhjem benyttes i dagens barnevern både som hjelpetiltak og som omsorgstiltak. Denne tiltakstypen har ikke fått så ”dårlig ord” på seg som institusjonene, på tross av at en dansk studie etter en større review stiller spørsmålsteget ved effekten av fosterhjem internasjonalt. Også her bør mer forskningsinnsats inn. Det er særlig viktig å studere bruken av plasseringer som hjelpetiltak og vurdere effekter av opphold av forskjellig varighet mer inngående.

I Norge har man et godt statistikkunderlag for å drive longitudinell barnevernforskning. Resultater fra longitudinelle studier er svært nyttige og viktige. Gjennom slike er det blant annet mulige å finne ut langtidseffekter av både barneverntiltak som er gitt i alderen 0-17 år og barneverntiltak og evt. andre tiltak (sosialhjelp, trygd) som måtte være gitt i alderen 18-22/23 år. De unge kan også følges lenger enn dette (opp til 30 -35 år) for å se hva slags levekår de får som unge voksne, sammenliknet med andre unge mennesker. Det er derfor av stor betydning å forske mer longitudinelt.

Jo bredere og mer omfattende forskningsbasert kunnskap man får, desto bedre blir man i stand til å yte brukerne det de har behov for – i en barneverntjeneste som til enhver tid har brukerne i fokus.

På grunnlag av den forskningen vi har gjennomgått gir vi her en bred oppsummering av våre anbefalinger om videre forskningsbehov, men uten at vi i detaljert grad går inn på enkelttiltakene.

- Det er gjennomgående foretatt få studier av de tradisjonelle individrettede tiltakene (kapittel 4). Det er neppe grunn til å studere virkninger av alle disse tiltaksformene fordi de ofte

---

<sup>1</sup> På bakgrunn av at de nye tiltakene fortsatt er i begrenset bruk når det gjelder omfang.

iverksettes som umiddelbare kriseløsninger i akutte situasjoner. Men noen av dem har mer langsiktig karakter og involverer mange klienter og store ressurser. Disse kan man med fordel rette forskningens søkelys mot, og reise spørsmålet om de virker i tråd med intensjonene. Det dreier seg om bruk av økonomisk stønad, barnehage, SFO, barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, besøkshjem og fosterhjem (som hjelpetiltak).

- Når det gjelder de manualbaserte tiltaksformene med sertifiserte terapeuter (kapittel 5 og 6) foreligger det en stor internasjonal forskningslitteratur for samtlige former. Flere av dem anvendes imidlertid direkte i norsk sammenheng, uten noen form for justering opp mot norsk kontekst. Det kan derfor være grunn til å studere både hvordan tiltakene anvendes i Norge, behovet for eventuell tillempling av dem, og dernest studier av virkninger.
- Enkelte nye metoder er under utprøving og utvikling i Norge, for eksempel ulike typer nærmiljøtiltak, familieråd, nettverksorienterte tiltak o.l. Man har foreløpig lite kunnskap om virkninger av disse tiltakene. Det anbefales derfor at de studeres nærmere, gjennom en kombinasjon av følgeforskning/underveisevaluering og effektevaluering.

---

# Summary

*Lars B. Kristofersen, Sidsel Sverdrup, Thomas Haaland and Inger-Helene Wang Andresen*

**Intervention methods for safeguarding children – Do they work?**  
NIBR Report 2006:7

## **The purpose of the study**

The Ministry of Children and Equality wanted a conspectus of current research conducted in the Nordic region and elsewhere on forms of intervention which target the child in its own home and otherwise in the wider community which local authorities in Norway could enact under Section 4-4 of the Child Welfare Act ('Assistance for Children and Families with Children'). In Norway, this type of intervention is called 'support' (*hjelpetiltak*).

The study sets out to ascertain the status of knowledge on interventions used by child welfare authorities in Norway, Sweden, Denmark, Finland, Iceland, England and Wales, United States, Canada and Australia.

This central purpose can be divided into several parts, expressed in the form of queries.

- What types of intervention are available to the services, and what is the *prevalence* of each type in relative terms and within the different target groups? How many cases are found within the different target groups?
- Has research identified and described *which actions* have favourable outcomes and which have detrimental outcomes? And what does research say about the subsequent history of the children for whom action was initiated?
- What is done to monitor intervention outcomes and effects within the different target groups?

- What is the *quality* and scope of the research, including meta studies, knowledge status reports, user surveys, and cross, cohort and longitudinal studies?
- What is status regarding cooperation among implicated welfare services (including local child welfare authorities, specialist teams – MST and/or PMT – schools, counsellors, teachers, community nurses, school psychology service, GPs, child and adolescent psychiatry, family counselling, rehabilitation agencies, law enforcement agencies).

### **Methods and approaches**

The Internet is indispensable when it comes to retrieving information on a particular field of inquiry, and has been our main route to the literature covered by this report. Searches were conducted to ensure best possible coverage of areas related to the questions specified above.

Among other methods we used those described in the literature on the subject, while foregrounding connections between literature reviews, systematic reviews and meta studies. We discuss the concept of 'evidence'. We also report on databases, theme portals, search strings and search items used.

Searches were national and international as required, and framed to retrieve research within the relevant categories and in line with specified criteria.

### **A general introduction to interventions**

The latest child welfare statistics compiled by Statistics Norway tell us that action was initiated for 30,750 children by the child welfare authorities in 2004.

Action taken for children living with their parents includes financial support, support families, respite care, support persons (life assistant), inspections, day-care (as a child welfare measure), out of school care (as a child welfare measure), recreational activities, help with housing, training and employment, multisystemic therapy (MST), parental management training (PMT), accommodation for parents/children (including sheltered accommodation for mothers), outpatient child and adolescent psychiatry programmes, other measures in the family home (including various types of community-based action).

Removal from the parental home is a further welfare measure. This includes emergency accommodation, various fostering arrangements including private and family fostering. Fostering of both types can be



---

strengthened by additional measures. Various types of residential care are available, including establishments for children and adolescents, child and adolescent psychiatry, residential and work collectives and establishments for drug and alcohol abuse.

In Denmark, the most prevalent interventions (or preventive arrangements – *forebyggende foranstaltninger*) are domiciliary care, respite care, contact persons and family therapy. By the end of 2004, action had been taken in respect of 28,600 children and adolescents, most of whom – 15,080 – received preventive care.

As of November 1 2004, Sweden had intervened in the case of 26,800 children and adolescents with one or more measures. Most of these youngsters are 13-17. In 2004, the most prevalent form of intervention (instituted for about 22,600 children/adolescents and across all age-groups) was the appointment of a contact person or support family.

Interventions are not always comparable. We describe the situation in England and Great Britain more thoroughly than in other countries in this report because Norway and England have enjoyed long-standing relations in the area of child welfare, and child welfare research in England is particularly advanced.

### **Studies on individually adapted measures**

We take the term ‘individually adapted measure’ to mean action taken under Section 4-4 of the Child Welfare Act which is tailored to meet the particular needs of the child. Such action includes financial support, support families, respite care, contact persons (life assistants), inspections, daycare, out of school care, recreational activities, help with housing, training and employment, places for parents/children and outpatient child and adolescent psychiatry programmes. The following are instituted as support or care options separately and in combination over a twelve-month period: emergency accommodation, fostering of various types, residential establishments, child and adolescent psychiatry establishments, residential and work collectives and establishments for drug/alcohol abuse.

While there is a large quantity of studies on the outcomes of fostering and residential care, little has been done on many of the other individually adapted options, including for instance prevalence, descriptive and outcome studies. There are dedicated studies of financial support, inspections, support families and day care, several of which, we might add, are beginning to reach their ‘sell by’ date. Child welfare authorities are significantly more likely today to

institute out of school care as a welfare provision, but we have been unable to find any research on outcome.

The research we have reviewed shows that many of the traditional residential arrangements fail to offer children the sheltered environment necessary to materially improve their situation. Some researchers concentrate on long-term placements. One of the problems with both Norwegian and international studies of residential care (fostering and institutional) is their failure to indicate duration with sufficient precision, or they concentrate on what to all intents and purposes are permanent residential arrangements. These studies often have little to offer regarding Norwegian intervention options or short and medium-term out of home accommodation.

### **Studies on family and network-based interventions and methods**

The unifying element of family and network-based interventions is their attempt to foreground and sustain a balance between participation and protection in the child's environment, including participation of the parents in a wider network. They also highlight the need to act pre-emptively, to support the family and build competence. All of them note the importance of drawing on the family's own resources, and are often largely informed by a philosophy of empowerment.

The methods presented include the child protection conference, family counselling, flip over, Marte Meo, Webster-Stratton, Parent Management Training-Oregon (PMTO), and MST multisystemic therapy. The latter four methods stand out from the three former ones in that they proceed according to a manual, and require certified therapists to manage them. Conferences, family counselling and flip overs do not require this level of supervision.

All of these methods are relatively novel to Norway, despite the age of the manual-based methods. These latter methods have also attracted extensive international research, including systematic reviews and randomized, controlled trials. We also register a commitment to research in Norway on the use and impact of the methods, alongside observational accounts. Conclusions tell of an effective set of methods, though there are differences between them associated with their particular area of application.

Studies of the three other approaches – conference, family counselling and flip over – are mounting as well. From a Norwegian perspective, we are still at an early stage of use and implementation. Current

---

research and observations give grounds for optimism regarding the efficacy of these approaches.

### **Intervention designed for particular target groups**

This chapter explores measures enacted for each of the three main target group categories, i.e., young offenders, abused and/or neglected children, and children and adolescents with psychiatric disorders. Regarding the first of these, we note good outcomes of systemic cognitive behavioural programmes like MST and FFT, with reduced risk of recidivism as the most important success indicator. The same programmes have also proven successful with aggressive children and adolescents, so successful in fact that they feature as two of a tiny number of interventions meriting the ‘model programme’ label in the treatment of aggressive behaviour in the young. The category also includes the cognitive-behavioural approach Aggression Replacement Training or ART. These programmes are successful under various conditions, provided they are conducted by properly trained people. There is no reason to believe they could not be adapted to meet Norwegian needs; on the contrary, results so far with MST and ART in Norway are promising.

There is reliable data from the US on the benefits of home-based health services for children, adolescents, destitute single pregnant women and mothers, where the risk of neglect and abuse is reduced and children enjoy an improved developmental environment, also over the longer term. Targeting action at an early stage to stimulate infants’ learning capacity and intellectual performance has also met with success, here too in the extended perspective. This type of programme, featuring a universal design, has been applied in metropolitan areas where residents live under what can only be termed extremely challenging conditions.

There is really no question of adopting universal design in Norway because we don’t have high-risk enclaves. Which is not to say of course that there aren’t families where the risk of child neglect and is not high. American studies, however, have shown that it is impossible to predict – using standardised tests or batteries of questions – which families in the high risk category will in fact go on to neglect or abuse their children. This is one of the reasons universal approaches for costly home inspections were chosen.

The Australian programme Triple-P resolves this dilemma entirely or at least in large part. The programme adapts intervention levels to observed level of risk in the family. Everybody gets something – and

families that obviously need more get more. In Australia, Triple-P has been shown to reduce child abuse and neglect.

Studies of the outcomes of Triple-P are relatively narrow-gauged. Nor has the programme been observed in action outside Australia. Translatability to other western countries must nevertheless be said to be very high.

A third important target group consists of children and adolescents with psychiatric disorders. Several studies have shown that child welfare clients are more likely to develop mental health problems than their peers. A Norwegian study reveals how stretched the child and adolescent psychiatry service is, in that the great majority of children and juveniles in need of professional care go unattended. This latter study highlights the high incidence of serious behavioural and eating disorders and problems related to drug/alcohol abuse. Swedish studies find a significantly higher likelihood of suicide among past and present child welfare clients, compared with the general population of peers. There is clearly an urgent need to study mental health in child welfare clients, and ways these problems can most effectively be addressed in terms of both prevention and treatment.

### **Interagency cooperation**

Cooperation between the child welfare agency and health service is important and extensive. According to recent studies, the community nurse service in 70 per cent of local authorities in Norway is linked up with groups addressing psycho-social problems of children and juveniles. But according to the same research, working relations in practice leave much to be desired. In fact, whether the services manage to work together or not is likely to affect whether the child or youngster receives the help s/he needs. Several studies point to the not insignificant challenges facing inter-service and inter-disciplinary cooperation. Community nurses and the school psychology service report moderate or serious failings in their collaboration with the social services, child welfare agency, GPs, and child and adolescent psychiatry.

'Ill-defined' is a term frequently invoked to describe working relations between the child welfare agency and child and adolescent psychiatry. It is alleged that many children end up in a 'grey area' in between the two service sectors. Trials have been conducted to harmonize the two sectors' programmes, and the results show that under these working conditions, the child and adolescent psychiatry service manages to reach a significantly higher number of infants in families designated to be at risk by the child welfare agency. Successful collaborative

---

arrangements involving municipal child welfare services and the Akershus county child and adolescent psychiatry service have helped clear a passage for productive and coordinated use of resources of the two sectors.

That schools are a prime developmental arena for children goes without saying. Many children find it difficult to get on with other children and teachers. It has been alleged far too often, however, that working relations between the child welfare and school authorities are biased in favour of the school, and that problems affecting the school tend to steal the limelight. The child welfare authorities on the other hand have been accused of focusing too narrowly on children's out of school time, and overlooking opportunities to help build school-based programmes.

Every year the police refer a large number of cases to the child welfare authorities. Under the domestic violence coordinator arrangement, procedures have been laid out whereby incidents of domestic violence in families with children under eighteen are immediately referred to the child welfare authorities. The setting up of the (inter-)municipal child welfare emergency room, often located on police premises, eases the 'transfer' of children picked up by the police for reasons of abuse, drug/alcohol misuse and/or urgent care needs to the child welfare authorities.

### **Knowledge status – what do we know and where do we go from here?**

The variety and scope of the procedures enacted by the child welfare authorities today have not received the scientific attention they deserve. And because little research has been done, there is little reliable information on effects and outcomes of these approaches.

If we are to improve our ability to compare and assess different types of intervention, we need to widen our knowledge base. But that again requires a greater commitment to scientific study. In Norway there is a particular need for studies which explore design and allow conclusions to be drawn on intervention effects and outcomes against clear outcome measures. The randomized controlled study is one such design, and can be recommended.

With the amendment to the law in 1992, intervention lies at the core of the Norwegian approach to children's welfare. Intervention is frequently initiated, but we know very little scientifically about how intervention in its various forms works in practice. We therefore urge greater commitment in this area. Today, paradoxically enough, there

appears to be least research on the most prevalent forms of intervention (financial support, second homes etc.), while the least prevalent interventions attract the majority of the research effort (MST, Webster Stratton, PMT, ART).

It seems in other words that Norway's child welfare arrangements rest on a paradox. The child welfare authorities tend to use methods about which there is little, systematic research-based information, and which therefore have a high 'uncertainty' rating, or which we 'believe in' because 'it's what we're used to'. The interventions have been in use for decades and we have neither managed to establish exactly how they work or replace them with something else ('new interventions'). One explanation may be that they are often initiated to meet emergencies, for instance to make sure people have enough money or other necessities to get by. Whether the assistance provided actually changes anything, in a behavioural sense for example, has not been an issue. We might ask whether the time isn't ripe to start studying traditional forms of intervention, to determine scientifically whether they actually do produce the intended outcomes.

The manual-based methods MST and PMTO target specific problems, generally problems the 'old interventions' failed to resolve (financial support, contact persons, day care). Although in relative terms a lot of effort has gone into studying MST and PMTO,<sup>2</sup> we know there is a great deal more to know – and for that reason alone it is important to maintain a commitment to this research.

Fostering is used both as a form of support and of care. It's 'reputation' is not as bad as that of residential institutions, despite a Danish study and extensive international review questioning the effect of fostering. More research is needed here too. It is particularly urgent to study placement as a means of support, and explore in greater detail the outcomes of fostering of varying duration.

Norway is fortunate in having a robust set of statistics on which to base longitudinal studies. Findings from longitudinal studies have so far proved extremely useful and important. They allow us to account for the long-term outcomes of interventions put in motion for children aged 0-17, and interventions and other support measures (social benefit, disability pension etc.) for people aged 18-22/23. We can trace the young for longer periods still, in fact up to the age of 30-35. This tells us something about the conditions under which they live as young adults and allows us make comparisons with similar age-

---

<sup>2</sup> Mainly because these interventions are still not widely used.

---

groups. More longitudinal research should therefore be considered an urgent priority.

The wider and more detailed the information we can gather via scientific research, the better we will be able to institute the type of help and care people actually need – through a child welfare service which always has the good of its clients at heart.

On the basis of our study of existent research we submit here our recommendations on how future research needs should be addressed, though without examining each initiative in detail, however.

- Conventional initiatives targeting individuals have not been widely studied (chapter 4). There is little reason to study the outcomes of all these initiatives because they often represent an urgent response to a critical situation. But some are longer term in nature, involving many clients requiring significant input. These are more amenable to scientific study, not least when it comes to determining their alignment in practice with original intentions. They include cash grants, daycare, afterschool care, child and adolescent psychiatry outpatient clinic, support family and foster care (as support measures).
- The international research literature ranges wide and covers all forms of manual-based intervention with licensed therapists (chapters 5 and 6). Several of these interventions are applied in Norway, though they have not been configured to meet Norwegian requirements in particular. It would be warranted then to study the practical implementation of these interventions in Norway both with a view to establishing whether they need reconfiguring to fit in with the Norwegian setting, and to gauge performance and outcome.
- New methods are being piloted and developed in Norway. They include community interventions, family counselling, network centred interventions etc. We know little at the moment about outcomes and effects of these measures. We recommend therefore a closer examination, with a three-pronged approach comprising longitudinal research, progress and outcome evaluations.

# Innledning

## 1.1 Bakgrunn for undersøkelsen

Bakgrunnen for dette prosjektet er at Barne- og likestillingsdepartementet (BLD) ønsker å få oversikt over forskning fra Norden og andre aktuelle land som er relevante i forhold til tiltak i og utenfor hjemmet, og som i Norge kan iverksettes etter barnevernloven § 4-4 og besluttes av kommunen. I Norge går dette inn under betegnelsen hjelpetiltak. Hensikten med å få en slik oversikt er å få systematisert kunnskap om hvilken forskning som finnes, hvilken kunnskap som allerede er oppsummert, og med hvilken kvalitet. Prosjektet er et ledd i et arbeid for å ha et godt grunnlag for å vurdere videre forskningsbehov, igangsette et eventuelt utviklingsarbeid, og å kunne gi eventuelle tydeligere anbefalinger til kommunene.

Arbeidet har sitt grunnlag i systematisk litteratur søk, i en åpen og eksplisitt fremgangsmåte som dokumenterer hvordan forskningsresultater er funnet og som muliggjør etterprøvbare og oppdateringer i fremtiden. Alle søkene er utført i løpet av annet halvår 2005 og første kvartal 2006. Det er viktig å få oversikt også over internasjonal forskning over tiltak som kan iverksettes i Norge som hjelpetiltak for aldersgruppen 0 – 23 år. Eksempler på slike hjelpetiltak er støttekontakt, at barnet får plass i barnehage, avlastningstiltak i hjemmet, økonomisk hjelp, ulike familie- og nærmiljøbaserte tiltak etc.

Det har vært utført mye forskning når det gjelder plasseringer av barn utenfor hjemmet både i Norge, øvrige nordiske land og andre land i Europa, USA, Canada og Australia. I Norge er det utført forskning både om barneverntjenestens plasseringer av barn og unge utenfor hjemmet som hjelpetiltak, omsorgs- og atferdstiltak.

Det har vært foretatt noe mindre forskning på hjelpetjenester som ikke medfører plassering utenfor hjemmet, både i Norge og Norden. Det samme gjelder internasjonalt. Barnevernlovgivningen varierer en god



del mellom land. I Norge er det Lov om barneverntjenester som regulerer barnevernets ansvar for barns situasjon når de lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling. Flere andre lover støtter opp om dette. De fleste land har en lovgivning om plassering av barn i institusjon (barnevernformål), men mange land har nok ikke supplerende hjelpetiltaksparagrafer i en slik lov. Derimot vil annen sosial- og helselovgivning i enkelte land kunne virke supplerende, og utfylle våre hjelpetiltaksbestemmelser. Forskning på slike spørsmål er relevante i denne sammenheng.

## 1.2 Formål

Følgende områder ivaretas i foreliggende rapport:

1. Systematisk å identifisere, kritisk vurdere og sammenfatte forskning på tiltak relevant for det vi i Norge omtaler som hjelpetiltak etter § 4-4 i Lov om barneverntjenester, med fokus på forskning fra Norden og andre relevante land.
2. Gjennom kunnskapsinnhenting og vurderingen tydeliggjøres hva man har kunnskap om, hvilke områder det er behov for ny kunnskap på, og det framsettes forslag til hvordan ny kunnskap bør skaffes.
3. Videre vurderes den metodiske kvaliteten på de inkluderte oversiktene, og på den forskningen som presenteres. Formålet med dette er å gi en analyse av hvor troverdig konklusjonene i oversiktene og forskningen er.

En viktig presisering som ligger til grunn for arbeidet er inkludering av bruk av fosterhjem og institusjon som hjelpetiltak. Grunnen til dette er at praksis i årene 1993-2003 har vist en kraftig stigning i bruk av både fosterhjem og institusjon som hjelpetiltak (Lov om barneverntjenester 1992/2000) § 4-4, 5.ledd.

## 1.3 Overordnede problemstillinger

Hovedproblemstillinger som reises i prosjektet er:

*Hva er kunnskapsstatus om hjelpetiltak i barneverntjenesten i henholdsvis Norge, Sverige, Danmark, Finland, Island og England (UK), USA, Canada og Australia?*

Denne problemstillingen spesifiseres i flere delspørsmål, på følgende måte:

- Hvilke hjelpetiltak benyttes, og hva er *omfanget av hjelpetiltak*? Hvordan fordeler ulike tiltak seg på ulike målgrupper? Hvor mange brukere er registrert i ulike målgrupper?
- Hva sier forskningen om *hvilke tiltak* som har positive eller negative effekter? Og hva sier forskningen om hvordan det går med barna som har fått barnevernstiltak?
- Hvordan er effekter eller virkninger registrert for ulike målgrupper (dvs. den enkelte bruker/grupper av brukere)?
- Hva er *kvaliteten* på og innretningen av den forskning som presenteres (herunder meta-undersøkelser, kunnskapsstatuser, brukerundersøkelser, samt tverrsnitt, kohort, eller longitudinelle undersøkelser)?
- Hvordan fungerer *samarbeid mellom ulike aktører* i behandlingsapparatet? (bl.a. kommunalt barnevern og spesialteam (MST/-PMT), skole/rådgivere/lærere, helsesøster/skolelege/pedagogisk psykologisk tjeneste, fastlege, BUP, familievernkontor, habiliteringstjenesten, politi).

Sentralt i prosjektet er å vurdere relevans og overførbarhet av utenlandsk forskning til norske forhold. Det er derfor foretatt søk på baser og emneportaler også i England, USA, Canada og Australia. Her finnes det svært mye relevant og kvalitetsmessig god barnevernforskning. Søk er også gjort mot Nederland, Belgia og Frankrike. Disse landene har relevant barnevernforskning, bl.a. på hjelpetiltak rettet mot etniske minoriteter, samt problemfeltet seksuelle overgrep mot barn.

### 1.3.1 Presisering av problemstillingene

Noen overordnede områder er i søkelyset. Disse er omfang av hjelpetiltak, hvilke typer av tiltak som benyttes og deres virkninger. Dessuten gjelder det tiltak rettet mot ulike typer av målgrupper, samt samarbeid mellom ulike instanser. Under alle disse punktene blir det foretatt en ytterligere avgrensning og presisering.

#### **Typer av hjelpetiltak**

Presentasjon og forskning av alle typer hjelpetiltak i Norge inngår i foreliggende arbeid. Dette gjelder både de vi kaller individtilpassede hjelpetiltak, som for eksempel bruk av barnehage, støttekontakt,

tilsyn, økonomisk stønad. Det gjelder også det vi kaller familie- og nettverksorienterte tiltak, hvor blant annet MST, PMT, og Webster-Stratton inngår. Og det gjelder tiltak som har økt i omfang de senere år, som fosterhjem og institusjon.

### **Typer av målgrupper**

Noen tiltak utvikles med tanke på å hjelpe spesielle målgrupper, slik at det er målgruppene som står i fokus i forskningen, og ikke tiltaket og beskrivelse av det i seg selv. Det finnes en rekke ulike typer av målgrupper. For eksempel kan de være norske barn, barn med minoritets-/innvandrerbakgrunn, unge barn eller ungdom med tilknytning til kriminelle eller voldelige gjenger, barn med psykiske vansker, og barn som er utsatt for seksuelle overgrep eller annen mishandling/omsorgssvikt.

### **Samarbeid mellom ulike aktører**

Foreliggende arbeid redegjør også for forskning på hjelpetiltak i barneverntjenesten og samarbeid med andre instanser som helsevesen, bl.a. barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, pedagogisk psykologisk tjeneste og politiet/barnevernvakt.

## **1.4 Organisering av rapporten**

Rapporten er organisert slik at metoder for litteratursøk og gjennomføring av arbeidet drøftes i kapittel 2. Her vektlegges at forskningsresultatene som presenteres er basert på en systematisering av sekundærkilder, i form av litteraturoversikter, systematiske reviews og metaanalyser.

Kapittel 3 gir en detaljert oversikt over omfang av hjelpetiltak, blant annet med statistiske oversikter over bruk av ulike former av hjelpetiltak.

I kapitlene 4, 5 og 6 presenteres resultater fra forskning i tilknytning til ulike former for hjelpetiltak. Kapittel 4 omhandler forskning om individtilpassete tiltak i og utenfor familien. Kapittel 5 omhandler forskning om familie- og nettverksorienterte tiltak, og kapittel 6 omhandler forskning om tiltak rettet mot ulike typer målgrupper. I hvert kapittel redegjøres det først for hva hver enkelt av de omtalte tiltaksformene innebærer. Deretter presenteres resultater fra forskning som viser kunnskap knyttet til bruk av og erfaring med hvert av tiltakene.

Når vi har delt tiltakene inn i disse aktuelle hovedkategoriene må vi likevel allerede nå understreke at inndelingen ikke kan forstås som absolutt. Dels vil tiltakene være overlappende, og dels vil de gripe noe over i hverandre. Noen av de tiltakene vi har kalt individtilpassede vil for eksempel primært være rettet mot familien i den forstand at familien som sådan er hjelpmottaker. For eksempel vil bruk av økonomisk stønad bidra til å avhjelpe forholdene for familien som sosialt system, og slik sett også være familierettet, selv om den økonomiske stønaden er øremerket for eksempel ferie eller sykkel til barnet. Og tilsvarende vil noen av de tiltakene vi har plassert under overskriften familie- og nettverksorienterte primært ha det enkelte barn i fokus, men hvor likevel tanken er at man best hjelper barnet ved å trekke inn familien og det omkringliggende sosiale system. De tiltaksformene som er plassert under denne overskriften presenterer imidlertid i hovedsak seg selv som familierettede, eller de er omtalt slik i litteraturen. På samme måten vil tiltak rettet mot miljøet rundt det enkelte barn og mot spesielle målgrupper, også kunne være familierettet.

Grunnen til at vi har valgt en slik kategorisering er at det har vært nødvendig for å få en struktur og systematikk på alt det arbeid som gjøres på feltet, og som det blir redegjort for i denne rapporten.

I kapittel 7 presenteres forskning om samarbeid mellom ulike instanser, og det avsluttende kapittel 8 trekker trådene sammen i spørsmålene om hva vi vet og hvor vi bør gå.

---

## 2 Metoder og framgangsmåte

Når man skal ha oversikt over kunnskapsstatus på et felt, er bruk av og søk gjennom Internett sentralt. Dette utgjør hovedverktøyet i søkene etter relevant litteratur på forskningsfeltet vi skal dekke. Søkene er utført slik at de temaområdene som skisseres i problemstillingene blir best mulig dekket. I det følgende redegjøres for hvordan de er lagt opp. Vi benytter blant annet metoder beskrevet i faglitteraturen på dette feltet (Markham 2004), og trekker opp sammenhengen mellom litteraturoversikter, systematiske reviews og metaanalyser. Også begrepet evidens blir drøftet. I tillegg gir kapitlet en beskrivelse av både databaser, emneportaler, søkestrenger og søkeord som er anvendt.

Søkene er foretatt både nasjonalt og internasjonalt. De er innrettet slik at de skal fange opp den forskning som er utført på de gjeldende områdene, i henhold til spesifiserte kriterier. Ikke alle land benytter samme betegnelser på ulike tiltak, og ikke alle land har samme distinksjon på typer av tiltak. Dette omtales nærmere i kapittel 3.

Foreliggende rapport samler kunnskap og forskningsresultater på bakgrunn av allerede utført forskning, og kan best karakteriseres som en systematisk litteraturoversikt. Hensikten er å få en oversikt over hva kunnskapsstatusen på barnevernfeltet er med hensyn til hvilke tiltak som virker, eller som ikke virker, eller som det ikke er utført effektforskning på i tilstrekkelig grad til at man har noen dokumentasjon på om de virker, og som derfor er av mer deskriptiv karakter. Det presenteres resultater fra ulike typer studier, både fra enkeltstudier, systematiske reviews og metaanalyser. I det følgende redegjøres for forholdet mellom disse ulike formene for systematisering av allerede utført forskning.

Alle søkene er utført i løpet av annet halvår 2005 og første kvartal i 2006.

## 2.1 Litteraturoversikter, systematiske reviews og metaanalyser

Å utarbeide litteraturoversikter, gjennomføre systematiske reviews og lage metaanalyser innebærer at man på bakgrunn av aktuelle forskningsspørsmål lager en grundig oversikt over tilgjengelig forskningslitteratur av allerede gjennomførte undersøkelser og studier på et bestemt område. Forskjellen mellom de ulike formene for oversikter dreier seg først og fremst om graden av systematisering og spesialisering.

Litteraturoversikter kan være brede i sitt fokus. Utarbeiding av dem kan ta utgangspunkt i et spørsmål om for eksempel hva forskningen viser om hva kunnskapsstatus er på barnevernfeltet med hensyn til hva som er utført av forskning om et tiltak, men uten at søkelyset er direkte rettet mot virkninger. Til forskjell fra dette, trekkes graden av spesialisering vesentlig lenger når man skal utarbeide systematiske reviews. Dette har først og fremst sammenheng med det langt mer systematiserte og spesialiserte arbeidet i etterkant av søket, knyttet til mer detaljerte problemstillinger. Da er man gjerne opptatt av hva forskningen viser med hensyn til effekt av et (eller flere) tiltak overfor en bestemt målgruppe når det gjelder et bestemt tiltak. Et eksempel på et slikt spørsmål er hva forskning dokumenterer om virkninger av MST overfor atferdsvanskelig ungdom. Dette ene spørsmålet styrer litteratursøkene. Når litteraturen som omhandler dette spørsmålet foreligger, vurderer man deretter graden av evidens ved hjelp av en på forhånd fastlagt, og vitenskapelig basert systematikk. Hvis det eksisterer et stort nok antall av studier som tilfredsstillende oppsatt kravene, kan resultatene fra disse studiene sammenfattes ved hjelp av en meta-analyse. Dette er en analyseform som går enda lenger i grad av spesialisering ved å benytte statistiske metoder for å vurdere grad av sikkerhet i konklusjonene som omhandler effekt. Den er opptatt av hvordan forskningsfunn kan oppsummeres for at meningsfulle slutninger kan trekkes om dagens viten om et forskningsproblem. Selve begrepet metaanalyse er en fellesbetegnelse på en rekke teknikker som anvendes for å kvantifisere og slå sammen resultater fra mange enkeltstudier. Innenfor enkelte fagområder har meta-analyse langt på vei erstattet tradisjonelle review-artikler.

I arbeidet med å skaffe oversikt over et forskningsfelt får man på bakgrunn av systematiske litteratursøk et grundig bilde av om det er gjort forskning som belyser det aktuelle spørsmålet, hvordan forskningen er utført, og hva den viser. Slike forskningsoversikter, enten de er litteraturoversikter eller systematiske reviews, utarbeides

---

gjærne av forskere, men spesialiserte forskningsbibliotekarer har ofte en sentral rolle. Dette er tilfellet i foreliggende arbeid.

Gjennom systematiske og standardiserte søkestrategier finner man fram til relevant og aktuell forskningslitteratur og publikasjoner. Søkestrategiene, emneportalene, søkeordene og skestrengene er sentrale for å få det overblikk som er nødvendig. Som det framgår senere i dette kapitlet, er det i foreliggende prosjekt utført systematiske søk i henhold til en rekke søkekriterier som til sammen tilfredsstillende og dekker opp de feltene som er i fokus.

Når de aktuelle publikasjonene foreligger etter den innledende skerunden, må de gjennomgåes kritisk slik at man ser at de innholdsmessig faktisk er aktuelle og dekkende for forskningsspørsmålet som ligger til grunn for søket. Dersom de tilfredsstillende kravene, vil de bli inkludert i undersøkelsen. Hvis de ikke tilfredsstillende kravene, blir de ikke inkludert. Ofte vil mengden litteratur man fr etter den første skerunden vre svært omfattende. I arbeidet med å få en oversikt over relevant forskning, kan det være nyttig å utarbeide et såkalt reviewskjema. Dette er gjort i foreliggende arbeid. Skjemaet benyttes som redskap for å sortere arbeider som skal inkluderes fra arbeider som skal ekskluderes. Grunnen til at denne arbeidsformen er til hjelp, er at det i denne fasen ofte er nødvendig at flere medarbeidere arbeider med å lese og sortere studiene. Reviewskjemaet inneholder en rekke spørsmål som reviewer svarer på, og som i neste omgang hjelper til i ytterligere sorteringen av litteraturen. Eksempel på et spørsmål som kan inngå i et slikt skjema er om en aktuell studie er en effektstudie, eller en beskrivende analyse<sup>3</sup>.

Hvis man kun er opptatt av for eksempel effektstudier, vil en videre analyse av den inkluderte litteraturen blant annet kunne vurdere graden av evidens. Hvis det viser seg at det er utført et tilstrekkelig antall evidensstudier om det samme fenomenet eller tiltaket, kan man gå videre og sammenfatte disse ved hjelp av en meta-analyse. Som nevnt foran, er meta-analyser en ytterligere spesialisert form for kvantitativ analyse. Noen systematiske gjennomganger har laget en statistisk presentasjon ved å fremstille grafisk de konklusjonene man finner i litteraturgjennomgangen. Det dreier seg da om å gjennomføre statistiske analyser av resultater fra flere separate undersøkelser, som man har samlet gjennom systematiske reviews, og hvor man vektet, kombinerer og sammenlikner resultater fra de ulike studiene for om

---

<sup>3</sup> Systematiske gjennomganger som for eksempel Cochrane Collaboration fokuserer på, omhandler primært effektene av helse- og omsorgstiltak [www.cochrane.no](http://www.cochrane.no) (gratis tilgang i Norge).

mulig å identifisere sammenfall, eller eventuelt avvik. Slutninger trekkes altså på bakgrunn av resultater av statistiske analyser fra mange ulike studier. På denne måten er en meta-analyse en vitenskapelig observasjonsstudie som i seg selv krever planlegging og strategi for gjennomføring. En meta-analyse kan for eksempel ha som siktemål å undersøke hvor godt en bestemt type behandling virker, enten den er et medisinsk, psykologisk eller et annet intervensjons tiltak på barnevernområdet.

Resultater og konklusjoner man kommer fram til gjennom å utføre litteraturoversikter, systematiske reviews og meta-analyser samles i en rapport. Denne vil da inneholde en detaljert oversikt over forskning vedrørende de forskningsspørsmål eller av kunnskapsstatus som er i søkelyset.

I den senere tid har flere organisasjoner internasjonalt utviklet opplegg for å gjennomføre ytterligere og mer systematiske reviews. En slik mer spesialisert variant finner man i såkalte Campbell reviews. Dette er oversikter som er opptatt av å besvare om én bestemt intervensjon har positive eller negative effekter, mot én bestemt, avgrenset målgruppe på bestemte utfallsmål. Utarbeidingen av slike oversikter skjer i henhold til et sett med fastsatte kriterier og omfattende prosedyrer både med hensyn til søkestrategiene for å identifisere studiene og kriteriene for å inkludere studiene i reviewet. De studier som inngår blir kvalitetsvurdert med tanke på om studiene er designet slik at effekt fra andre mulige årsaksforklaringer kan isoleres. Et annet viktig hjelpemiddel er registeret som Cochrane Collaboration har systematisk bygget opp, og som nå består av flere enn 400 000 referanser til forskning om effekter av helse- og omsorgstiltak. I Cochrane Collaboration finnes det regler for peer review, brukerinvolvering og editorial godkjenningrutiner. Cochrane handbook er et av hjelpemidlene som forfattere bruker.

Cochrane, som har flere enn 10 000 frivillige som registrerer effektstudier i et eget register og som lager gjennomganger av effektstudier, og EPPI-Centre (Evidence for Policy Practice) (det siste ved Social Science Research Unit/ Institute for Education, London University), er blant de miljøene som utfører systematiske reviews på et bredere felt enn effektstudier. Senteret er en partner i Campbell samarbeidet. Det er også et eget Campbell og Cochrane senter i København. Disse har en noe ulik organisering og form. Campbell-senteret i København er finansiert av det danske sosialministeriet og bruker sine midler på å arrangere konferanser for praktikere og forskere primært på sosialfeltet. De finansierer også noe av arbeidet til forskere som skriver systematiske oversikter.



---

I foreliggende rapport vil det både bli referert til forskning som benytter meta-analyser i sin gjennomgang av enkelte tiltak på barnevernfeltet (for eksempel Grinde, Ogden og Killén (Grinde 1997; Ogden 1999; Killén 2004)), og til forskning fra enkeltstudier, litteraturoversikter og systematiske reviews.

## 2.2 Evidens

Begrepet evidens er nært beslektet med ord som bevis og belegg. Evidens kan forstås som den beste kunnskap man har om et gitt forhold. Man reiser spørsmålet om de tiltak som er implementert faktisk virker, og om man har tilstrekkelig belegg eller dokumentasjon for å kunne hevde dette. Dette finner man kun ut ved å gå systematisk til verks. MST og PMTO er eksempler på tiltak som er evidensbasert overfor en bestemt målgruppe i gitte situasjoner.

I samfunnsvitenskapene stilles ofte spørsmål som er vanskelig å besvare nøyaktig. Eksempler på slike spørsmål er hva som er de beste metodene for å hjelpe atferdsvanskelig ungdom, eller om MST eller ART er bedre enn andre metoder og tiltak man har til rådighet. Grunntanken i evidensbaserte studier er imidlertid at det er forskjell på hvor sikker man kan være på resultatene fra ulike undersøkelser og forskning på ulike tiltak. Tanken er også at det er nødvendig å systematisk vurdere eller måle kvaliteten på utført forskning som studerer effekter, og å samle den mest sikre kunnskapen om dette, samtidig som man holder den mindre sikre kunnskap unna. Dette kan man gjøre ved hjelp av systematiske reviews, slik de er omtalt foran, og hvor særlig Cochrane- og Campbell-oversiktene er sentrale. Eller man kan gjøre det ved en noe mer snever begrepsfesting av evidens som innebærer at sterk evidens kun kan hentes fra forskning basert på metastudier som samler resultater av et antall undersøkelser som helst skal være basert på loddrekking, randomisering eller kohortanalyser.

Et systematisk review er regnet for å være en kvalitativt god form for grunnlag til evidensbasert praksis og politikk. Grunnen til dette er at man arbeider systematisk med å redusere mulige feilkilder som kan så tvil om konklusjonene.

Hensikten med å gjennomføre systematiske oversikter er å finne fram til om virkemidlene eller tiltakene har forskningsbasert dokumentasjon på effekt. Ved aktiv bruk av systematisert, forskningsbasert dokumentasjon, kan man både spare målgruppene for intervensjoner man er usikre på effekten av, og man kan spare ressurser på å sette i verk tiltak som ikke har noen dokumenterbar effekt. Man kan dessuten

avdekke forskningshull, samt skape diskusjon om hvordan ny forskning bør gjøres for å skaffe troverdige konklusjoner om effekter.

## 2.3 Databaser, emneportaler og søkemotorer

Som grunnlag for prosjektet er det utført søk etter forskningsbasert litteratur på internett. Forskningsbasert litteratur er her definert som vitenskapelige artikler, bøker og rapportering samt eventuelt annet relevant forskningsmateriale fra forskningsinstitusjoner, bibliografiske databaser, emneportaler og søkemotorer. Det finnes et stort antall databaser og nettsteder som tilfredsstill disse kravene.

Ved hjelp av søkemotoren Google er det også søkt frem en rekke institusjoners nettsider som er interessante for prosjektet. Disse er gruppert under land i oversikten og angitt med institusjonsnavn og internettsadresse.

Noen av metodene som omtales i rapporten, har egne nettsteder som også presenteres i en gruppe for seg.

Oversikten over disse to gruppene er samlet i et vedlegg til slutt i denne rapporten.

## 2.4 Søkestrenger og søkeord

Det er benyttet både norske, engelske og tildels nordiske søkeord i den hensikt å få dekket opp det aktuelle feltet på best mulig måte.

I utgangspunktet var det ønskelig å få en oversikt over feltets forskning for perioden 1990-2005. Dette viste seg å gi tildels svært store antall treff, og etter hvert konsentrerte vi søkene om mer avgrensede perioder i nyere tid. I starten var også søkeprofilene forholdsvis generelle. Dette førte til et behov for å avgrense feltet til blant annet effektstudier og reviews. En annen erfaring vi fikk, var at mengden litteratur og referanser fra feltet hadde en bratt stigende kurve henimot slutten av 1990-tallet og videre fram til nåtid.

Søkestrengene som er benyttet, er gruppert under den databasen søkene er utført i. I den enkelte database er søkene utført i fritekstfeltet, alternativt emneordsfeltet. Strengene er bygget opp med Boolske prinsipper, det vil si at man inkluderer søkebegrep ved bruk av <og>, man velger enten/eller med <eller>, og en utelater et begrep med <ikke>.

I de fleste basene brukes asterisk \* synonymt med <og>, plusstegnet + synonymt med <eller>. Minustegnet – som er synonymt med <ikke>, er ikke benyttet her. Trunkeringstegn er i noen baser spørsmålstegn <?>, i andre en asterisk <\*>, det vil si tegnet som gir søk på ordstammen med alle mulige endelser. Antall treff er angitt i parentes.

For hver database er det gitt en kort informasjon om den enkelte bases omfang og bakgrunn.

Fremgangsmåten etter at søkeresultatene forelå, var at forskerne fikk utskriftene, til dels med utfyllende sammendrag, til vurdering og gjennomgang. Deretter kunne det som ble ansett for relevante referanser for prosjektets videre arbeid, anskaffes som innlån eller kjøp av bøker og rapporter samt bestilling av artikkelkopier, og dermed gjøres tilgjengelig for fordypning.

## 2.4.1 Generelle bibliografiske databaser

Vi har konsentrert oss om følgende utvalg av bibliografiske databaser, det vil si samlinger av referanser til litteratur i form av bøker, rapporter, avhandlinger og tidsskriftartikler:

Bibsys (Norge)

Libris (Sverige)

Bibliotek.dk (Danmark)

Det Kongelige Bibliotek (Danmark)

Norart (Norske og nordiske artikler)

ISI Web of Science (Internasjonale artikler)

Ingenta (Internasjonale artikler)

### **Bibsys**

Bibliotekdatabasen Bibsys ([www.bibsys.no](http://www.bibsys.no)) dekker beholdningen til alle universitetsbibliotekene, Nasjonalbiblioteket, høgskolebibliotekene samt et stort antall andre fag- og forskningsbibliotek i Norge. Treffene under Bibsys henviser til bøker, rapporter, avhandlinger og lignende materiale, som de enkelte bibliotekene har indeksert selv.

### **Søkeprofil:**

– familie? \* vold? (270 treff)

- (familie + barn + ungdom) \* (hjelpetiltak \* barnevern) (48 treff)
- barn \* traume? (98 treff)
- familie? \* minoritet? (54 treff)
- familie? \* konflikt? (70 treff)
- (barn + ungdom) \* (vold + atferdsvansker) (913 treff)
- ((barn + ungdom) \* (vold + atferdsvansker)) \* (hjelpetiltak + behandling) (63 treff)
- (barn + ungdom) \* (rus + kriminalitet) (484 treff)
- ((barn + ungdom) \* (rus + kriminalitet)) \* (behandling + hjeltetiltak) (32 treff)
- (familie? \* behandling?) (281 treff)
- barnevern \* (støttekontakt? + tilsyn + avlastning?) (18 treff)
- barnevern \* (stønad + barnehage) (44 treff)
- barnevern \* (fosterhjem + institusjon) (173 treff)
- multisystemisk \* (behandling + terapi) (26 treff)
- barnevern \* helsevesen (28 treff)
- barne- og ungdomspsykiatri \* barnevern (24 treff)
- barnepsykiatri \* barnevern (66 treff)
- barnevern \* politi (13 treff)
- (effekt? + intervensjon? + traume?) \* barnevern (28 treff)
- barnevern \* død? (6 treff)
- aggression replacement training (11 treff)
- Sundell, Knut (26 treff)
- 'children at risk' (11 treff)
- Egelund, Tine (16 treff)
- Holtan, Amy (5 treff)
- meldingsmøte (0 treff)
- familierådslag (16 treff)
- Marte Meo (69 treff)

**Libris**

Libris (<http://www.libris.kb.se/index.jsp>) er den nasjonale svenske bibliotekdatabasen for bøker, rapporter og tidsskriftartikler.

**Søkeprofil:**

- behandlingshem (172 treff)

- 
- behandlingshem för barn och ungdomar (6 treff)
  - HVB-hem (3 treff)
  - kontaktfamilj (3 treff)
  - föräldrar och barn (287 treff)
  - Bo Vinnerljung (14 treff)
  - barnomsorg (249 treff)
  - barnavård (3859 treff; 2000-2005: 251 treff)
  - socialt arbete med barn (92 treff)
  - familjehem (72 treff)
  - föräldrakunskap (6 treff)
  - Marte Meo (14 treff)
  - aggression replacement training (8 (treff)
  - Webster-Stratton (6 treff)

### **Bibliotek.dk**

Bibliotek.dk (<http://bibliotek.dk/>) er en database over beholdningen i danske offentlige bibliotek

#### **Søkeprofil:**

- forældrerådgivning (danske tidsskriftartikler) (26 treff)
- Marte Meo (danske ts.art.) (22 treff)
- familiebehandling og børn (ts.art) (42 treff)
- multisystemic therapy (bøker og art.) (5 treff)
- aggression replacement training (bøker og art.) (4 treff)
- døgninstitutioner og børn (ts.art. 2005-1998) (70 treff)
- anbringelser og børn (ts.art.) (36 treff)
- familiepleje og børn (ts.art. 2005-1998) (25 treff)

### **Det Kongelige Bibliotek**

Danmarks nasjonalbibliotek og København universitetsbibliotek (<http://www.kb.dk/index-da.htm>). Her referer treffene til bøker, rapporter og lignende.

#### **Søkeprofil:**

- anbringelse uden for hjemmet (39 treff)
- familiepleje (14 treff)
- anbringelser børn (9 treff)

- Marte Meo (16 treff)
- interaksjonsanalyse (6 treff)

### **Norart**

Norart (<http://www.nb.no/baser/norart/>) er en database over artikler i cirka 440 norske og nordiske tidsskrifter og årbøker fra 1980 og frem til i dag. Basen administreres av Nasjonalbiblioteket i Norge.

### **Søkeprofil:**

- multisystemisk + MST (18 treff)
- barnevern (480 treff)
- barnevern? (1125 treff)
- barnevern? \* (hjelpetiltak? + tiltak?) (19 treff)
- (barn? + ungdom?) \* hjelpetiltak? (23 treff)
- barnevern? \* økonomi? (4 treff)
- barnevern? \* tilsyn? (7 treff)
- barnevern? \* støttekontakt? (1 treff)
- (besøkshjem + avlastning?) \* barn? (13 treff)
- barnehage \* barnevern (2 treff)
- omsorgsovertakelse? \* barn? (42 treff)
- familieråd (8 treff)
- meldingsmøte (0 treff)
- familie? \* tiltak? (9 treff)
- skolefritidsordning (SFO) \* barnevern? (1 treff)
- barneverntiltak (3 treff)
- FLIPOVER (1 treff)
- atferdsvansker \* barn? (62 treff)
- tiltaksplaner \* barn? (3 treff)
- Marte Meo (17 treff)
- Webster-Stratton? (6 treff)
- PMT (13 treff)
- foreldretrening (14 treff)
- miljøterapi \* (barn + ungdom) (7 treff)
- (miljø? + terapi?) \* barn (1 treff)
- plassering? \* barn? (10 treff)
- omsorgstiltak? \* barn? (1 treff)
- (helse + dødelighet) \* (barn + ungdom) (112 treff)

- aggression replacement training (3 treff)
- familierådslag (8 treff)
- Holtan, Amy (1 treff)

### **ISI Web of Science**

Internasjonale artikkel- og siteringsdatabaser innen samfunnsfag og humaniora 1974-dd. Denne basen er ikke fritt tilgjengelig, men abonnementsbasert.

#### **Søkeprofil:**

- foster care (1990-2005) (1121 treff)
- foster home (1990-2005) (58 treff)
- (foster home) and effect\* (2000-2005) 4 treff
- parent management training (1990-2005) (26 treff)
- multisystemic treatment (1990-2005) (41 treff)
- multisystemic treatment and child\* (1990-2005) (27 treff)
- Webster Stratton (1990-2005) (9 treff)
- (multisystemic therapy or multisystemic treatment) and (evidence-based practice or effect\*) and (children or youth) (2000-2005) (47 treff)
- Webster Stratton and (evidence-based practice or effect\*) (2000-2005) (5 treff)
- Marte meo (2000-2005) (1 treff)
- Aggression replacement training (1990-2005) (11 treff)
- (child welfare intervention) and (benefits or effectiveness) (1990-2005) (29 treff)
- (child welfare programs) and (benefits or effectiveness) (1990-2005) (54 treff)
- family intervention (2004-2006) (100 treff)
- (family intervention) and effect\* (2004-2006) (54 treff)
- (family intervention) and (effect\* and child\*) (2004-2006) (15 treff)
- parent management training (2004-2006) (12 treff)
- "looking after children" (2004-2006) (1 treff)
- multisystem treatment (2004-2006) (0 treff)
- (child welfare) and review (2004-2006) (21 treff)
- (child care) and effect (2005-2006) (88 treff)

- (child protection) and effect\* (2004-2006) (24 treff)
- (child welfare) and (effect\* or review\*) (2004-2006) (94 treff)
- (child support) and (effect\* or review\*) (2004-2006) (16 treff)
- (psychiatric treatment and child\*) and effect\* (2004-2006) (9 treff)
- (intervention studies) and (child welfare) and (effect\* or review) (2004-2006) (17 treff)
- child\* and neglect (1998-2006) (1501 treff)
- (child\* and neglect) and (evidence\* or effect\*) and research (2005-2006) (20 treff)
- (child and neglect) and (intervention and effect\*) (2000-2006) (54 treff)

### **Ingenta connect**

Ingenta connect

(<http://www.ingentaconnect.com/?jsessionid=1gpb9c9p1agoj.victoria>)  
er en amerikansk basert database over internasjonale tidsskriftartikler.

### **Søkeprofil:**

- Aggression replacement training (7 treff)
- Webster Stratton (8 treff)
- Marte Meo (1 treff)
- Multisystemic therapy children youth (3 treff)

## **2.4.2 Emneportaler og andre relevante nettsteder**

I tillegg er det utført søk i en rekke emneportaler og andre relevante nettsider, for eksempel:

Google Scholar (Internasjonal forskning)

Bibsys emneportal – Utvalgte nettressurser for høyere utdanning, forskning og dokumentasjon

Forskdok (Norge)

SMIL (Skandinavisk medisinsk informasjon for lekfolk)

SOSIG (Social Science Information Gateway for Children)

Socialstyrelsen (Sverige)



---

DEVAS (Danske evalueringer og effektstudier)

Nordic Campbell Center

The Cochrane Library

### **BIBSYS Forskdok**

Forskdokbasene

(<http://wgate.bibsys.no/search/pub?base=FORSKPU2>) er et system for norsk forskningsdokumentasjon fra 1993. Har oversikt over prosjekter og publikasjoner.

#### **Søkeprofil:**

- barnevern (178 treff – publikasjoner)
- barnevern (15 treff – prosjekter)
- barn og tiltak (11 treff – prosjekter)
- familie og tiltak (0 treff)
- nærmiljø og tiltak (0 treff)
- meldingsmøte (0 treff)
- familierådslag (19 treff – publikasjoner)
- familierådslag (3 treff – prosjekter)

### **Socialstyrelsen (Sverige)**

<http://www.socialstyrelsen.se/> har oversikt over lenker til internett-basert informasjon, både til andre nettsteder, men også direkte til elektronisk dokumentasjon (rapporter i PDF-format for eksempel)

#### **Søkeprofil:**

- barnavård (103 lenker)
- behandlingshem barn (118 lenker)
- HVB-hem (17 lenker)

### **PubMed**

En tjeneste fra National Library of Medicine og the National Institutes of Health i USA som inkluderer mer enn 16 millioner referanser fra MEDLINE og andre biomedisinske tidsskrifter tilbake til 1950.

PubMed har lenker både til fulltekstartikler og til relaterte artikler og lenker. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?DB=pubmed>)

#### **Søkeprofil:**

- child welfare and meta analysis (76 treff)

- child welfare intervention effectiveness (113 treff)
- child welfare programs effectiveness (120 treff)
- child care and evidence-based (261 treff)
- Webster-Stratton (38 treff)

### **Google Scholar**

Google Scholar (<http://scholar.google.com/>) er spesielt egnet for søking rettet mot vitenskapelig litteratur (referee-artikler, avhandlinger, bøker etc.) utgitt av akademiske forlag, faglige fellesskap, universiteter og andre organisasjoner innen akademien. Søkene her fører ofte helt frem til PDF-formater for mange av referansene.

- Søkeprofil:
- “aggression replacement training” (2000-2006) (123 lenker)
- “aggression replacement training” and effects (2000-2006) (81 lenker)
- “aggression replacement training” and evidence-based (2000-2006) (32 lenker)
- “child welfare interventions” and benefits (2000-2006) (31 lenker)
- “child welfare intervention” and effectiveness (2000-2006) (26 lenker)
- “child welfare programs” and effectiveness (2000-2006) (93 lenker)
- “child welfare intervention” and “meta analysis” (2000-2006) (6 lenker)
- “violence intervention” and “meta analysis” (2000-2006) (72 lenker)
- “youth violence intervention” and “meta analysis” (2000-2006) (494 lenker)
- “aggression intervention” and “meta analysis” (2000-2006) (4 lenker)
- “dysfunctional families” and intervention and “meta analysis” (74 lenker)

---

### **Social Science Information Gateway (SOSIG)**

Her finnes blant annet informasjonsside om barn  
(<http://www.sosig.ac.uk/roads/subject-listing/World-cat/child.html>)

Children (eget avsnitt) gir en lang liste over lenker

#### **Søkeprofil:**

- children and evidence-based (6 treff/lenker)

### **Nordic Campbell Center**

(<http://www.sfi.dk/sw22405.asp>). Senteret er lokalisert hos og har samarbeid med Socialforskningsinstituttet i Danmark. Senteret har blant annet utarbeidet og samlet såkalte Campbell reviews eller forskningsoversikter innen fagområdet (bare engelsk)  
(<http://www.sfi.dk/sw24180.asp>)

-- **SORO** (<http://www.sfi.dk/sw24935.asp>). Dette er en database over systematiske oversikter fra andre relevante organisasjoner og er et supplement til Nordisk Campbell Centers egne oversikter.

-- **DEVAS** (<http://www.sfi.dk/sw23704.asp>). På samme nettsted som over ligger oversikt over danske evalueringer og effektstudier.

#### **Søkeprofil:**

- døgninstitusjoner (7 treff)
- anbringelser (13 treff)
- forældrerådgivning (0 treff)
- MST-review (1 treff)

## 3 Generelt om hjelpetiltak

Dette kapitlet trekker opp kunnskapsstatus med hensyn til omfanget av hjelpetiltak. For å sette dette i et riktig perspektiv, redegjøres først for saksbehandlingen som finner sted før hjelpetiltak eventuelt blir iverksatt. Deretter drøftes hva hjelpetiltak er, slik det er regulert i lov og forskrifter, samt hva hjelpetiltak innebærer for aldersgruppene over og under 18 år. Dessuten drøftes bruk av hjelpetiltak i tverretattlig sammenheng, samt statlige versus kommunale tiltak. Forholdet mellom frivillighet og tvang berøres også. Alle disse punktene har referanse til norske forhold. På denne bakgrunn redegjøres det for omfang av hjelpetiltak i Norge. Deretter trekkes situasjonen kort opp i de øvrige nordiske landene. De siste avsnittene, som omhandler land utenfor Norden, har et såpass annerledes barnevernssystem enn vårt, at vi her kun viser kortfattet til en del forskning som er utført. Dette blir mer utførlig behandlet i påfølgende kapitler.

### 3.1 Saksbehandling: melding, undersøkelse og tiltaksplaner

#### **Melding og undersøkelse**

I følge Lov om barneverntjenester skal den kommunale barneverntjenesten avklare og eventuelt undersøke de meldingene den får inn. Lov og forskrifter har satt klare tidsfrister for hvor raskt slike meldinger skal avklares<sup>4</sup>. Det er kun hvis det ikke er hold i meldingen (f. eks. sjikane fra naboer mv, eller at saken ikke er en barnevernsak) at den skal henlegges, eller sendes til annen instans som rette vedkommende. I Lov om barneverntjenester (1992, sist endret 2005) omtales meldinger samt retten og plikten hos de ansatte til å undersøke disse i §§ 4-2 og 4-3. I § 4-2 heter det: "Barneverntjenesten skal snarest, og senest innen en uke, gjennomgå innkomne meldinger

---

<sup>4</sup> Meldingsmøte som metode, slik den er utviklet av hjelpetjenesten i Trondheim kommune, behandles i kapittel 5, avsnitt 5.1.

og vurdere om meldingen skal følges opp med undersøkelser etter § 4-3". I § 4-3 Rett og plikt for barneverntjenesten til å foreta undersøkelser, 1.ledd står det: "Dersom det er rimelig grunn til å anta at det foreligger forhold som kan gi grunnlag for tiltak etter dette kapitlet, skal barneverntjenesten snarest undersøke forholdet, jf. frister inntatt i § 6-9".

En del år på 1990-tallet utga SSB statistikk over meldinger og undersøkelser innen barneverntjenesten. Denne statistikken ble stanset en periode, men en egen statistikk over undersøkelser har de senere år blitt startet opp igjen. Fylkesmennene har en egen statistikk for sine fylker når det gjelder tall for meldinger og undersøkelser og hvor raskt disse blir avklart. Grunnen til dette er at kommunene kan bli bøtelagt for ikke å holde fristene i lov og forskrifter med hensyn på hvor raskt barneverntjenestene deres avklarer meldinger og gjennomfører undersøkelser.

Det er viktig å være klar over at det nivået for barnevernsaker man finner innenfor en region, et land eller gruppe av nasjoner, ikke forteller så mye om behovet for barneverntiltak. Nivået på tiltakene er avhengig både av at sakene meldes til barneverntjenesten (eller sosialtjenesten), at sakene avklares med konklusjon om at det trengs en undersøkelse, at undersøkelsen konkluderer med at et hjelpetiltak eller annen type av tiltak iverksettes, og at disse virkelig blir iverksatt. I denne prosessen er det (i større kommuner) mange som skal uttale seg, og flere filtreringsmuligheter til stede. Det enkelte barnevernkontor kan ha ulike fagkulturer eller være "spesialister" på noen typer av saker framfor andre.

Undersøkelsen skal gjennomføres slik at den minst mulig skader noen som den berører, og den skal ikke gjøres mer omfattende enn formålet tilsier. Det skal legges vekt på å hindre at kunnskap om undersøkelsen blir spredt unødige (Lov om barneverntjenester 1992/2005)(fra § 4-3).

Foreldrene eller den barnet bor hos, kan ikke motsette seg at en undersøkelse blir gjennomført ved besøk i hjemmet. Barneverntjenesten, eller en evt. sakkyndig som er oppnevnt, har også krav på å kunne samtale med barnet i enerom. Eventuelt kan barnet bringes til sykehus for undersøkelse (ved mistanke om mishandling eller alvorlig overgrep).

Skedsmo kommune har etablert et "koordineringsforum" mellom barnevern og andre tjenester under helse og sosialadministrasjonen i kommunen. I dette forum behandles (etter forutgående samtykke fra foreldre) bl.a. de bekymringsmeldinger som etter undersøkelse har vist seg ikke å gi grunnlag for intervensjon etter barnevernloven. I mange

av disse sakene kan det likevel være grunn til intervensjon fra for eksempel helsestasjon eller sosialtjeneste. Om forholdet tilsier medvirkning fra andre deler av det kommunale tjenesteapparat vil dette forum ta initiativ til ansvarsavklaring til den aktuelle sektor, for eksempel PP-tjeneste eller annen del av skoleadministrasjonen (Haaland 2006b).

Denne arbeidsmåten blir vurdert som meget effektiv av representanter fra barnevernet og øvrige deler av helse- og sosialtjenesten. På denne måten mener man å ha utviklet et mer finmasket sikkerhetsnett. Også representanter fra barne- og ungdomspsykiatri og fra politiet gir uttrykk for meget positive erfaringer med den måten kommunen har organisert arbeidet for utsatte barn, unge og deres familier (Haaland 2006b).

Barnevernet startet i alt vel 21.300 undersøkelser i 2004. Dette var nær 1.250 flere enn året før, og en økning på 6,2 prosent. Vel 20.750 undersøkelser ble avsluttet i 2004. Av disse førte 53 prosent av sakene til at det ble satt i verk tiltak for barnet (Statistisk sentralbyrå 2005b).

### **Tiltaksplaner**

Tiltaksplaner er en metode for bruk av systematisk arbeid med oppfølging av hjelpetiltak, etter lov om barneverntjenester (§4-5).

I denne lovparagrafen står det spesifikt at når hjelpetiltak vedtas, skal barneverntjenesten utarbeide en tidsavgrenset tiltaksplan. Det heter også i lovteksten at barneverntjenesten skal holde seg orientert om hvordan det går med barnet og foreldrene, og vurdere om hjelpen er tjenlig, eventuelt om det er nødvendig med nye tiltak. (Lov om barneverntjenester 1992/2005)

I et brev fra Barne- og familiedepartementet (nå Barne- og likestillingsdepartementet), heter det spesifikt om tiltaksplaner for ungdom (Barne- og familiedepartementet 2003).

Ungdom som har vært under barnevernets omsorg har ofte et mindre og mer sårbart familienettverk enn ungdommer flest. Behovet for planmessighet og forutsigbarhet for denne gruppen er av den grunn særlig stort. Barneverntjenesten skal i god tid før ungdommen fyller 18 år utarbeide en tiltaksplan i samarbeide med vedkommende, jfr. barnevernloven § 4-15 fjerde ledd. Dersom ungdommen bor i fosterhjem og skal flytte for eksempel på hybel eller på folkehøgskole, vil fosterforeldrene kunne være viktige støttespillere i oppfølgingen av ungdommen. Det oppfordres derfor til å la

fosterforeldrene delta i planarbeidet. Det samme kan gjelde andre som ungdommen har særlig tillit til, for eksempel ansatte ved institusjonen ungdommen har bodd på.

I tillegg står det i dette brevet at tiltaksplanen bør være fleksibel slik at man skal kunne gi et tilbud selv om ungdommen først takker nei, men deretter ombestemmer seg og kommer tilbake etter at tiltaket formelt har vært avsluttet en periode<sup>5</sup>.

(Barne- og familiedepartementet 2003).

## 3.2 Hva er hjelpetiltak?

### 3.2.1 Bestemmelser i lov og forskrift

Hjelpetiltak i barnevernloven (Lov om barneverntjenester 1992/2005) er regulert i § 4-4. Lov om barneverntjenester forkortes ofte som barnevernloven eller bvl. Disse kortformene blir også benyttet i denne rapporten. Lov om barnverntjenester avløste den tidligere lov om barnevern (Lov om barnevern 1953).

Barnevernloven regulerer samfunnets ansvar for barns situasjon, først og fremst i de situasjoner hvor barn lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling. Også andre lover som lov om barnehager, opplæringsloven, sosialtjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven regulerer samfunnets ansvar for å tildele hjelpetjenester ved nødvendige behov.

I barnevernlovens kapittel fire eksemplifiseres de tiltakene, hjelpetiltakene, som kan iverksettes med sikte på å bedre situasjonen for det enkelte barn. Tiltakene skal være begrunnet i barnets interesse og det er barnets beste som skal være utgangspunkt for vurderingen om hvilke tiltak som eventuelt skal iverksettes. Forarbeidene til loven sier uttrykkelig at tiltakene som er nevnt i loven ikke er ment å være uttømmende. Det samme framgår av departementets retningslinjer om hjelpetiltakene, der barneverntjenesten oppfordres til å utvise

---

<sup>5</sup> ”Det er ikke uvanlig at ungdom ikke ønsker å motta tiltak fra barneverntjenesten etter fylte 18 år, men at vedkommende ombestemmer seg når det har gått en tid. Tiltaksplanen bør derfor utformes slik at barneverntjenesten igjen kan gi tilbud om tiltak etter barnevernloven selv om kontakten med ungdommen formelt har vært avsluttet en periode.” (Sitat fra brev datert 1.7.2003, Barne- og familiedepartementet).

kreativitet og fleksibilitet når det gjelder å opprette hjelpetiltak (Barne- og familiedepartementet 2005:21-22).

Med lov om barneverntjenester ville politikerne gjøre terskelen for å iverksette hjelpetiltak lavere fordi det ble ansett som viktig å komme tidlig inn. Poenget var, i følge Bunkholdt og Sandbæk (Bunkholdt & Sandbæk 2005:157) ikke å nå andre grupper av barn enn dem man hadde nådd med den tidligere loven, men å nå dem på et tidligere tidspunkt, det vil si før situasjonen blir så alvorlig at den gir grunnlag for omsorgsovertakelse. Men hjelpetiltakene har også fått en del nye funksjoner i forhold til den mer tradisjonelle funksjonen å hindre omsorgsovertakelse. Forhold hos barna selv kan, i følge Bunkholdt og Sandbæk, gjøre det nødvendig å forebygge atferdsproblemer. I andre saker er det rene hjelpeformål som dominerer. For mange familier i dag er det konkrete og alminnelige behov som dårlig økonomi og behov for avlastning som dominerer, og ikke sviktende omsorgsevne. Å la hjelpetiltakene ha et rent hjelpeformål har, i følge Bunkholdt og Sandbæk, støtte i § 4-4 første ledd hvor det står at barneverntjenesten gjennom hjelpetiltakene skal bidra til å gi barnet ”gode levekår og utviklingsmuligheter” (Bunkholdt & Sandbæk 2005:160).

Barnevernloven er ikke er noen typisk rettighetslov (Kjønstad, Bernt, Kjellevold, & Hove 2000). De ansatte i barneverntjenesten definerer, gjennom undersøkelsene av saker som er blitt meldt til dem, om et barn eller en ungdom har rett til et barneverntiltak. Det er vanskelig for andre å overprøve dette, hvis det ikke foreligger helt tydelige tegn på barnemishandling eller grov omsorgssvikt. Ingen barn har i utgangspunktet rett til barneverntjenester – slik de for eksempel kan ha rett til sykehusinnleggelse/legetilsyn gjennom loven om pasientrettigheter. Kjønstad m. fl. viser også til Befringutvalgets innstilling (NOU 2000:12) som i sin tid foreslo en lovendring for å gi barn rett til barneverntjenester. En viss debatt om barnevernloven bør være en rettighetslov, har fortsatt i faglige og politiske miljøer etter den tid.

Barnevernloven bygger på et forslag i en NOU fra 1985 vedrørende ny sosialtjenestelov, som den gangen var planlagt også å inkludere ny barnevernlov (NOU 1985:18). Den vedtatte loven avviker fra lovforslaget på flere punkter. Bl.a. besluttet Stortinget senere å lage egen barneverntjenestelov, og ikke inkludere den i loven om sosialtjenester. Loven ble også endret på et viktig punkt når det gjaldt et første forslag om ikke å skille mellom omsorgsovertakelse og fratakelse av foreldreansvar. I den endelige lovformuleringen ble det foretatt et slikt skille. Det skal i dag mer til å bli fratatt også foreldreansvaret enn omsorgsansvaret. Dessuten åpnet lovforslaget for å plassere barn frivillig utenfor hjemmet uten vedtak om omsorgsovertakelse. Denne



siste lovformuleringen har stor betydning for foreliggende studie, og blir kommentert nærmere nedenfor.

Etter bvl. § 4-1 skal det ved anvendelse av bestemmelsene om særlige tiltak i kapittel 4 legges ”avgjørende vekt på å finne tiltak som er til beste for barnet” (Hove & Kjellevold 2000). Kriteriet skal likevel ikke forstås som en overordnet norm som alle bestemmelsene i denne loven skal tolkes i lys av. I følge Hove & Kjellevold, betyr dette at ”Barnets beste kommer til anvendelse ved spørsmålet om å sette inn tiltak når lovens vilkår for øvrig er oppfylt og ved valg av tiltak”. Dette betyr, (stadig i følge Hove og Kjellevold), at ”en først må vurdere om vilkårene for å sette inn tiltak eller gjøre inngrep er tilstede for deretter, ved valget om det skal settes inn tiltak eller gjøres inngrep og ved valg av tiltak, vurdere hva som er til barnets beste”.

Barnets beste er altså et av flere rådende prinsipper ved beslutning om og valg av hjelpetiltak, men ikke et altoverskyggende prinsipp slik populærdebatten til tider kan ha gitt inntrykk av.

Etter barnevernlovens § 4-4 femte ledd kan barneverntjenesten medvirke til at barn plasseres i fosterhjem, mødre hjem eller institusjon. I følge Hove & Kjellevold er det en forutsetning at barnet har ”særlig behov” for en slik plassering (framgår av § 4-4 andre ledd). Det er også en forutsetning at behovet ikke kan løses med andre hjelpetiltak.

Ved en slik plassering er det foreldrene som har ansvaret for plasseringen, og de kan som utgangspunkt til enhver tid ta barnet tilbake til seg. Plasseringen etter denne paragraf/dette ledd er derfor, også i følge Hove & Kjellevold, i realiteten en plassering som er hjemlet i foreldreansvaret. Barneverntjenestens oppgave er å formidle plasseringen, og derved også bidra med dekning av økonomiske utgifter. Situasjonen likner det som skjer ved plassering i privat fosterhjem (etter § 4-7). Bestemmelsene i § 4-4 femte ledd kan dekke et nokså stort praktisk behov når foreldrene har behov for hjelp til omsorgen for sine barn en kortere periode. Lovforarbeidene foreslår at en slik plassering bør begrenses til 6 måneder, men antakelig er det liten kontroll av om dette skjer, både når det gjelder mindre barn og ungdom (verken kontroll fra barneverntjenesten, Fylkesmannen eller fylkesnemndene).

Det har vært debattert offentlig om dette punktet kan være med på å uthule rettssikkerheten både for barn og foreldre (Dagsavisen (Hong Pham) 2004)<sup>6</sup>. Men inntil videre øker antallet barn som er frivillig

---

<sup>6</sup> Varigheten av frivillige plasseringer (som hjelpetiltak) blir i større grad enn før vurdert i forhold til barnets alder, kommenterte en avdelingsdirektør i

plasserte i fosterhjem hvert eneste år. Også en stor andel av barn i barneverninstitusjoner er frivillig plasserte (som hjelpetiltak). Graden av frivillighet kan her selvsagt diskuteres. Alle de involverte, også større barn, unge og foreldre, vet at hvis de ikke går med på ("vil") det barneverntjenesten foreslår, kan tjenesten i neste omgang eventuelt framsette et forslag om tvangsvedtak (vedtak om omsorgsovertakelse etter § 4-12, plassering som atferdstiltak § 4-24 eller fratakelse av foreldreansvaret § 4-19) for fylkesnemnda<sup>7</sup>.

### 3.2.2 Hjelpetiltak før fylte 18 år

De fleste barneverntiltak starter første gang når barn er i grunnskolealder (ca 6-9 år) eller for unge når de er i tenårene (ca 14-17 år). Grinde har tidligere omtalt dette aldersmønsteret i barnevernsaker som "de to puklene". Men enkelte barn i førskolealder får også barneverntiltak. Årlig blir også noen barneverntiltak administrert overfor spedbarn (Grinde 1993; Statistisk sentralbyrå 2005a). For små barn er det oftest problemer rundt omsorgssituasjonen som er sentrale, mens for unge mennesker kan det enten være deres egen situasjon (antisosial atferd, rus, kriminalitet) som er hovedproblemet.

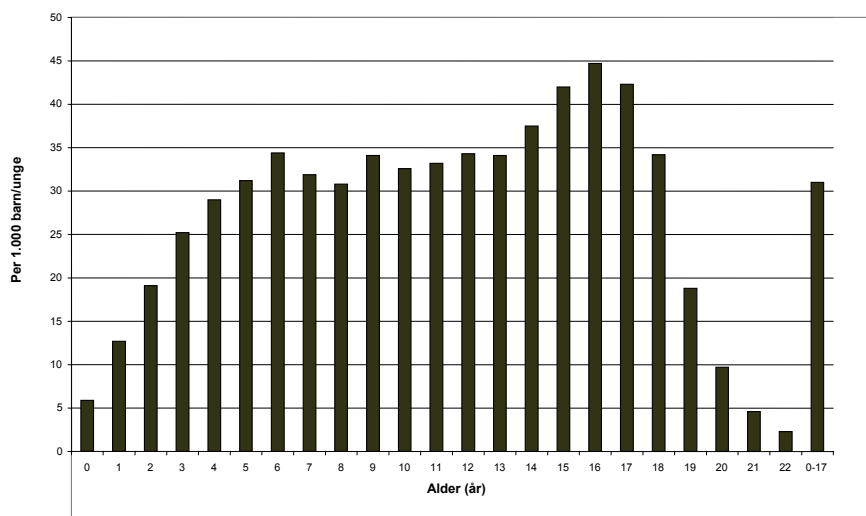
Figur 3.1 viser barn og unge i barneverntiltak i løpet av 2004 for ett-årige aldersgrupper. De omtalte alderspuklene sees ikke her så tydelig fordi noen av barna som kommer nye inn i tiltak blir i tiltak over flere år. Den første "alderspukkel" (ved 6-9 år) kan likevel skimtes, og overvekten av unge (14-17 år) i barnevern vises tydelig.

---

BUF-direktoratet til Dagsavisen 1.august 2004. Men hun påpekte også at det kan være legitimt å spørre seg om dette gir tiltrekkelig forutsigbarhet og stabilitet for barn, foreldre og fosterforeldre, og ville se nærmere på saken.

<sup>7</sup> De kommunale barneverntjenestene, særlig de små kommunene, sparer vesentlige midler til advokatutgifter ved å ikke sende saken til fylkesnemnd (mindre og mellomstore kommuner har måttet hyre inn private advokater fordi kommuneadvokatene ikke har hatt tilstrekkelig spesialkompetanse på dette feltet). Den statlige regionale barneverntjenesten bistår nå muligens mindre og mellomstore kommuner i større grad i slike spørsmål enn hva "det gamle" fylkeskommunale barnevernet gjorde før 1.1.2004. Men også bydelene i de store byene Oslo og Trondheim kan ha interesser i å redusere sine advokatutgifter i forbindelse med fylkesnemndssaker (de "styrer seg selv" i barnevernsaker og kan ikke hente juridiske råd innen det statlige regionbarnevernet).

Figur 3.1 *Barn i barneverntiltak i løpet av året etter alder. 2004.  
Per 1000 i den aktuelle aldersgruppe*



Det er årlig noe flere gutter enn jenter i barneverntiltak, men kjønnsforskjellene er relativt små. I løpet av 2004 hadde vel 20.400 gutter (32,7 per 1.000) og nær 17.200 jenter (29,1 per 1.000) barneverntiltak (alle typer av tiltak samlet).

Her har vi foreløpig omtalt alle typer av barneverntiltak, både hjelpetiltak, omsorgs- og atferdstiltak. Hoveddelen av tiltakene som gis er hjelpetiltak mens barnet bor hjemme. I kapittel 4 og 5 blir det redegjort nærmere for de ulike typene av hjelpetiltak som blir gitt.

### 3.2.3 Hjelpetiltak etter fylte 18 år

Verken hjelpetiltak, omsorgstiltak eller atferdstiltak kan starte for noen over 18 år som et førstegangstiltak. Når det er fattet vedtak om omsorgsovertakelse, skal barneverntjenesten i god tid før barnet har fylt 18 år i samarbeid med barnet vurdere om barnet skal motta andre hjelpetiltak etter fylte 18 år (§ 4-15, 4.ledd). Den øvre aldersgrensen for barneverntiltak er hevet fra 20 til 23 år. Det er grunn til å anta at noen kommuner stenger for slike tiltak i større grad enn ungdommene ønsker, og at mange unge henvises til sosialhjelp, eventuelt trygd. Noen ganger er det slik at ungdommen ikke ønsker fortsatt hjelp fra barnevernet. Andre ganger er det kanskje ikke behov for barneverntiltak.

Som det framgår av figur 3.1 over, synker raten av unge i barneverntiltak sterkt fra 18 til 22 år. Mens det var vel 34 per 1.000 18-åringer i tiltak i løpet av 2004, var raten for 22-åringer bare vel 2 per 1.000.

### 3.2.4 Hjelpetiltak i tverretatlig sammenheng

I mange tilfeller vil (deler av) iverksatte hjelpetiltak være administrativt underlagt andre etater (for eksempel skoleadministrasjon, barnepsykiatri, attføring, friomsorg). I andre tilfeller samarbeider barneverntjenesten med andre instanser om det enkelte barn, men har selv et eller flere hjelpetiltak i gang overfor barnet og familien. Det kan også være samarbeid for eksempel mellom barneverntjenesten og barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk uten at det formelt er fattet vedtak om dette tiltaket av barneverntjenesten<sup>8</sup>.

### 3.2.5 Statlige versus kommunale barneverntiltak

Etter at ordningen med statlig barnevern trådte i kraft 1. januar 2004 (og i sær etter at Barne- og ungdoms- og familiedirektoratet ble etablert 1. juli 2004) kom statlige regionale barnevernteam i drift (Barne-, ungdoms- og familieetaten). Denne etaten med regionale team kom til erstatning og forsterkning i forhold til fylkesbarnevernet som ble nedlagt ved utgangen av 2003. Alle kommuner (utenom Oslo som er unntatt den statlige ordningen, samt Trondheim som har egen ordning) kan få hjelp av det statlige barnevernet. Men det er kanskje særlig små og mellomstore kommuner som kan ha særlig nytte av den statlige regionaliserte barneverntjenesten, fordi disse kommunene erfaringsmessig har saksbehandlere med mindre omfattende erfaring med komplekse saker. Særlig skal det statlige barnevernet bistå i vanskelige saker (forsterkede fosterhjem, ulike typer av institusjoner), men de kan også bistå ved frivillige tiltak som for eksempel foreldretrening (PMT), multisystemisk terapi (MST) og frivillige fosterhjems plasseringer av kortere varighet.

### 3.2.6 Frivillighet og tvang

Innenfor barnevernfeltet er balansen mellom frivillighet og tvang ofte hårfin. En sak som begynner med frivillighet hos foreldrene og hos

---

<sup>8</sup> For øvrig viser vi til nærmere drøfting av disse spørsmålene i avsnitt 4.8 Poliklinisk barne- og ungdomspsykiatrisk behandling, i avsnitt 6.4 Barn med psykiske vansker og i kapittel 7 Samarbeid mellom ulike instanser.

den aktuelle ungdommen, kan senere utvikle seg slik at det må benyttes tvangsparagrafer. Noen ganger må det gjøres akuttvedtak med tvang helt i starten. Men de fleste saker i norsk barnevern foregår under frivillighet fra både de berørte barn, unge og foreldre. Men frivilligheten er likevel, slik vi har drøftet et annet sted, alltid med kunnskap hos de berørte at tvang finnes som et virkemiddel i barnevernet hvis ikke man samarbeider. Slik er det også i de fleste andre europeiske land, USA, Canada og Australia. Terskelen for tvang varierer imidlertid mellom land, regioner og by/land, og trolig også mellom barnevernkontorer.

Turid Vogt Grinde m. fl. (Grinde 2004) har foretatt interessante undersøkelser når det gjelder tilbøyeligheten til bruk av tvang i de ulike nordiske landene. Tidligere sammenligninger av nordisk barnevern har vist likheter, men også forskjeller bl.a. når det gjelder barnas aldersfordeling, bruk av tiltak og tvang. Fem barnevernsaker (såkalte vignetter) ble i Grinde og medarbeideres undersøkelse drøftet i grupper med danske, islandske og norske saksbehandlere. Diskusjonene og valg av tiltak viser nordiske likheter, men også nasjonale forskjeller med større likhet innen hvert land. Det er variasjoner i hvor alvorlig ulike barnevernsproblemer vurderes i landene, blant annet varierer argumenter og arbeidsstil. Hvor langt hensynet til foreldrene strekkes, synet på når barn bør flyttes, og om en snakker med barna, varierer. Forskjellene gjelder grader og nyanser, men summen peker mot nasjonale variasjoner med praktiske konsekvenser.

Dommere og fylkesnemndsledere er intervjuet om beslutningsprosessen ved tvangsvedtak. Det er nasjonale variasjoner bl.a. i tidsrammene for forhandlinger, hvordan partene høres og bruk av vitner. Norske fylkesnemndsvedtak registreres som tvang. Det synes å være mer aksept for tvangsinngrep av hensyn til barna i Norge enn i de andre landene (Grinde 2004).

Grunnen til at vi spesifikt tar opp forholdet frivillighet – tvang, er at vår studie i sær tar for seg frivillige barneverntiltak. Sjelden forekommer det imidlertid en absolutt frivillighet (uten kunnskap om at tvang kan bli mulig). Kunnskap om at barneverntjenesten har rett til å bruke tvang i enkelte tilfeller, ligger som et ”ris bak speilet” for både ungdom og foreldre.

### 3.3 Omfang av hjelpetiltak i Norge

Barnevernloven (Lov om barneverntjenester) har egne bestemmelser om hjelpetiltak. Disse er som nevnt regulert i §§ 4-4. De aller fleste barneverntiltakene gis mens barnet bor i hjemmet sammen med sine biologiske foreldre. Dette er også i følge intensjonen i loven. Man skal bruke mildest mulige typer av tiltak. Med mindre barnets helse eller utvikling er i stor fare, skal det først forsøkes hjelpetiltak, hvis de ikke ansees som nytteløse. Plassering av barn utenfor hjemmet som det første barneverntiltaket, kan i følge loven kun benyttes i spesielle tilfeller. Det gjelder midlertidige vedtak i akutsituasjoner, jfr. lovens § 4-6. Og situasjonen kan være så alvorlig at hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig, jf. § 4-12 annet ledd.

Hjelpetiltak mens barnet bor hjemme kan anta mange former. Konkret kan for eksempel følgende tiltak benyttes: Økonomisk stønad, besøkshjem/avlastningstiltak, støttekontakt, tilsyn, barnehageplass (som barneverntiltak), skolefritidsordning (SFO - som barneverntiltak), fritidsaktiviteter, hjelp til bolig, hjelp til utdanning og arbeid, multisystemisk behandling (MST), foreldretrening/-opplæring/-veiledning (blant annet PMT), foreldre-/barnplasser (inkludert mødre hjem), poliklinisk barne- og ungdomspsykiatrisk behandling, andre tiltak i hjemmet. Gjennomgangen er basert på det skjemaet Statistisk sentralbyrå (SSB) benytter i årlig innsamling av data i kommunene (individstatistikk barnevern -elektronisk og postal levering). I et eget punkt i slutten av § 4-4, det kjente og etter hvert mye omtalte ”5.ledd”, er det åpnet for frivillige plasseringer utenfor hjemmet som mulige hjelpetiltak i tillegg til det knippet av mulige hjelpetiltak i hjemmet som alt eksisterer. Barnet eller den unge kan derfor plasseres også i beredskapshjem eller i fosterhjem (ulike former, blant annet ordinært fosterhjem, familiefosterhjem og eventuelt forsterket fosterhjem – både ordinært og knyttet til familien) som frivillig hjelpetiltak. Også plassering i ulike typer av institusjoner kan skje som hjelpetiltak uten at saken behandles i fylkesnemnd, det gjelder plassering både i barne- og ungdomshjem, barne- og ungdomspsykiatrisk institusjon, bo- og arbeidskollektiv og rusmiddelinstitusjon.

Den siste barnevernstatistikken fra SSB viser at i alt 30.750 barn og unge tok i mot hjelpetiltak fra barneverntjenesten i løpet av 2004. I alt mottok 37.650 barn og unge et eller flere tiltak i det hele tatt, da er også barn med kun omsorgstiltak inkludert. De mest brukte hjelpe-

tiltakene<sup>9</sup> i løpet av 2004 var økonomisk stønad (13.638 barn og unge fikk dette), besøkshjem/avlastningstiltak (10.915), barnehage (5.303), støttekontakt (5.236), tilsyn (5.008), skolefritidsordning (SFO)(4.076) og fritidsaktiviteter (3.857). Mulitsystemisk terapi (MST) ble i følge SSBs statistikk gitt til 751 barn i 2004. Foreldre til 273 barn fikk foreldreopplæring (PMT) i 2004.

Tallet på barn i barneverntiltak økte i alle aldergrupper under 18 år fra 2003 til 2004. Særlig var det økning i bruk av barnevernstiltak i aldersgruppen 13-17 år. I aldersgruppen over 18 år gikk bruk av tiltak noe ned.

Bruk av hjelpetiltak i barnevernet økte fra i alt 29.263 barn og unge i løpet av 2003 til 30.750 i løpet av 2004. Dette innebar en økning på fem prosent. Bruk av økonomisk stønad var det enkelttiltaket som økte mest i omfang fra 2003 (12.674) til 2004 (13.638) – når vi betrakter absolutte tall for alle aldersgrupper sett under ett. Bruken av MST økte prosentvis nokså mye, men i absolutte tall kun fra 617 unge i løpet av 2003 til 751 unge i løpet av 2004.

Bruken av fosterhjem som hjelpetiltak har økt hvert eneste år siden 1993. Tallet på barn og unge i fosterhjem som hjelpetiltak var 1.868 per 31.12. 2004, mot 1.771 per 31.12. 2003. I alt var 6.922 barn og unge i fosterhjem ved utgangen av 2004, så de fleste har fortsatt dette tiltaket som omsorgstiltak. Tallet på barn og unge i barnevern-institusjon ved utgangen av 2004, var 1.279. Av disse hadde de fleste, 710 barn og unge, dette som hjelpetiltak.

I Norge mottok 36.000 barn tiltak fra barnevernet i løpet av 2003. De aller fleste av disse barna, vel 29.500 mottok bare hjelpetiltak, for eksempel besøkshjem, barnehage eller støttekontakt (Barne- og familiedepartementet 1998; Statistisk sentralbyrå 2004).

Plassering i fosterhjem skjer oftest som omsorgstiltak. Ved utgangen av 2003 var 4.926 barn og unge plassert i fosterhjem som omsorgstiltak. Men på samme dato var 1.771 barn og unge plassert i fosterhjem som hjelpetiltak. Fra 1993 har det skjedd mer enn en seksdobling av tallet på barn og unge som var plassert i fosterhjem som hjelpetiltak

---

<sup>9</sup> Her er regnet opp de mest brukte av de tiltakene som var spesifiserte. De fleste barn og unge fikk disse tiltakene som hjelpetiltak. Men noen få barn kan ha fått disse tiltakene som omsorgstiltak. SSBs statistikk publisert på weben er her ikke detaljert nok, så en oppdeling i helt nøyaktige tall for hvor mange barn som kun fikk disse tiltakene som hjelpetiltak, krever spesialbestilte filer/tabeller fra SSB. I kapittel 4 har vi benyttet slike spesialbestilte tall.

ved utgangen av året. Noe av økningen har sammenheng med at plasseringen går over fra omsorgstiltak til hjelpetiltak når barnet blir 18 år. Ingen kan ha fosterhjem som omsorgstiltak i alderen 18-22 år.

Antallet barn og unge plassert i institusjoner som ledd i et hjelpetiltak har også øket i perioden 1993-2003. Ved utgangen av 2003 var 733 barn og unge plassert i institusjon som hjelpetiltak, mens 568 var plassert i institusjon som omsorgstiltak. Her har det også skjedd en sterk økning i barn plassert i institusjon som hjelpetiltak, fra kun 165 barn i 1993 (da var 583 plassert i institusjon som omsorgstiltak)(Statistisk sentralbyrå 2004).

I kapitlene 4 og 5 gjennomgås forskningsresultater for en rekke ulike typer av hjelpetiltak i barnevernet.

### 3.4 Situasjonen i Danmark

I Danmark regnes de vanligste hjelpetiltakene (eller ”forebyggende foranstaltninger”, som danskene uttrykker det) å være ”hjemme-hos”, ”aflastning”, ”fast kontaktperson” og ”familiebehandling” (Egelund & Thomsen 2002).

”Hjemme-hosserne” settes på av saksbehandlere i barnevernet både ved undersøkelser og ved tiltak som har både støttende og behandlende målsettinger. Man har ved bruken av disse målsetting om både støttende arbeid og ”diagnostiske tests”. Man har altså muligheten til å skaffe bedre informasjoner om foreldrenes forvaltning av hverdagen og relasjonen til barnet. Slik likner tiltaket dels på bruk av tilsyn, dels også litt på bruk av støttekontakt, i Norge.

Avlastning foreslås i forhold til litt større barn, som enda ikke er blitt tenåringer, når man gjerne vil skaffe barnet voksenkontakter av litt lengre varighet, og som ledd i en eventuell introduksjon av en ”fleksibel anbringelse”.

Fast kontaktperson brukes primært i forhold til eldre gutter (Egelund & Thomsen 2002). En voksen person gutten kan få tillit til, en ”prosocial model” som kan veilede barnet bredt, om utdanning, fritidstilbud, arbeidsliv. Synes å være et såkalt motstykke til ”aflastning”, når det gjelder de ”store barn”.

Familiebehandling – ”synes å spredes lidt ut over samtlige problemstillinger” (Egelund & Thomsen 2002):29. Familiebehandling foreslås til meget forskjellige foreldregrupper. Et felles mål er at man med dette tiltaket gjerne vil påvirke foreldrene til ”det ene eller det andet”.



”Saksbehandlerne har i følge de to danske forskerne, en tro på at familiebehandling er et anvendelig middel til å iverksette forskjellige-artede påvirkninger, som skal kunne utvikle foreldrenes foreldreevner i positiv retning. Som enkelte av de andre tiltaksformene, benyttes også familiebehandlingen til å utføre såkalte ”diagnostiske tests”, som skal kunne bidra til å avklare mulighetene for at barnet skal kunne fortsette å bo hjemme eller ikke.

Danmarks Statistikk viser at blant de 28.600 barn og unge som fikk bistand ved utgangen 2004, fikk de fleste, 15.080 barn og unge, forebyggende hjelp. Blant de hyppigst brukte tiltakene blant barn og unge som bodde hjemme var fast kontaktperson, 2.900 hadde fått dette. Men mest brukt av de såkalte forebyggende tiltakene var avlastningsopphold for de barn og unge som bodde hjemme. Vel 7.750 barn og unge hadde slikt opphold ved utgangen av 2004 (Danmarks Statistikk 2005).

Ved utgangen av 2004 var vel 14.070 barn og unge anbrakt utenfor hjemmet. Den største gruppen av dem som var plassert utenfor hjemmet var i såkalt familiepleje (fosterhjem)(vel 6.450 barn og unge). Vel 3.360 var i barneverninstitusjon, og vel 2.500 var i sosialpedagogisk oppholdssted. De fleste av de vel 14.070 barn og unge som var plassert utenfor hjemmet (nær 12.840 av dem) var plassert etter en paragraf om frivillig anbringelse (§ 40.2.11) (Danmarks Statistikk 2005).

Socialforskningsinstituttet har evaluert lovendringer i ”Servicelovens børneregler” (L 466), som trådte i kraft 1. januar 2001. Formålet med endringene var blant annet å styrke innsatsen for barn og unge med særlige behov med henblikk på å skape bedre og mer stabile oppvekstkår for den gruppen av barn og unge som er mest utsatt for omsorgssvikt (Hestbæk, Lindemann, Nielsen, & Christoffersen 2006). Siden endringene i 2001 er det i følge Socialforskningsinstituttet skjedd en sterk økning når det gjelder å trekke inn barna/de unge i behandlingen av deres egen sak. Den samlede andel barn og unge som har hatt en samtale om deres egen sak, økte fra 62 prosent i 2004 til 80 prosent i 2005 (Hestbæk et al. 2006:10).

Forskerne fant at det var en økt tendens til å legge vekt på forebyggende tiltak. Årsakene ble funnet å være at mange kommuner har vanskelig med å finne egnede anbringelsestiltak især til de unge, at kommunene ønsket å passe på ressursforbruket og de finner det viktig at barn og unge blir i deres miljø. I forlengelsen av dette ble lokale tiltak og tiltak i nærmiljøet prioritert opp. Evalueringen viste at fra 2004 til 2005 hadde en del kommuner etablert nye forebyggende tiltak

i nærmiljøet. 60 prosent av kommunene hadde for eksempel etablert nye tiltak i nærmiljøet siden 2004, primært i form av spesialklasser og –barnehager, samtalegrupper og lignende. 9 prosent av kommunene hadde etablert ressurstunge tiltak som lokale døgntilbud og ”familieværksteder”. Fra 2001 er det også ifølge undersøkelsen en økende tendens til at man på landsplan benytter ettervernstiltak til 18-22 åringene (Hestbæk et al. 2006:10-12).

Når det gjaldt kvaliteten i saksbehandlingen hadde det vært en svak om enn overveiende positiv tendens fra 2004 til 2005. Flere saksbehandlere var blitt tilbudt supervisjon i 2005 enn året før. Det ble registrert en markant stigning i aktiviteter med hensyn på innsamling av kunnskap og erfaring om tiltakene. På den negative siden var det blitt en signifikant lengre ventetid for brukerne før de kunne få tilgang til hjelpetiltakene (Hestbæk et al. 2006:10).

### 3.5 Situasjonen i Sverige

I Statistiska Centralbyråns (SCBs) statistikk bruker man begrepet ”placeringer i familjhem” om den norske betegnelsen fosterhjem. Svenske fagfolk bruker termen *foster care* når de skriver om familjhem i engelskspråklige tidsskrifter. *Placering/placeringsdygn i institution* er andre begrep som er benyttet som søkerord i prosjektet.

En ny type institusjoner er imidlertid i framvekst i Sverige – en type hybridhjem – eller ”hem för vård eller boende” (HVB-hjem)(Sallnäs 2000):8. Disse er familieliknende selv om de er definert som en type institusjon – de er store institusjonsliknende fosterhjem. Selv om man i Sverige legger ned om lag 30 tradisjonelle institusjoner hvert år de seinere år, øker antallet barn som har vært i institusjonsliknende omsorg (HVB-hjem) fordi antallet av denne typen hjem har vært i sterk økning (Sallnäs 2000):230-231. Også innen narkotikaomsorg (voksne misbrukere) har man i Sverige (Sallnäs, med referanse til Billinger, 2000) forsøkt å anvende en familieliknende modell.

Man har også spesialtermer av typen: Barn och unga med personligt stöd enligt lagen om SoL eller insatser enligt lagen LVU (i forordet til publikasjonen *Insatser för barn och unga - mängduppgifter 2003* (SCB). Annet sted framgår: SoL= Socialtjänstlagen, LVU = Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (gjelder for barn og unge 0-20 år).

Siden 1.januar 2002 har Sverige hatt en ny lov om sosiale tjenester (socialtjänstlag): Socialtjänstlag (SFS 2001:453). Loven ble, i følge

Johnsson og Regnér (Johnsson & Regnér 2003:9) til gjennom et omfattende oversikts- og utredningsarbeide i to omganger.

Man benytter også begrepene *behovsprövad öppenvård* og *strukturerade öppenvårdsprogram enligt SoL*. Enda et begrep som benyttes tilsvarende norske hjelpetiltak er: *Barn och unga med kontaktperson/-familj enligt SoL* (tilsvarener nok i stor grad norske begrep som *støttekontakt* og *besøkshjem/weekendhjem*).

Den foreløpig siste svenske barnevernstatistikken (2004) er redegjort for i en publikasjon fra Socialstyrelsen 2005 (Socialstyrelsen 2005). 26 800 barn og unge hadde ett eller flere hjelpetiltak i hjemmet (öppenvårdsinsats) per 1. november 2004. Slike hjelpetiltak var vanligst blant unge i alderen 13-17 år. I denne alderen hadde 18 per 1 000 beslutning om hjelpetiltak i hjemmet, sammenliknet med 10 per 1 000 i alderen 0-12 år og 12 per 1 000 i alderen 18-20 år (Socialstyrelsen 2005).

I løpet av året 2004 var kontaktperson/-familie som hjelpetiltak det mest brukte, dette ble gitt til ca. 22 600 barn og unge. Ca. 20 400 barn og unge fikk "behovsprövd personlig støtte" ("behovsprövat personligt stöd") og ca 7 400 fikk "strukturert program for tiltak i hjemmet" ("strukturerade öppenvårdsprogram") i løpet av året 2004 (Socialstyrelsen 2005).

Nylig la Socialstyrelsen i Sverige fram en omfattende dokumentasjon eller kunnskapsoversikt som har tittelen "Barns behov i centrum (BBIC). Grundbok" (Vinnerljung 2006). Socialstyrelsen beskriver at med BBIC introduserer man et konkret eksempel på kunnskapsbasert sosialt arbeid. Utgangspunktet er å skape nasjonal "enhetlighet" i sosialtjenestens (innebærer også barnevernets) arbeid med utredning, planlegging og oppfølging - med barn og unge i sentrum. BBIC er et resultat av et langsiktig arbeid mellom Socialstyrelsen, kommuner og forskere. Dokumentasjonen skal fungere som et undervisningsmateriale, men inneholder så vidt vi kan se også en kunnskapsoversikt over hvordan den svenske sosialtjenesten arbeider med barnevernsaker, hvilke tiltakstyper man har mv. (Vinnerljung 2006).

I mars 2006 la Socialstyrelsen fram en dokumentasjonsrapport med tittelen "Social rapport 2006. Her inngår et eget kapittel om "Utsatthet bland barn och unga" (Vinnerljung 2006). Her framgår at i løpet av år 2004 var drøyt 20 000 barn og unge i alderen 0 – 20 år plassert i fosterhjem (familjhem) eller institusjoner (institutionsvård) i Sverige. Som et samlet begrep kaller man slike plasseringer utenfor hjemmet for sosial døgnomsorg (social dygnsvård). De fleste barna er i fosterhjem. Men i rapporten understrekes at institusjonsbehandling, i

sær av ungdom 13-18 år, har øket kraftig de seinere årene. Hvor mange barn og unge som får hjelpetiltak i hjemmet (øppen vård) (tilsvarende hjelpetiltak i norsk barnevern) framgår ikke<sup>10</sup>.

Det har altså også vært betydelige endringer innen svensk barnevern de siste ti-femten årene, noe som til dels også reflekteres i svensk forskning om barneverntiltak. De enkelte forskningsresultater omtales under de aktuelle hjelpetiltak og målgrupper i kapitlene 4 og 5.

### 3.6 Situasjonen i England og Storbritannia

England og Storbritannia har i likhet med de nordiske landene en lang tradisjon med barnevernlovgiving. Den engelske barnevernloven ble endret i 1989. Da fikk man *the Children Act* med blant annet barnets talsperson og barnets beste som et viktig grunnlag i barnevernsaker. På det tidspunktet må i hvert fall deler av engelsk barnevernlovgivning sies å ha ligget foran den norske med hensyn til rettighetstenkning. Senere kom avsløringer av alvorlig barnemishandling og drap av barn i England til på nytt å føre til omlegging av den engelske lovgivningen (seinest i 2004). Victoria Climbié-saken<sup>11</sup> (*the Laming-report*)(Laming 2003) var et av grunnlagene for den nyeste lovendringen. Blant annet foretok man en omlegging av hvordan meldinger skulle behandles. Bestemmelser om at også ledere, ikke bare ansatte, innen velferdstjenester for barn og unge skulle kunne rettsforfølges ved eventuell alvorlig tjenestesvikt, ble etablert. Ved siden av å inngå i barnevernloven, ble slike bestemmelser lagt inn i flere typer av helselover. Også politiet omfattes nå av slike bestemmelser. Også politiledere kan straffes hvis de ikke gjør nok undersøkelser i forbindelse med forvunne barn.

---

<sup>10</sup> På samme måte som når det gjelder forskningsresultater om barnevern, hvor det er vanskeligere å finne forskning om hjelpetiltak enn om fosterhjemsplasseringer og institusjonsplasseringer, ser man at det i Sverige er vanskeligere å finne administrative tall for omfanget av hjelpetiltak i hjemmet enn for omfanget av "social dygnvård".

<sup>11</sup> Victoria Climbié (8 år) hadde til sammen 12 kontakter med helsevesen og sosialvesen før alvorlig mishandling ble oppdaget – men for seint. Hun døde under intensivbehandling ved en pediatrik avdeling. Rettssaken som fulgte endte med drapsdommer for Victorias omsorgspersoner (hennes tante og samboer). En offentlig høring og utredning, "The Laming Report" (2003), fulgte opp denne saken. Høringen og utredningen resulterte i endringer i mange lover (bl.a. i *The Children Act*, 2004).

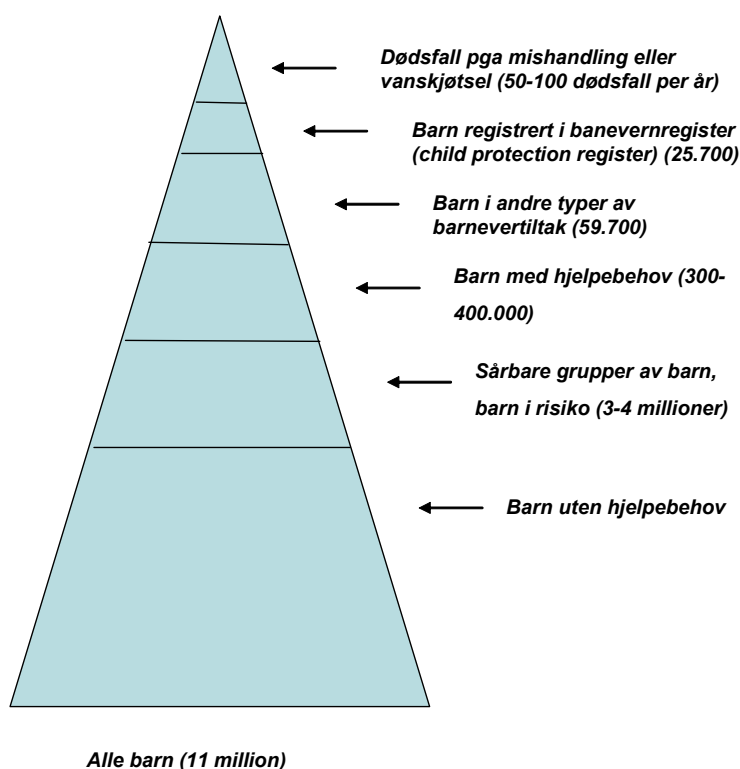
Man har i England utført barnevernforskning på mange av de temaene som er i søkelyset i denne rapporten. Blant annet har Dartington Social Research Unit i Devon laget et program, Matching Needs and Services som brukes for lokalbaserte barneverntjenester. Dette programmet er prøvet i mange år over store deler av UK, og har også vært forsøkt i Spania, Norge, New York City og Los Angeles (Dartington Social Research Unit 2001; Taylor 2005). Noen av forskningsresultatene fra England blir omtalt nærmere i seinere kapitler.

Både i England og USA har man vært opptatt av om barneverntiltak kan redusere drap (Lindsey & Trocmé 1994).

Engelske barnevernforskere har i de seinere årene i økende grad vært opptatt av barn utenfor det tradisjonelle barnevernssystemet. Dette vil si barn som bor hjemme og får tilsyn eller ulike former for hjelp i hjemmet (*children looked after*) og ikke kun barn som er plassert på institusjon eller i fosterhjem. Man er også i økende grad opptatt av barn som ulike behov for hjelpetjenester (*children in need*) og hvordan ulike hjelpetjenester for barn samarbeider med sårbare barnegrupper (*vulnerable children*) (Parton 2006:166-169).

Barnevernforskere og barnevernmyndigheter i England og Wales har de seinere årene tenkt seg ulike former for ”pyramider” for å forstå og lage strategier for barn med ulike typer av behov. På toppen av pyramiden er tegnet inn grupper av barn med de mest omfattende og alvorlige behov, det vil si barn som dør på grunn av alvorlig mishandling eller omsorgssvikt. Videre kommer barn som har problemer av en slik størrelse at de er under omsorgstiltak (og i *child protection register*). På neste nivå kommer barn som får ulike former for hjelp fra barnevernet (*children looked after*). Man tenker seg på de neste trinnene barn med ulike former for behov (*children in need*) og ulike grupper av ”sårbare barn” (*vulnerable children*). I bunnen av pyramiden kommer ”alle barn”. En slik pyramide blir gjengitt her (etter Parton):

Figur 3.2 *Behovspyramide med hensyn på barnevern-/sosialtjenester. England (etter Parton)*



(Parton 2006:153)<sup>12</sup>.

En eldre, men mer spesifikk modell for barn med behov for ulike former for tiltak, er også gjengitt av Parton. Denne modellen, opprinnelig laget av Department of Health (1998: Caring of Children away from home) skiller for første gang, i følge Parton, ikke bare mellom ulike former for barneverntiltak, og om barn er plasserte kort eller lengre tid borte fra hjemmet. Den forsøker også å tallfeste behov for hjelp for barn som ikke trenger plassering utenfor hjemmet<sup>13</sup> (Parton 2006:102).

<sup>12</sup> Parton på sin side refererer her til Every Child matters, Source: Chief Secretary to Treasury, 2003,p.15).

<sup>13</sup> En slik modell kan være nyttig i forhold til norske forhold, fordi vi i vår barnevernlovgivning skiller mellom hjelpetiltak i hjemmet, frivillige plasseringer utenfor hjemmet (etter § 4-4 5.ledd) og andre plasseringer

I modellen beregnet man, ut fra foreliggende forskning, at av alle barn i England og Wales (ca 11,4 millioner 1998) ble følgende antall barn kategorisert på måter som antyder et hjelpebehov, enten de hadde fått dekket dette med hjelp eller ikke:

- **600.000 hadde spesifikke behov (children in need)**
- **250.000 som ikke blir henvist (do not get referred)**
- **160.000 som henvises til helsevesen og (spesial-)utdanning (referred to health and education)**
- **190.000 henvises til sosialtjenesten (inkl. barnververn i England) referred to social services**
- **160.000 får tiltak i hjemmet (supported at home)**
- **30.000 plasseres utenfor hjemmet (looked after)**

Kilde: (Parton 2006:102) <sup>14</sup>

Vi merker oss at 160.000 barn fikk ulike typer av hjelpetiltak mens de bodde hjemme. Blant de 30.000 barn og unge som fikk tiltak utenfor hjemmet (looked after) skiller oversikten mellom 15.000 som fikk langvarig plassering og 15.000 som fikk kortvarig plassering (mindre enn seks uker).

I tabell 3.1 viser vi en oversikt over hvordan de 30.000 barn og unge hadde blitt plassert.

Tabell 3.1 *Barn og unge som var plassert i fosterhjem og/eller institusjon. Kortvarige og langvarige plasseringer. England og Wales (ca. 1998)*

	Kortvarige plasseringer (Short stay, less than six weeks)	Langvarige plasseringer (long stay)
Kun fosterhjem	11.000	9.500
Kun institusjon	3.200	3.500
Fosterhjem og institusjon	150	750
Sum	15.000	15.000

Kilde: Parton, 2006:102 (etter Department of Health 1998)

utenfor hjemmet (tvungne plasseringer etter akutt-, omsorgs- eller atferdsparagraf).

<sup>14</sup> Parton viser på sin side til Department of Health 1998; Caring for Children away from Home, og A map of children 'in need' 1998.

Forskningsresultater som lå til grunn for Department of Healths oversikt har kommet fram til at blant de 15.000 barn og unge med kortvarige plasseringer blir om lag 4.000 barn og unge plassert på nytt seinere igjen.

Modellen gjengitt ovenfor ble, i følge Parton, laget på et tidspunkt hvor UK var i overgangen mellom en tenkning rundt *beskyttelse mot barnemishandling* ("the protection of children from abuse") til beskyttelse og fremme av barns velferd ("safeguarding and promotion of children's welfare")(Parton 2006:101).

I dette avsnittet er kun tatt opp noen generelle spørsmål om situasjonen i England og Storbritannia. I seinere kapitler gjengis og drøftes flere forskningsresultater fra England, samt at flere nettsteder og rapporter av interesse vises til i vedlegg.

Det samme forholdet gjelder avsnittene 3.7 Situasjonen i andre europeiske land, 3.8 Situasjonen i USA og Canada og 3.9 Situasjonen i Australia og New Zealand. Forskningsresultater fra disse landene omtales også i seinere kapitler og noen aktuelle nettsadresser vises til i vedlegg.

### 3.7 Situasjonen i andre europeiske land (Finland, Island, Nederland, Frankrike, Belgia, Tyskland)

I Finland har man et litt annerledes barnevernssystem enn i Danmark, Norge og Sverige. Men en del er likt, blant annet bruken av fosterhjem og institusjoner. Det foreligger en god del finsk barnevernforskning. Enkelte kilder blir kort omtalt i kapittel 4 (Forssén 1998).

Island er relativt tettere knyttet opp mot svensk og dansk barnevern. Blant annet er det utført barnevernforskning i Island av personer som har fått sin doktorgradsutdanning i Sverige. Andre islandske barnevernforskeren arbeider i Danmark – tett opp mot danske barnevernforskere.

Nederland har sider på nettet som viser noe av deres virksomhet innenfor barnevernet. Det er også rapportert nederlandsk barnevernforskning som omtales kort i kapittel 4 (Scholte 1998).

Når det gjelder Frankrike, Belgia og Tyskland kjenner vi til at det bl.a. har vært arbeidet med intervensjon i forhold til barnevernsproblemer i ulike grupper av innvandrere (Frankrike), med intervensjon i forhold



---

til barn utsatt for seksuelle overgrep (Belgia), og med tiltak for å hindre rekruttering til- og å fremme exit fra høyreekstreme grupper (Tyskland).

### 3.8 Situasjonen i USA og Canada

Også i USA har man bl.a. arbeidet med den strategien som er utarbeidet i Dartington UK, Matching Needs and Services (Taylor 2005). I kapittel 4 vises det til en del amerikansk barnevernforskning, samt andre amerikanske og kanadiske erfaringer med hjelpetiltak i barnevernets og sosialsektorens regi. I kapittel 5, 6 og 7 vises amerikanske og kanadiske erfaringer om samarbeidet mellom ulike hjelpetjenester (sosialvesen, helse, skole, politi) om barneverntiltak/community-baserte tiltak.

Det foreligger også omfattende forskning om barn i fosterhjem og barnverninstitusjoner i USA (Berrick, Barth, & Needell 1994; Courtney, Piliavin, Grogan-Kaylor, & Nesmith 2001). Disse resultatene omtales kort i kapittel 4.

### 3.9 Situasjonen i Australia og New Zealand

Det foreligger også interessante erfaringer fra tiltak i barnevernet fra Australia og New Zealand. Flere regioner her har også foretatt longitudinelle studier av barn i barneverntiltak, og man har utviklet fleksible hjelpetiltak, samt brukermedvirkning (bl.a. familierådslag). Det blir vist til enkelte australsk forskningsresultater i kapittel 5.

### 3.10 Oppsummering

Vi vet relativt mye om omfanget av ulike typer av tiltak i norsk barnevern.

Den siste barnevernstatistikken fra SSB viser at i alt 30.750 barn og unge tok i mot hjelpetiltak fra barneverntjenesten i løpet av 2004. Hjelpetiltakene gis i hovedsak mens barnet bor i hjemmet sammen med sine biologiske foreldre. Disse tiltakene er regulert i Lov om barneverntjenester §§ 4-4. Det er noen viktige unntak når det gjelder hovedbestemmelsen om at bruken av hjelpetiltak skal skje i hjemmet. Lovens § 4-4 åpner i femte ledd for at barnet eller den unge kan

plasseres frivillig utenfor hjemmet (for eksempel i fosterhjem eller institusjon) for en periode.

I alt mottok 37.650 barn og unge et eller flere tiltak i det hele tatt i løpet av 2004, da er også barn med kun omsorgstiltak inkludert. Det er langt mer bruk av hjelpetiltak enn bruk av omsorgs- og atferdstiltak her i landet.

Det er oftest det lokale barnevernet som er både forslagsmyndighet, godkjennelsesmyndighet og tiltaksmyndighet for de tiltakene som settes i verk. Et stort knippe av hjelpetiltak er i bruk i norsk barnevern per i dag. Blant de tiltakene som gis mens barnet eller den unge bor hjemme hos foreldrene, er: Økonomisk stønad, besøkshjem/avlastningstiltak, støttekontakt, tilsyn, barnehageplass (som barneverntiltak), skolefritidsordning (SFO - som barneverntiltak), fritidsaktiviteter, hjelp til bolig, hjelp til utdanning og arbeid, multisystemisk behandling (MST), foreldretrening (PMT), foreldre-/barnplasser (inkludert mødre hjem), poliklinisk barne- og ungdomspsykiatrisk behandling og andre tiltak i hjemmet. Dette er kun tiltak som er nevnt i statistikken, og det finnes flere former. Dessuten kan det som nevnt åpnes for plassering utenfor hjemmet som hjelpetiltak. Følgende plasseringer blir da benyttet: Beredskapshjem og ulike former for fosterhjem, blant annet ordinært fosterhjem, familiefosterhjem og eventuelt forsterket fosterhjem – både ordinært og knyttet til familien. Det blir også benyttet ulike typer av institusjoner, blant annet barne- og ungdomshjem, barne- og ungdomspsykiatrisk institusjon, bo- og arbeidskollektiv og rusmiddelinstitusjon.

Tallet på barn i barneverntiltak økte i alle aldersgrupper under 18 år fra 2003 til 2004. Gjennom flere år på nittitallet og på 2000-tallet har det vært økning i antallet barn og unge som får hjelpetiltak.

De mest brukte hjelpetiltakene i løpet av 2004 var økonomisk stønad (13.638 barn og unge hadde dette), besøkshjem/avlastningstiltak (10.915), barnehage (5.303), støttekontakt (5.236), tilsyn (5.008), skolefritidsordning (SFO)(4.076) og fritidsaktiviteter (3.857). Et tiltak som er mye debattert, multisystemisk terapi (MST), ble i følge den offisielle statistikken gitt til 751 barn i 2004. Foreldreopplæring (PMT) er også mye omtalt, men foreløpig svært lite brukt. 273 barn/foreldre fikk dette tiltaket i 2004.

Bruken av fosterhjem som hjelpetiltak har økt hvert eneste år siden 1993. Tallet på barn og unge i fosterhjem som hjelpetiltak var 1.868 ved utgangen av 2004, mot 1.771 per 31.12. 2003. I alt var 6.922 barn og unge i fosterhjem ved utgangen av 2004, så de fleste har fortsatt

dette tiltaket som omsorgstiltak. Tallet på barn og unge i barnevern-institusjon ved utgangen av 2004, var 1.279. Av disse hadde de fleste, 710 barn og unge, dette som hjelpetiltak.

Men en del tiltak vet vi mindre om fordi de står oppført i sekkeposter i statistikken. Andre forskningsprosjekter har fått i oppdrag å finne ut mer om disse tiltakene.

Statistikken over hjelpetiltak i barnevernet er utilstrekkelig i mange land, dessuten er heller ikke alltid de forskjellige landenes tiltak sammenliknbare med våre. De fleste land har langt bedre oversikt over bruken av især institusjoner, men også bruken av fosterhjem, fordi dette krever mer bruk av ressurser og mer ekspertise. I de skandinaviske landene er det imidlertid relativt god oversikt over bruken av hjelpetiltakene samlet.

I Danmark regnes de vanligste hjelpetiltakene (eller ”forebyggende foranstaltninger”, som danskene uttrykker det) å være ”hjemme-hos”, ”aflastning”, ”fast kontaktperson” og ”familiebehandling”. Blant de 28.600 barn og unge som fikk bistand ved utgangen 2004, fikk de fleste, 15.080 barn og unge, forebyggende hjelp. Blant de hyppigst brukte tiltakene blant barn og unge som bodde hjemme var fast kontaktperson, 2.900 hadde fått dette. Men mest brukt av de såkalte forebyggende tiltakene var avlastningsopphold for de barn og unge som bodde hjemme. Vel 7.750 barn og unge hadde slikt opphold ved utgangen av 2004.

Ved utgangen av 2004 var vel 14.070 barn og unge anbrakt utenfor hjemmet i Danmark. Den største gruppen av dem som var plassert utenfor hjemmet var i såkalt familiepleje (fosterhjem)(vel 6.450 barn og unge). Vel 3.360 var i barnevern-institusjon, og vel 2.500 var i ”socialpedagogisk opholdssted”. De fleste av de vel 14.070 barn og unge som var plassert utenfor hjemmet (nær 12.840 av dem) var plassert etter en paragraf om frivillig anbringelse (§ 40.2.11).

I Sverige hadde 26.800 barn og unge ett eller flere hjelpetiltak i hjemmet (öppenvårdsinsats) per 1. november 2004. Slike hjelpetiltak var vanligst blant unge i alderen 13-17 år. I løpet av året 2004 var kontaktperson/-familie som hjelpetiltak det mest brukte (alle aldersgrupper), dette ble gitt til ca. 22.600 barn og unge. Ca. 20.400 barn og unge fikk ”behovsprøvd personlig støtte” (”behovsprövat personligt stöd”) og ca 7.400 fikk ”strukturert program for tiltak i hjemmet” (”strukturerade öppenvårdsprogram”) i løpet av året 2004. Men nesten like mange barn og unge er plassert utenfor hjemmet som de som er i öppenvård. I løpet av år 2004 var drøyt 20 000 barn og unge i alderen 0 – 20 år plassert i fosterhjem (familjhem) eller institusjoner

(institusjonsvård) i Sverige. Som et samlet begrep kaller man slike plasseringer utenfor hjemmet for sosial døgnomsorg. I Sverige har man dessuten utviklet en ny type ”hybridhjem”, eller hjem ”for vård och boende” (HVB-hjem). Disse er familieliknende selv om de er definert som en type institusjon – de er store institusjonsliknende fosterhjem.

Det har vokset fram en stor mengde av hjelpetiltak i barnevernet både i Norge og internasjonalt. Tiltakene har ofte ulike betegnelser i de enkelte land, og man har til dels store ulikheter i barnevernlovgivningen. Derfor er tiltakene til dels vanskelige å sammenlikne. Situasjonen i England og Storbritannia ble beskrevet noe mer enn de andre ikke-skandinaviske landene, blant annet fordi det historisk har vært en del utveksling av erfaringer mellom Norge og England, og fordi England har en viktig posisjon innen barnevernforskning. Men i mange av landene denne studien omfatter, for eksempel Belgia, Nederland, Tyskland, Frankrike, USA og Australia, er det ofte vanskelig å trekke grensen mellom barnevernet og øvrige sosial- og helsemyndigheter som jobber i forhold til vanskeligstilte barn og unge. Land utenfor Norden har til dels såpass forskjellige barnevernssystemer, i sær for hjelpetiltak, at vi her kun viste kortfattet til en del forskning som er utført. Forskning fra flere av disse landene blir mer utførlig behandlet i påfølgende kapitler.

## 4 Forskning om individtilpassede tiltak

Dette kapitlet redegjør for forskning om individtilpassede tiltak. De tiltaksformene det er tale om er økonomisk stønad, besøkshjem-/avlastningstiltak, støttekontakt, tilsyn, barnehage, skolefritidsordning, fritidsaktiviteter, hjelp til bolig, utdanning eller arbeid, medisinsk undersøkelse eller behandling, særlige opplæringsbehov, foreldre-/barnplasser, poliklinisk barne- og ungdomspsykiatrisk behandling, beredskapshjem, fosterhjem (ulike typer), barne- og ungdomshjem, barne- og ungdomspsykiatrisk institusjon, bo- og arbeidskollektiv, rusmiddelsinstitusjon, samt en samlekategori for ”andre tiltak”<sup>15</sup>.

Hvis en undersøkelse foretatt av barnevernet konkluderer med at det er behov for et individtilpasset hjelpetiltak for barnet, vil det bli iverksatt basert på barnevernlovens § 4-4, evt. med henvisning til andre paragrafer.

Det er krav om at tiltaket skal tilpasses barnet og dets situasjon. De tiltakene vi beskriver i dette kapitlet, er såkalte vanlige, tradisjonelle individtilpassete tiltak. Økonomiske tiltak er mye brukt som barneverntiltak. Det samme gjelder også tiltak som besøkshjem-/avlastningstiltak, støttekontakt og tilsyn. Bruk av barnehage som individtilpasset barneverntiltak er også mye benyttet. I de seinere årene har også bruk av skolefritidsordning (SFO) som barneverntiltak økt.

For unge mennesker i barneverntiltak er hjelp til bolig, jobb og utdanning viktige individtilpassete hjelpetiltak.

---

<sup>15</sup> I neste kapittel (kapittel 5) redegjøres for det vi kaller familie- og nettverksorienterte tiltak, blant annet Marte Meo-metoden, Webster-Stratton, foreldretrening (PMTO) og multisystemisk behandling (MST). I kapittel 6 redegjøres blant annet for nærmiljøtiltak og Aggression Replacement Training (ART).

Andre typer av hjelpetiltak er medisinsk undersøkelse og eventuell barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikkbehandling.

Etter at Lov om barneverntjenester kom i 1993 ble det mulig å gi både ulike typer av fosterhjempllassering og institusjonsplassering (barne- og ungdomshjem) som frivillige hjelpetiltak. Økningen i slike tiltak, gitt som hjelpetiltak og ikke som tvangstiltak, beskrives også i dette kapitlet.

Ved siden av plassering i barnehjem benyttes noe sjeldnere innlegging i barne- og ungdomspsykiatrisk institusjon som frivillig hjelpetiltak i barnevernet.

Plassering (frivillig) i bokollektiv er en annen type av hjelpetiltak vi kommer inn på i dette kapitlet.

Vi skal nedenfor gjennomgå en del kunnskap både om omfang av ulike hjelpetiltak, hvordan tiltakene er ment å virke, og kunnskap om hva som faktisk synes å virke innen dette feltet. Dessuten vil vi gi en oversikt en del kunnskapshull – det vil si kunnskap som ikke finnes som vi mener det er behov for å fremskaffe.

## 4.1 Økonomisk stønad

Økonomisk stønad er mye benyttet i norsk barneverntjeneste. I følge Bunkholdt og Sandbæk blir det ofte gitt i tillegg til andre tiltak (Bunkholdt & Sandbæk 2005:169). I barnevernlovens § 4-4 3. ledd lovheimles at barneverntjenesten kan yte økonomisk stønad som hjelpetiltak til barnet. Dette dreier seg ofte om å yte økonomisk hjelp til aktivitetstiltak eller til et ferietilbud. Bunkholdt og Sandbæk viser til at det ofte er svært ulike ting det er gitt økonomisk stønad til: Bl.a. dekning av heldagsskole, diverse utstyr i hjemmet, skolebøker, klær til barnet, årlige tilskudd til fritidstiltak arrangert av annen etat, støttepedagog for barnet – for å nevne noe. Også fritidstiltak for hele familien, transportutgifter og utgifter til legebehandling for foreldre, skal være dekket på denne måten. Bunkholdt og Sandbæk sier at vedtakene gir inntrykk av at økonomisk stønad blir gitt etter Lov om barneverntjenester for å bøte på manglende stønad fra andre instanser, for eksempel sosialkontoret (Bunkholdt & Sandbæk 2005:169).

7.361 barn og unge hadde et slikt tiltak per utgangen av 2004 her i landet (Statistisk sentralbyrå 2005a). Tiltaket benyttes i alle aldersgrupper 0-22 år, men noe oftere i aldersgruppene 13-17 og 18-22 år enn for øvrig. Dette tallet kan sees i forhold til at i alt 28.775 barn og unge hadde barneverntiltak ved utgangen av 2004. Dette var

det nest hyppigst brukte enkelttiltaket i barnevern på dette tidspunktet. Bare besøkshjem/avlastningstiltak var oftere benyttet. Tilsvarende hadde 6.735 barn og unge økonomisk stønad som tiltak av barnevernet ved utgangen av 2003 (Statistisk sentralbyrå 2004). Man observerte en netto økning på nær 600 barn og unge med denne tiltakstypen fra utgangen av 2003 til utgangen av 2004.

I de tabellene som SSB har lagt ut på Internett i 2003, 2004 og 2005 (individdata barnevern 2002, 2003 og 2004) skilles ikke mellom hvor mange barn og unge som har dette tiltaket som hjelpetiltak og eventuelt hvor mange som måtte ha det som omsorgstiltak eller som begge former for tiltak. Vi har imidlertid spesialbestilt longitudinelle barneverndata for bl.a. de aktuelle årene (se tab 4.1). Disse dataene viser at de aller fleste har dette som hjelpetiltak. Dette har vi og sett i de tidligere longitudinelle studiene etter at ny barnevernlov trådte i kraft (1993-2001).

Tabell 4.1 *Antall barn og unge som har økonomisk stønad som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for hvert av årene 2002-2004*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgstiltak	Som både hjelpe- og omsorgstiltak
2002	12.553	9.891	2.205	457
2003	12.527	9.710	2.261	556
2004	13.553	10.429	2.511	613

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern

Som det framgår av tabell 4.1 hadde vel 12.500 barn og unge økonomisk stønad som barneverntiltak i løpet av både 2002 og 2003. I løpet av 2004 hadde tallet passert 13.500. Mellom 9.700 og 10.450 av disse hadde dette tiltaket kun som hjelpetiltak hvert av årene. I tillegg hadde vel 600 dette tiltaket som både omsorgstiltak og hjelpetiltak i løpet av 2004.

Det er imidlertid lite forskning knyttet til dette hjelpetiltaket her i landet. Vi har ikke funnet effektstudier av virkningen av dette tiltaket.

I en norsk undersøkelse ble 60 foresatte av barn som fikk barneverntiltak, som var i kontakt med pedagogisk psykologisk tjeneste eller barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk intervjuet (Sandbæk 1995). Familiens økonomiske situasjon var ikke noe eget punkt i intervjuene. Det kom likevel fram hvordan materielle begrensninger preget hverdagen for mange av familiene hvor barna fikk tiltak av

barnevernet. Familiene strevet med å mestre dagliglivet både økonomisk og praktisk. Noen av historiene de foresatte fortalte, ga forskeren inntrykk av at det ble lagt liten vekt på materielle vanskeligheter, eller at slike problemer ble sett på som uvedkommende for barnevernet – sier også (Bunkholdt & Sandbæk 2005:169-170).

Heller ikke i de øvrige skandinaviske landene har vi funnet effektstudier av økonomisk stønad i barnevern<sup>16</sup>.

I en svensk oversikt utgitt av Socialstyrelsen gir Eva Bergström og Ann-Britt Thullin en oversikt over bruk av økonomisk stønad (Bergström & Thulin 2003). Studien er en beskrivelse ("lagesbeskrivning") bruk av økonomisk stønad og andre tiltak i *Individ- och familjomsorg i 2002*. Også situasjonen for barn med psykiske problemer, seksuelle overgrep og rusproblemer drøftes i dette oversiktsarbeidet. Man har ikke foretatt noen effektstudie av bruken av økonomisk stønad.

Det har hatt liten hensikt å søke i andre europeiske land eller USA, Canada, eller Australia etter slike studier, fordi deres barnevernlovgivning er forskjellig fra vår. Der vil det fort bli snakk om ordinær sosialhjelp eller helt spesifikke programmer for barn/familier med liknende og større økonomiske problemer enn de som får økonomisk stønad som barneverntiltak i Norge.

## 4.2 Besøkshjem/avlastningstiltak

Besøkshjem eller liknende avlastningstiltak (en del litteratur kaller dette weekendhjem) benyttes når foreldrene/familien har behov for avlastning for kortere tid – for eksempel en helg. Opplegget kan være fast over en periode. Barneverntjenesten finner, eventuelt i samråd med biologiske foreldre, besøksforeldre som er egnet og som kan tilføre barnet positive opplevelser sammen med andre voksne. Tiltaket er hjemlet som hjelpetiltak i Lov om barneverntjenester § 4-4 og benyttes oftest slik, men kan også benyttes som (ledd i) omsorgstiltak (jfr. § 4-12).

Besøkshjem/avlastningstiltak var det hyppigst brukte enkelttiltaket i barnevernet i Norge per 31. desember 2004. 7.885 barn og unge hadde

---

<sup>16</sup> Det er viktig å være klar over at vi her ikke har søkt på forskning innen ordinær sosialhjelp for barnefamilier eller ordinær fattigdomsforskning.



dette tiltaket på dette tidspunktet<sup>17</sup> (Statistisk sentralbyrå 2005a). Tiltaket benyttes i alle aldersgrupper 0-22 år, men noe oftere i aldersgruppene 3-5 og 6-12 år enn i de øvrige. I alt 28.775 barn og unge hadde, som vist til i forrige kapittel, barneverntiltak ved utgangen av 2004. Tilsvarende hadde 7.613 barn og unge besøks-hjem/avlastningstiltak ved utgangen av 2003 (Statistisk sentralbyrå 2004).

Tabell 4.2 *Antall barn og unge som har besøkshjem/avlastningstiltak som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for hvert av årene 2002-2004*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgstiltak	Som både hjelpe- og omsorgstiltak
2002	10.172	8.795	1.285	92
2003	10.457	9.000	1.324	133
2004	10.778	9.096	1.521	160

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern

Som det framgår av tabell 4.2 hadde i alt mellom 10.000 og 10.800 barn og unge årlig dette tiltaket i løpet av årene 2002 – 2004, og tiltaket øker i omfang. Respektive 8.800, 9.000 og 9.100 av disse barn og unge hadde besøkshjem/avlastningstiltak kun som et hjelpetiltak i løpet av disse årene. I tillegg hadde om lag 90 - 160 barn og unge årlig dette som både omsorgs- og hjelpetiltak i løpet av årene 2002 - 2004.

Det finnes noe norsk forskning av beskrivende karakter om bruken av disse hjelpetiltakene. Tiltakene benyttes også som omsorgstiltak (saken har vært tatt opp i fylkesnemnd, bruk av tvang) og som akuttiltak (plassering i besøkshjem/avlastningshjem av sosialsjef/påtalemyndighet mens man venter på plassering i institusjon eller fosterhjem).

#### **Svenske studier:**

Flere svenske kommuner har i de seinere årene gjort mer bruk av *öppenvård*, og kontaktfamilie eller besøkshjem er mye brukt. Det finnes flere svenske studier av barn i besøkshjem, en av dem er Barn i kontaktfamilj (Björk & Jaensson 1998). Man har her undersøkt barn i alderen 0-12 år i kontaktfamilier i Stockholms län og om innsatsen ble endret i perioden 1993-1996. Undersøkelsen er beskrivende og

<sup>17</sup> I den tabellen som SSB har lagt ut på Internett i 2005 skilles ikke mellom hvor mange barn og unge som har dette tiltaket som hjelpetiltak og eventuelt hvor mange som måtte ha det som omsorgs- eller eventuelt atferdstiltak.

gjennomgår hvordan länet rekrutterer kontaktfamilier, hvordan oppdragene ser ut og følges opp og hvilken støtte sosialtjenesten gir kontaktfamiliene i forbindelse med de oppdragene de påtar seg.

De ble benyttet spørreskjema i forbindelse med undersøkelsen, og man fikk svar fra 810 kontaktfamilier som hjalp 1208 barn fra 837 familier (per 30.juni 1996). 37 kommuner/kommunedeler inngikk i undersøkelsen. (For å begrense materialet hadde man utelatt Stockholm by - dessuten hadde Stockholm på den tiden (1994) laget sin egen undersøkelse av den samme problematikken).

Blant de 837 familiene som inngikk i materialet var en stor del, 78 prosent, enslige foreldre (656 familier). I om lag en fjerdedel av familiene hadde barnet ytterligere hjelpetiltak innen sosial- (barnevern-) tjenesten. I vel 25 prosent av alle familiene var minst en av foreldrene født i utlandet (220 familier). Blant familiene med utenlandsk opprinnelse ble 43 tilbudt landsmenn som kontaktfamilie. Etterspørselen etter egne landsmenn som kontaktfamilie var relativt lav i denne undersøkelsen, bare noen få hadde ikke fått ønsket sitt oppfylt. 62 av alle barna i undersøkelsen hadde besøkshjem/kontaktfamilie som supplement til fosterhjem (familjhem).

Undersøkelsen viste at behovet for en ”ekstrafamilie” og sosial trening var grunnen til at tiltaket ble iverksatt for 54 prosent av barna. Foreldrenes behov for avlastning og støtte i foreldrerollen lå til grunn for tiltaket i 44 prosent av sakene. I mange saker gikk behovene over i hverandre, slik at det ikke alltid kunne fastslås en hovedgrunn for tiltaket.

I 26 kommuner vurderte man at innsatsen med hensyn på å bruke kontaktfamilier i aldersgruppen 0-12 år hadde øket, mens i 11 kommuner hadde man ikke den erfaringen. Litt mindre enn halvparten av kommunene (17 av 37) svarte at problematikken hos dem som innvilges kontaktfamilier er mer alvorlig enn for noen år siden. På den annen side svarte mange av kommunene at problematikken alltid hadde vært stor (Björk & Jaensson 1998:4).

Selv om bruken av kontaktfamilier var økende, hadde man på dette tidspunkt i Sverige (1998) gjennomført relativt få undersøkelser av denne typen av tiltak. I følge andre undersøkelser der man hadde foretatt klientintervjuer, framkom i følge Björk m. fl. at besøkshjem/kontaktfamilier var et verdsatt tiltak (Björk & Jaensson 1998:6). I følge undersøkelsen var bruken av kontaktfamilier økende i hele Stockholms län i denne perioden. I Stockholms län, inklusive Stockholm by, ble det benyttet kontaktfamilie for i alt 3.445 barn og unge i 1996 (Björk & Jaensson 1998).

En annen svensk studie, *Kontaktfamilj - för vem?* er også en beskrivende studie. Denne har tatt for seg barn og unge i et bredere aldersspenn, 2-20 år i Jönköpings län. Denne undersøkelsen omfatter likevel kun 27 barn i Gnosjö kommune (Roman, Johansson, & Claesson 2002). I undersøkelsen inngikk imidlertid både studier av journaler og intervjuer med ansatte. 17 av barna bodde sammen med aleneforeldre. I denne undersøkelsen lå også både foreldre og barns egne problemer til grunn for tiltaket i om lag samme omfang. Når det gjelder foreldrene er problemene sykdom, funksjonshemming, dødsfall eller misbruk. For enkelte av barna var ADHD-problematikk grunnlaget, for andre var det som skoleskulk, eller mer uklare grunnlag som usikkerhet, ”mår ikke bra”. Sosialtjenesten uttaler i undersøkelsen at barna ikke må ha for store problemer hvis kontaktfamilie skal fungere. Barna besøkte ofte kontaktfamilien sin i helgene, og de foretok aktiviteter sammen.

En annen liten undersøkelse er dokumentert og nærmere drøftet av forskere ved Göteborgs universitet (Johnsson & Regnér 2003). Det påpekes innledningsvis at tiltaket ”kontaktfamilie” ble til i samband med innføringen av Socialtjänstlagen (SoL) 1980, og at denne loven trådte i kraft 1982. Loven erstattet de tidligere lovene om barnevern (barnavård), rusomsorg (nykterhetsvårdslog) og sosialhjelp (socialhjälpsslag). Socialtjänstlagen er i følge Johnsson og Regnér en ramme-lov som angir mål og retningslinjer for sosialtjenestens arbeid (Johnsson & Regnér 2003:6).

I 1991 ble sosialtjänstkomiteén nedsatt. I komiteens hovedbetenkning (1994) ble det, i følge Johnsson og Regnér, gitt en oversikt over en registrering Socialstyrelsen og Svenska kommunförbundet gjorde sammen av de problemer som finnes i forhold til tiltaket kontaktfamilier (Johnsson & Regnér 2003:9). De spørsmål man, i følge Johnsson og Regnér særlig var opptatt av, var personvern (sekretess), hvem som skal melde om saken (har ”anmälningsskyldighet”) og som ”bestille tiltaket” besøksfamilie (kontaktfamilj). Man drøftet også uklare oppdrag i såkalte tunge saker (”tunga ärenden). I komiteens innstilling ble det foreslått at begrepet ”kontaktfamilj” benyttes i forhold til ”enklere” saker, og at begrepet ”stödfamilj” reserveres for tyngre saker. Noen kommuner skal ha etterlyst muligheten til å benytte kontaktfamilier også i forhold til å kunne overvåke barnets situasjon (Johnsson & Regnér 2003:9).

Sosialtjenestekomiteen skal ikke ha foreslått noen endringer i begrepsbruken i loven. Kommunene skal fritt kunne velge ulike begreper for forskjellige typer av tiltak. Men tiltakene skal være frivillige når sosialtjenesteloven brukes. Ved tvangstiltak skal ”Lagen

med särskilda bestämmelser om vård av unga” (LVU) benyttes (Johnsson & Regnér 2003:9).

Undersøkelsens hovedformål er å studere ”det gode foreldreskapet” i relasjon til tiltaket ”kontaktfamilier”. Man var særlig opptatt av aleneforeldrefamilier som fikk dette tiltaket. Undersøkelsen ble konkretisert videre i flere delformål: Man skulle beskrive og analysere selve tiltaket som sådan, hva som foranlediger det, hvilket formål tiltaket har, hvordan det utformes i praksis og hvilken betydning (eventuelt hvilket resultat og hvilke effekter) det har. Blir de intensjoner lovgivningen har med tiltaket virkeliggjort?

Undersøkelsen hadde altså ikke som sitt (hoved-)formål å studere effekter av kontaktfamilie, heller ikke effekter i forhold til evt. andre tiltak. Man benyttet ikke randomiserte utvalg eller kontrollgrupper.

19 saker inngikk i undersøkelsen. 57 intervjuer ble gjennomført i til sammen tre svenske kommuner/steder: Majorna (en bydel i Göteborg) Härryda og Kungälv. Man benyttet kvalitativ metode, og intervjuet både klientfamiliene (19 saker), kontaktfamiliene (19 familier) og sosialsekretærene (19 intervjuer) i de aktuelle sakene. Klientfamiliene var med ett unntak eneforeldrefamilier.

Forskjellene var store mellom klientfamiliene og kontaktfamiliene både med hensyn til økonomi, sosialt nettverk og foreldreskapet (Johnsson & Regnér 2003:126).

I løpet av året 2004 hadde ca 22 600 barn og unge tiltaket kontaktfamilie/-person i Sverige (Socialstyrelsen 2005).

I Danmark hadde 7 800 barn og unge avlastningsopphold som forebyggende tiltak og 2 900 fast kontaktperson i løpet av 2004 (Danmarks Statistik 2005).

### 4.3 Støttekontakt

Støttekontakt har vært et annet av hjelpetiltakene i hjemmet som barneverntjenesten har benyttet gjennom mange tiår her i landet. Det finnes liknende tiltak i de andre nordiske landene. Før vi fikk Lov om barneverntjenester (iverksatt 1.1.1993) var Lov om barnevern (1953) gjeldende. Under denne loven var også støttekontakt i bruk, den gang som såkalt forebyggende barneverntiltak (den gamle loven skilte mellom forebyggende barneverntiltak (i hjemmet), plasseringer utenfor hjemmet og ettervernstiltak).

Støttekontakt er i dag hjemlet i Lov om barneverntjenester § 4-4 og nevnes som et av hjelpetiltakene her. Støttekontakt kan i følge Bunkholdt og Sandbæk brukes i ulike sammenhenger. I mange saker kan barnet ha bruk for en støtteperson uten at det samtidig er bruk for den kontrollfunksjonen som knyttes til tilsynsarbeidet (Bunkholdt & Sandbæk 2005:170). Støttekontakt kan settes inn overfor barn og ungdom som ikke har så store problemer. ”Barna kan være isolerte og passive, eller utsatt for mobbing. De kan også vise aktiv negativ atferd som en ønsker å få snudd.” Støttekontakt brukes også som avlastning for barn og familier med høyere problembelastning, ofte i kombinasjon med andre tiltak fra helse-, sosial- eller skolevesenet (Bunkholdt & Sandbæk 2005:170).

De senere årene synes det som bruk av støttekontakt har hatt en svak økning, mens enkelte andre former for hjelpetiltak har økt noe mer i forhold. Per utgangen av 2004 hadde 3.418 barn og unge støttekontakt (Statistisk sentralbyrå 2005a). Et år tidligere var det tilsvarende tallet 3.245 (Statistisk sentralbyrå 2004), men året før (per 31.12.2002) var det 3.246 (Statistisk sentralbyrå 2003).

Tabell 4.3 *Antall barn og unge som har støttekontakt som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for hvert av årene 2002-2004*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgstiltak	Som både hjelpe- og omsorgstiltak
2002	4.998	4.622	353	23
2003	4.936	4.604	312	20
2004	5.220	4.803	376	41

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern

Som det framgår av tabell 4.3, hadde langt de fleste av de barn og unge som hadde støttekontakt i løpet av årene 2002 - 2004 dette som hjelpetiltak. Utviklingen i tallene for dette tiltaket, både hvor mange som hadde det som hjelpetiltak, omsorgstiltak eller både som hjelpe- og omsorgstiltak, var stabile mellom disse tre årene, men med en viss økning fra 2003 til 2004.

Tiltaket har ikke vært gjenstand for noen forskningsmessig evaluering av betydning her i landet. Heller ikke har det vært rapportert forsøk på effektmåling av det på nasjonalt plan her i landet, på tross av at tiltakstypen har vært i bruk i årtier.

Einarsson og Sandbæk gir en nærmere beskrivelse av tiltaket blant annet i boka *Forebyggende arbeid og hjelpetiltak i barneverntjenesten* (Einarsson & Sandbæk 1997:40-41).

Det er hevdet som et synspunkt i en dansk artikkel at en undersøkelse av langvarig, intensiv og omfattende innsats (med såkalte ”hjemme-hosere”) i problemfamilier viser at dette arbeidet forebygger anbringelse av barn utenfor hjemmet (Madsen 1993). Undersøkelsen er imidlertid ikke utført som en effektundersøkelse, og designet gir ikke støtte for en entydig konklusjon.

## 4.4 Tilsyn

Tilsyn kan opprettes som frivillig hjelpetiltak etter § 4-4 i Lov om barneverntjenester. Dette tiltaket kan, i følge Bunkholdt og Sandbæk, også pålegges, men da må kriteriene i § 4-12 være til stede og saken vil bli behandlet av fylkesnemnda. Alvorlighetsgrad og kontroll-elementene vil være sterkere i de sistnevnte enn i de førstnevnte sakene. Kombinasjonen av hjelp og kontroll er framtrædende i tilsynsarbeidet. Bunkholdt og Sandbæk anser tilsyn ved pålegg som det sterkeste virkemidlet barneverntjenesten har før en går til omsorgsovertakelse (Bunkholdt & Sandbæk 2005:172).

Tilsyn utføres både av privatpersoner og av fagfolk som er ansatt av barneverntjenesten. Mange av dem som utfører tilsynet som privatpersoner, har i følge Bunkholdt og Sandbæk en profesjonell bakgrunn i arbeidet med barn og unge, selv om de ikke utfører tilsynet i kraft av yrkesarbeidet sitt.

Tilsyn kan utføres både i familier med små og mellomstore barn og overfor ungdom. Innholdet vil da bli forskjellig både med hensyn til virkemidler og grad av kontroll. Bunkholdt og Sandbæk understreker at innholdet i tilsynet må være diskutert med familien. Familien bør være kjent med at tilsynet inneholder både elementer av hjelp og kontroll, ellers kan samarbeidet bli vanskeligere hvis familien i første fase bare har blitt informert om og samtykket til tiltakets hjelpedel. Tilsynsfører bør, i følge Bunkholdt og Sandbæk, også konkretisere hvorfor en har valgt tilsyn som tiltak og hvilket innhold og målsetting tilsynsarbeidet skal ha (Bunkholdt & Sandbæk 2005:173).

Rent konkret innebærer det å være tilsynsfører å ha funksjoner av både hjelpende, rådgivende og kontrollerende karakter. Rådgivningen kan, i følge Bunkholdt og Sandbæk, gjelde blant annet barnets psykiske og fysiske behov, barneoppdragelse, økonomi, rutiner og

arbeidsdeling i hjemmet og fritidsaktiviteter. Tilsynsfører kan gi informasjon om lover og regler, og om tilbud som er relevante for saken og som kan bidra til å løse familiens problemer (Bunkholdt & Sandbæk 2005:174). Slik rådgivning kan skje for eksempel ved formidling av kontakt med instanser som barnehage, skole, arbeids- eller boligformidling, behandlingsapparat eller andre formelle organer. Konkret hjelp kan skje ved at man for eksempel tilbyr økonomisk støtte som barneverntiltak (se tidligere avsnitt om dette). Noen ganger innebærer arbeidet som tilsynsfører å ha kontakt med og eventuelt også å arbeide med det sosiale nettverket rundt familien. Dette kan være slekt, venner, naboer, borettslag, fritidsklubb eller andre frivillige organisasjoner (Bunkholdt & Sandbæk 2005:173).

Kontrolldelen består først og fremst i at tilsynsføreren har adgang til hjemmet og til å se hvordan forholdene der er. Dette gjelder både rent praktisk, men også slik at vedkommende kan gjøre en vurdering av de følelsesmessige forholdene. I de tilfeller hvor en er redd for rusmiddelmisbruk, husbråk eller at barna blir forlatt uten tilsyn, kan uanmeldte hjemmebesøk bli brukt (Bunkholdt & Sandbæk 2005:176).

Bunkholdt og Sandbæk tar også fram bruk av kontrakter i tilsynsarbeidet. De viser her til et arbeid av Moen og Slettebø, som mener tilsynsarbeid er et spesielt forsømt område innen barnevernet (Bunkholdt & Sandbæk 2005:176).

Tilsyn i hjemmet har ligget på nesten det samme nivået over tid når det gjelder antall barn og unge som har fått dette tiltaket. Men mellom de to siste årene der nasjonal statistikk foreløpig foreligger, var det en noe høyere økning i tallet på barn og unge som fikk tilsyn (31.12.) enn for bruk av støttekontakt. Ved utgangen av 2004 hadde 3.697 barn og unge tilsyn (Statistisk sentralbyrå 2005a). Et år tidligere var det tilsvarende tallet 3.383 (Statistisk sentralbyrå 2004), mens ved utgangen av 2002 var det 3.152 (Statistisk sentralbyrå 2003).

Tabell 4.4 *Antall barn og unge som har tilsyn som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgstiltak	Som både hjelpe- og omsorgstiltak
2002	4.344	2.315	1.986	43
2003	4.729	2.369	2.015	75
2004	4.989	2.429	2.432	128

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern

Som det framgår av tabell 4.4, var det også en økning de tre siste statistikkårene med hensyn til bruken av tilsyn i løpet av året. Om lag like mange barn og unge hadde tilsyn som omsorgstiltak som de som hadde det som hjelpetiltak. I motsetning til en del av de andre hjelpetiltakene økte bruken av tilsyn mer som rent omsorgstiltak enn som rent hjelpetiltak de siste årene. Sammenliknet med hvordan for eksempel støttekontakt blir benyttet, brukes tilsyn vesentlig sjeldnere som et rent hjelpetiltak

Også i de andre nordiske landene benyttes dette tiltaket.

Vår gjennomgang av forskning viser at heller ikke dette tiltaket har vært gjenstand for noen omfattende evaluering eller forsøk på effektmåling i Norge, på tross av at dette tiltaket også har vært i bruk i årtier. Enkelte ganger etableres tiltaket etter at barnevernet har innhentet en sakkyndig-rapport (gjennom bruk av spesialpsykolog, barnepsykiater eller annen sakkyndig med lang spesialisert utdanning og praksis).

Det finnes i liten grad norsk forskning både med hensyn til beskrivelser av dette tiltaket, eller forskning med tanke på hvilke effekter tiltaket eventuelt kan sies å ha.

Tilsyn er beskrevet i en artikkel i *Barnevernpedagogen* (Kokkersvold 1991). Artikkelen har tittelen *Tilsyn som forebyggende barnevern – dilemmaer i praksis*.

Hovedproblemstilling er en beskrivelse og tilløp til en analyse av praktisk forebyggende barnevern. Kokkersvold drøfter formålet for tilsyn, hva det innebærer for familien og ansatte samt hvilke instanser som samarbeider (barneverntjenesten samarbeider noen ganger med skole, barnehage, BUP, voksenpsykiatri eller rusomsorg i tilsynssaker).

En barnevernshistorie drøftes i et eksempel, der tilsynet blir beskrevet i praksis. Tilsynet drøftes også opp mot teori i ulike fag som barnevernet støtter seg på (bl.a. sosialt arbeid, psykologi, jus, sosiologi).

Viktige dilemmaer er tatt opp, og noen av dem kan være viktige angrepspunkter for forskning (bl.a. forholdet mellom kontroll og hjelp). Men artikkelen er (fordi den er skrevet i 1991) delvis utdatert, bl.a. på grunn av omleggingen av barnevernloven og endret begrepsbruk i den sammenheng. Artikkelen er ikke strukturert i forhold til "hva som virker/eventuelt ikke virker". I noen grad drøftes uintenderte konsekvenser av tilsyn. Artikkelen gir ingen data-presentasjon eller dataanalyse. Kokkersvold drøfter i liten grad hvilke



elementer ved tilsyn som eventuelt ikke kan erstattes av andre metoder (hvor man også kan komme hjem til familien – og snakke med dem og foreta observasjon).

## 4.5 Barnehage og skolefritidsordning (SFO) som barneverntiltak

### 4.5.1 Barnehage

Bruk av barnehage som barneverntiltak har som regel to hovedformål: Hjelp til barnet (lek med andre barn, forhold til andre voksne, oppdragelse, sosialisering,) på dagtid samt eventuelt også en kontroll med barnet hver dag fra en instans som i enkelte saker er pålagt samarbeid med barneverntjenesten. Barnehagen kan følge med i utviklingen av barnet, barnets trivsel, ferdigheter, helse mv., og snakke med foreldrene ved henting og bringing.

Bruk av barnehage som hjelpetiltak eller barneverntiltak har vært noenlunde konstant når det gjelder absolutt antall de tre-fire siste årene. Men sett i relasjon til økningen i antall barn under 6 år som har fått barnverntiltak de siste fire årene, har bruk av barneverntiltak derved blitt litt redusert i relativt omfang.

Ved utgangen av 2004 hadde nær 3.520 barn barnehage som barneverntiltak (Statistisk sentralbyrå 2005a). Dette utgjorde nær 60 prosent av de barn i alderen under 6 år som var i tiltak ved utgangen av 2004 (n=5.907).

Tabell 4.5 *Antall barn som har barnehage som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgstiltak	Som både hjelpe- og omsorgstiltak
2002	5.172	4.603	515	54
2003	5.020	4.474	488	58
2004	5.216	4.584	545	87

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern

Som det framgår av tabell 4.5 ble barnehage benyttet som hjelpetiltak i tett opp mot 90 prosent av sakene. Dette tiltaket ble langt oftere enn

for eksempel tilsyn, benyttet som rent hjelpetiltak. Barnehage ble benyttet litt oftere som omsorgstiltak enn det som var tilfelle for støttekontakt.

Det finnes en del norske og utenlandske undersøkelser både om bruk av barnehage som barneverntiltak, og om andre typer av samarbeid mellom barnevern og barnehage.

Clausen har undersøkt i hvilken grad bruk av barnehage som hjelpetiltak i barnevernet er blitt påvirket av innføringen av kontantstøtte (Clausen 2001). Bruk av kontantstøtte er vesentlig mindre utbredt blant barnevernsbarn enn i befolkningen generelt. Den gjennomsnittlige månedlige andelen kontantstøttemottakere blant barnevernsbarn lå på 59 prosent, mens andelen i totalbefolkningen var 77 prosent. Det var en nedgang i bruk av barnehage som hjelpetiltak på ca. 18 prosent fra 1997 til 1999 for barn i alderen 1-2 år (Clausen 2001).

Dagsenter for fattige barn har vært undersøkt i England. Prosjektet var etablert fordi mor skal komme i arbeid og øke sin inntekt. Formålet med denne studien var først og fremst å studere om dagsentre kunne bidra til å redusere fattigdom hos barnefamilier. Konklusjonen på undersøkelsen er at flere mødre kommer ut i jobb hvis de har noen til å ta seg av barna på dagtid, men det så ikke ut til at inntekten økte. Det kan bety at dagsentre ikke er den riktige strategien for å redusere fattigdom og konsekvensene av den. 120 mødre og 145 barn inngikk i undersøkelsen.

#### 4.5.2 Skolefritidsordning (SFO)

Ved utgangen av 2004 hadde nær 2.966 barn skolefritidsordning (SFO) som barneverntiltak (Statistisk sentralbyrå 2005a). Dette utgjorde vel 26 prosent av de barn i alderen 6-12 år som var i barneverntiltak (alle typer) ved utgangen av 2004 (n=11.269). På slutten av 2003 hadde 2.365 barn skolefritidsordning som tiltak. Dette utgjorde vel 22 prosent av de barn i alderen 6-12 år som var i barneverntiltak (alle typer) ved utgangen av 2003 (n=10.695)(Statistisk sentralbyrå 2004).

Ved utgangen av 2002 var det 1.222 barn som fikk SFO som barneverntiltak. Dette utgjorde nær 12 prosent av de barn i alderen 6-12 år som var i barneverntiltak (alle typer) ved utgangen av dette året (n=10.487)(Statistisk sentralbyrå 2003).

Vi ser at det de tre siste årene har vært en til dels betydelig økning i absolutte tall for barn som fikk dette tiltaket. Samtidig har det også vært en vesentlig økning i andelen barn som hadde SFO som barneverntiltak i forhold til 6-12 åringer i alle typer av tiltak ved årets utgang.

Tabell 4.6 *Antall barn og som har skolefritidsordning som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgstiltak	Som både hjelpe- og omsorgstiltak
2002	1.565	1.260	299	6
2003	3.131	2.574	513	44
2004	4.053	3.280	697	76

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern

Skolefritidsordning blir benyttet noe sjeldnere som barneverntiltak enn det som er tilfelle for barnehage, men det har vært en sterk økning i bruken av tiltaket fra 2002 til 2004, nesten en tredobling når det gjelder hvor mange som brukte tiltaket i løpet av året. Det har vært en økning både i nye barn som bruker tiltaket (innsidens) og i antallet som bruker det på et gitt tidspunkt (punktprevalens). Selv om vi i de to tiltaksformene barnehage og SFO har ulike aldersgrupper, observerer vi at blant dem som har SFO som barneverntiltak, er det en vesentlig andel (15- 20 prosent) som hadde dette tiltaket som omsorgstiltak. Sammenliknet med dette fant vi at drøye 10 prosent av dem som hadde barnehage som tiltak, hadde dette tiltaket som omsorgstiltak i perioden 2002-2004.

Også med hensyn til SFO som barneverntiltak er det lite forskning, og ingen forskning vedrørende effekter når det gjelder bruk av dette tiltaket på barnas eller familienes situasjon. Et arbeid som er av evaluerende art konkluderer med at prosjektet FOSFOR i Bergen ikke bidro vesentlig til å styrke individuelt forebyggende barnevern i SFO-sammenheng. Det virket ikke på de forskerne som undersøkte dette tiltaket, som at SFO er tenkt brukt som et eget hjelpetiltak som barnevernet er bekymret for. Prosjektet hadde heller ikke bidratt til økt tverretattlig samhandling og koordinering rundt enkeltbarn. Selv lederen av SFO var svært lite informert om bakgrunnen og begrunnelsen for de barna som hadde SFO som hjelpetiltak fra barnevernet (Iversen & Rød 1996:16-17).

Denne undersøkelsen er blitt en del år gammel, og forhold kan ha endret seg i med hensyn til tverretattlig samhandling og koordinering. Men vi vet lite om dette både i den kommunen som her ble undersøkt og i andre områder. Det er behov for mer og nyere forskning med hensyn til bruk av SFO som barneverntiltak, i og med at man har hatt en vesentlig økning i bruken av dette tiltaket.

### 4.5.3 Fritidsaktiviteter

Barneverntjenesten yter enkelte ganger også hjelp slik at barn og unge skal få anledning til å drive med fritidsaktiviteter. Ofte har familiens økonomi hindret slike aktiviteter tidligere. Ved utgangen av 2004 fikk 1 995 barn og unge slik hjelp. Om lag halvparten av disse var i aldersgruppen 6-12 år. Dessuten fikk nær 830 i aldersgruppen 13-17 år også slik hjelp. Nesten 120 av dem som fikk slik hjelp var i alderen 18-22 år.

Ved utgangen av 2003 fikk litt færre barn og unge, dette året om lag 1 800, hjelp til fritidsaktiviteter som barneverntiltak.

Året før var tallet enda litt høyere enn både i 2003 og 2004. Ved utgangen av 2002 fikk 2 065 barn og unge slik hjelp. Vel halvparten av disse var i aldersgruppen 6-12 år. Dessuten fikk nær 700 i aldersgruppen 13-17 år også slik hjelp. Nesten 90 av dem som fikk slik hjelp var i alderen 18-22 år. Alle disse tre årene har det vært en satsing særlig på aldersgruppen 6-12 år, uten at verken 13-17 åringene eller 18-22 åringene er uteglemt.

I tabell 4.7 framgår hvor mange av barn og unge som hadde fritidsaktiviteter som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller som både hjelpe- og omsorgstiltak *i løpet av året*.

Tabell 4.7 *Antall barn og unge som har fritidsaktiviteter som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgstiltak	Som både hjelpe- og omsorgstiltak
2002	3.962	3.499	444	19
2003	3.771	3.388	371	12
2004	3.849	3.499	319	31

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern

I underkant av 4.000 barn og unge fikk fritidsaktivitet som hjelpetiltak hvert av årene 2002-2004. Andelen barn og unge, som fikk fritidsaktiviteter som rent hjelpetiltak i prosent av dem som fikk tiltaket i det hele tatt, økte fra vel 88 prosent i 2002 til om lag 91 prosent i 2004.

## 4.6 Hjelp til bolig, utdanning og arbeid

### 4.6.1 Hjelp til bolig

Langt færre tiltak ble kategorisert under hjelp til bolig eller hybel sammenliknet med de typene av barneverntiltak vi har drøftet over.

Ved utgangen av 2004 sto 558 unge oppført med tiltaket hjelp til bolig/hybel (Statistisk sentralbyrå 2005a).

Ved utgangen av 2002 sto 402 unge oppført med dette tiltaket (Statistisk sentralbyrå 2003).

Tabell 4.8 *Antall unge som har hjelp til bolig/hybel som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgstiltak	Som både hjelpe- og omsorgstiltak
2002	644	602	33	9
2003	833	790	38	5
2004	988	937	16	15

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern

I løpet av året ble nær 650 unge hjulpet med dette tiltaket i 2002, mens tallet hadde økt til vel 830 i løpet av 2003 og nær 990 i løpet av 2004. De aller fleste hadde dette tiltaket som et hjelpetiltak. Kun ca 5 prosent hadde tiltaket som omsorgstiltak i 2002 og 2003. En enda lavere andel av brukerne av tiltaket hadde det som omsorgstiltak i 2004.

Denne typen av hjelpetiltak er ofte dyre for den enkelte kommune. I den seinere tid (2005) er det vist at blant annet denne typen av tiltak i en del sammenhenger inngår i hjemmebaserte tiltak som får statlig støtte av de regionale fagteamene i barnevernet (Gautun 2005:25).

## 4.6.2 Hjelp til utdanning og arbeid

Ved utgangen av 2004 hadde 272 unge hjelp til utdanning eller arbeid som barneverntiltak.

Dette var noe flere enn ved utgangen av 2003, da var det registrert 232 unge med slike tiltak.

Tabell 4.9 *Antall unge som har hjelp til utdanning/arbeid som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgstiltak	Som både hjelpe- og omsorgstiltak
2002	428	325	98	5
2003	447	334	106	7
2004	543	400	125	18

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern

I løpet av 2002 fikk nær 430 unge dette tiltaket. Året etter var tallet økt til nær 450 (i løpet av 2003). I løpet av 2004 fikk nesten 550 unge dette tiltaket. Av dem som fikk tiltaket var det vel 75 prosent fikk det som hjelpetiltak alle tre årene.

## 4.7 Foreldre-/barnplasser (inkludert mødre-hjem)

En del plasseringer i barneverntjenesten foregår med barn og en eller begge foreldre sammen, for eksempel i mødre-hjem. Tiltaket sank noe i utbredelse fra 2002 til 2003, men har så økt igjen i utbredelse fra 2003 til 2004 til et nivå over 2002-nivået.

Tabell 4.10 *Antall barn som har foreldre-/barnplasser som barneverntiltak. Fordeling på henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgstiltak	Som både hjelpe- og omsorgstiltak
2002	399	376	21	2
2003	372	372	10	-
2004	428	417	9	2

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern

De aller fleste fikk tiltaket som hjelpetiltak i 2003 og i 2004. I 2002 ble plasseringen foretatt litt oftere som omsorgstiltak, men også dette året var det en svært lav andel som ble omsorgsplassert i slike tiltak,

## 4.8 Poliklinisk barne- og ungdomspsykiatrisk behandling

Ved utgangen av 2004 hadde 288 barn og poliklinisk barne- og ungdomspsykiatrisk behandling som barneverntiltak.

Dette var liten endring sammenliknet med utgangen av 2003. På det tidspunkt var 273 barn og unge registrert med slik behandling som barneverntiltak.

Ved utgangen av 2002 var 700 barn og unge registrert med poliklinisk barne- og ungdomspsykiatrisk behandling som barneverntiltak. 350 av disse barn og unge var i alderen 6-12 år, og 238 barn i alderen 13-17 år. Hva som er årsaken til disse svært store forskjellene på tallene fra 2002 sammenliknet med 2003-2004 er vi ikke kjent med<sup>18</sup>.

Også blant dem som har fått behandling i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk som barneverntiltak *i løpet av året* har det skjedd en tilsvarende nedgang.

<sup>18</sup> Fra SSBs side vektlegges at det kan ha sammenheng med omleggingen av statistikken i 2002, hvor man fikk flere kategorier av tiltak (tallet økte fra 23 til 26). Samtidig kan det ha skjedd forskyvninger i forhold til Annet-kategorien som var stor både i 2001 og 2002 og er blitt enda større siden. Man er ikke kjent med endringer i barnevernets praksis. Endringene i tallgrunnlaget kan bero på problemer i statistikkgrunnlaget/utfyllingen her og man må tolke tallene med varsomhet.

Tabell 4.11 *Antall barn og unge som har barne- og ungdoms-psykiatrisk poliklinikkbehandling som barneverntiltak. Fordeling på henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgstiltak	Som både hjelpe- og omsorgstiltak
2002	1.070	1.011	45	14
2003	457	418	32	7
2004	456	412	35	9

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern

I løpet av 2004 hadde 456 barn og unge hatt barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikkbehandling. Vel 320 av disse var i alderen 13-17 år. Barn og unge som hadde barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk som barneverntiltak hadde i noe høyere grad enn andre barn i barneverntiltak også medisinsk undersøkelse og behandling avkrysset som tiltak i 2003. Men det var langt fra de fleste som hadde dette. De fleste barna som hadde disse to tiltakene var i separate grupper. Det var en viss sammenheng også mellom barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk som hjelpetiltak og avkrysning i kategorien behandling av barn med særlige behandlings- og opplæringsbehov. Men også behandling ved særlige opplæringsbehov gjaldt stort sett en annen gruppe av barn enn dem som fikk hjelp i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk.

I løpet av 2003 hadde også rundt 460 barn og unge fått slik behandling. Aldersfordelingen dette året var om lag som i 2004.

I løpet av 2002 hadde om lag 1 070 barn og unge fått barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikkbehandling. Nesten 500 av disse var i alderen 6-12 år og nesten 470 var i alderen 13-17 år.

Langt de fleste fikk tiltaket som hjelpetiltak både i 2002 og i 2003. Under 10 prosent av dem som fikk tiltaket som barneverntiltak i 2003 hadde det som omsorgstiltak.

Hva som eventuelt er årsaken til at barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikkbehandling gis så mye sjeldnere som barneverntiltak til aldersgruppen 6-12 år f.o.m. 2003 er vi ikke kjent med. Nedgangen



kan bero på problemer/feil i statistikken enten i 2002 eller i 2003/2004, eller evt. alle tre årene<sup>19</sup>.

Det foreligger en del forskning vedrørende barn og unge i barnevern-tiltak som også får barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikktilbud (Nygren 2000; Eidheim 2001; Kristofersen 2004; Haaland 2005). Vi viser vi til avsnitt 7.1.3 Samarbeid barnevern og BUP i kapittel 7 for en nærmere omtale av disse spørsmålene.

## 4.9 Andre tiltak i hjemmet

### 4.9.1 Medisinsk undersøkelse og behandling<sup>20</sup>

Ved utgangen av 2004 hadde 397 barn og unge medisinsk undersøkelse og behandling som barneverntiltak.

Også dette var høyere tall enn ved utgangen av 2003. På det tidspunkt var 357 barn og unge registrert med medisinsk undersøkelse og behandling som barneverntiltak.

---

<sup>19</sup> Men hvorfor endring eller feilproblemer særlig skulle oppstå i aldersgruppen 6-12 år, er verken vi eller hovedansvarlig for barnevernstatistikken i SSB kjent med. SSB var ikke kjent med dette på forhånd, men advarte mot tolkning av disse tallene som uttrykk for reelle endringer (synspunkt fra en rådgiver med hovedansvar for barnevernstatistikken i SSB, i tlf 19/1-06). Tallene fra 2002 stemmer trolig langt bedre med tallene om barnevernstatus i statistikken for klienter i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, jfr. NIBR-notat om barne- og ungdomspsykiatri og barnevern 2004 (Kristofersen 2004). Medlemmer av referansegruppen for det foreliggende prosjektet (Kunnskapsstatus om hjelpetiltak i barnevernet) er kjent med at det godt kan tas kontakt med barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk fra barnevernets side, og at barnet eventuelt får behandling i BUP, uten at dette føres som et hjelpetiltak i barnets barnevernjournal eller i barnevernstatistikken. Men om, og eventuelt hvorfor, praksis med hensyn på å føre dette som hjelpetiltak i statistikken skulle ha endret seg, er man ukjente med.

<sup>20</sup> Dette tiltaket er ikke et hjelpetiltak etter barnevernlovens § 4-4, men et tiltak etter § 4-10, og i følge lovteksten *kan* vedtak om dette fattes i fylkesnemnda. Vi viser likevel omfanget av det fordi det i SSBs statistikk framstår i oversikter sammen med de øvrige hjelpetiltakene etter § 4-4, og fordi dette tiltaket i statistikkammenheng også oftest oppgis å være gitt som "hjelpetiltak".

Tabell 4.12 *Antall barn og unge som har medisinsk undersøkelse/-behandling som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgstiltak	Som både hjelpe- og omsorgstiltak
2002	546	374	161	11
2003	664	464	193	7
2004	751	482	258	11

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern

I løpet av 2002 hadde nær 550 barn og unge fått medisinsk undersøkelse og behandling som barneverntiltak. Året etter var det tilsvarende tallet vel 660, og i løpet av 2004 vel 750. Dette er en vesentlig prosentvis økning over disse tre årene. Som det framgår av tabell 4.10 var det en også en vesentlig andel som fikk dette tiltaket som omsorgstiltak de respektive årene sammenliknet med mange av tiltakene vi har studert tidligere i denne rapporten. Det var særlig en økning i tallet barn og unge som fikk tiltaket som hjelpetiltak fra 2002 til 2003, selv om tallet på dem som fikk det som omsorgstiltak også økte noe. Men fra 2003 til 2004 skjedde særlig en økning i tallet på barn og unge som hadde tiltaket som omsorgstiltak. Svært få hadde tiltaket som både hjelpe- og omsorgstiltak i løpet av de respektive årene.

#### 4.9.2 Barn med særlige opplæringsbehov<sup>21</sup>

Ved siden av ren medisinsk undersøkelse og behandling finner vi i barnevernstatistikken en kategori som heter "behandling av barn med særlige behandlings- og opplæringsbehov". Her finner vi ofte funksjonshemmede barn som trenger egne tiltak, ofte samarbeider her barnevernet med rehabiliteringstjenesten, skole og/eller pedagogisk psykologisk tjeneste.

Ved utgangen av 2004 hadde 125 barn og unge denne formen for barneverntiltak. Vel 50 av disse barna var i alderen 6-12 år, og vel 50 var i alderen 13-17 år.

<sup>21</sup> Dette tiltaket er ikke et hjelpetiltak etter barnevernlovens § 4-4, men et tiltak etter § 4-11, i følge lovteksten *kan* vedtak om dette fattes i fylkesnemnda. Vi viser likevel omfanget av det fordi det i SSBs statistikk framstår i oversikter sammen med de øvrige hjelpetiltakene etter § 4-4, og fordi dette tiltaket i statistikkammenheng også oftest oppgis å være gitt som "hjelpetiltak".

Ved utgangen av 2003 hadde noen flere barn og unge, i alt 141, dette tiltaket. Ved utgangen av 2002 hadde 149 barn og unge barneverntiltak på grunn av særlige opplæringsbehov. Tiltaksformen har altså vist en nedgang i utbredelse de seinere år. Både i 2003 og i 2002 lå tyngden dessuten mer mot aldersgruppen 13-17 år enn den gjorde i 2004. Det er altså særlig tenåringene som i mindre grad fikk dette tiltaket i 2004 sammenliknet med de to foregående årene.

Tabell 4.13 *Antall barn og unge som har tiltak pga. særlige opplæringsbehov. Fordeling på henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgstiltak	Som både hjelpe- og omsorgstiltak
2002	286	218	65	3
2003	247	196	49	2
2004	225	179	44	2

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern

I tabell 4.11 framgår at nesten 290 barn hadde dette tiltaket i løpet av 2002 og nesten 250 hadde det i løpet av 2003. Bruken av tiltaket sank også noe til 2004, da hadde 225 fått tiltaket i løpet av året. En overveiende del, nær 80 prosent av dem som fikk tiltaket, hadde det som hjelpetiltak i 2003. En litt lavere andel hadde tiltaket som hjelpetiltak i 2002 og 2004.

### 4.9.3 Forskning om andre typer av tiltak i hjemmet i Norge

Barneverntjenesten utfører også andre tiltak i hjemmet – i tillegg til dem vi har presentert data for og forskning om i avsnittene ovenfor.

Bunkholdt og Sandbæk drøfter flere konkrete hjelpetiltak i hjemmet: *Home Start - Familiekontakten*, *MISC (More Intelligent Sensitive Child)* – og *Orionmetoden* (en forløper for Marte Meo). (Bunkholdt & Sandbæk 2005). Home Start finnes som et etablert tilbud i Trondheim. Kort beskrevet er dette ”en bank” av ufaglærte personer som har fått

sin opplæring gjennom Home Start. De gir en avgrenset periode praktisk og emosjonell støtte til småbarnsfamilier<sup>22</sup>.

FAFO/NOVA har et norsk forskningsprosjekt som løpet parallelt med dette NIBR-prosjektet. De søker blant annet å finne ut mer om hvilke hjelpetiltak som benyttes ut over dem som er kjent i statistikk og publiserte undersøkelser. Undersøkelsen benytter flere metoder i dette arbeidet, blant annet tilgjengelig statistikk, intervjuer og spørreskjema.

NIBR utfører prosjektet Kunnskapsinnhenting om flerkulturelt arbeid i barnevernet. Prosjektet vil kunne gi viktige bidrag når det gjelder forståelsen av barnevernets kontakt med barn og unge fra etniske minoritetsfamilier. Man undersøker hva som faktisk finnes av metoder, verktøy og tiltak i Norge og i land med strukturelle likheter med Norge. Studien vil bl.a. skille analytisk mellom bruken av "vanlige tiltak" på innvandrere-case og bruken av tiltak spesialutviklet for innvandrere med ikke-vestlig bakgrunn. Dette prosjektet vil bli ferdigstilt rundt årsskiftet 2006-2007.

#### 4.9.4 Utenlandsk forskning om andre typer av tiltak i hjemmet

Men også utenlands finnes en betydelig mengde typer av tiltak og prosjekter som verken kan kalles individorienterte tiltak av de typene vi har drøftet over, familieorienterte (som for eksempel MST, se kapittel 5) eller som er nærmiljøtiltak eller plasseringer utenfor hjemmet.

##### **Metastudie av ulike typer av tiltak**

Det finnes en metastudie av slike andre typer tiltak i hjemmet publisert i *Children and Youth Services Review* (Dagenais, Bégin, Bouchard, & Fortin 2004). I artikkelen er bl.a. forskning om følgende tiltak/tiltakstyper/ programmer/programtyper evaluert: Family Preservation Services, Family First, Home-Based Family Preservation, Intensive Family Preservations Services og Families. Metastudien fant 156 dokumenter angående slike studier. På basis av noen inklusjonskriterier som var satt opp analyserte man bare 38 dokumenter, relatert til 27 programmer og 10 296 informasjonsenheter (units of information) – barn eller familier.

---

<sup>22</sup> Informasjon om Home Start i Trondheim er gitt oss av Anne Lene Tjeldflåt, Barne-, ungdoms- og familieetaten, Regionkontoret, region Midt-Norge januar 2006. Vi har ikke fått brakt i erfaring om det er igangsatt forskning vedrørende dette tilbudet.

---

Forskerne bak metastudien måtte foreta de sammenliknende analysene på en annen måte enn først planlagt (fordi de var så ulike i design og rapportering). De konkluderte med at de undersøkte programmene synes å ha reelle effekter på barn og familier (Dagenais et al. 2004).

### **Specialist support teams i England**

I en artikkel gjennomgår Nina Biehal arbeidet i spesialistteam (the specialist support teams) i stedet for ordinær barneverntjeneste/sosialtjeneste<sup>23</sup> i England (Biehal 2005). Studien er en kvasi-eksperimentell undersøkelse av unge mennesker som sto i fare for å bli plassert utenfor hjemmet. Den service som ble tilbudt av spesialistteamene liknet i følge Biehal på det tilbudet som blir gitt av liknende intensive familiebevarende tjenester (intensive family preservation services IFPS i USA). Data ble innsamlet i et utvalg som besto av 209 unge i alderen 11-16 år. Blant disse var 144 henvist til spesialistteam, mens 65 mottok den vanlige barnevern-/sosialtjenesten. Spesialistteamene arbeider med å gi intensive, kortvarige forebyggende tjenester hvis viktigste mål er å hindre plassering utenfor hjemmet. Biehal hevder at det ikke finnes mye engelsk forskning når det gjelder alternative tiltak for ungdom som ellers ville blitt plassert i fosterhjem. Andre forskere støtter Biehal i dette synet. Det finnes mer britisk forskning på yngre barn som er i denne situasjonen, men forskningen er mest beskrivende. Når det gjelder ungdom, finnes det både flere typer av tiltak og mer forskning når det gjelder ungdom med mentale helseproblemer og ungdom innenfor rettssystemet. Det finnes i følge Biehal noe mer amerikansk forskning når det gjelder resultater av familiebevarende tiltak (family preservation services)(Biehal 2005:1046).

I følge Biehal hadde mange av de engelske ungdommene som inngikk i studien, alvorlige følelsesmessige og atferdsmessige vanskeligheter, og mange hadde langvarige historier av mishandling, vanskjøtsel eller tidligere plasseringer utenfor hjemmet. Ved follow-up viste mange av de som fikk begge tilbudene en vesentlig forbedring på mange av de målene som var satt opp for barnets og familiens funksjoner. Resultatene var ikke signifikant bedre for den gruppen som fikk den intensive tjenesten. Imidlertid fant man at gruppen som fikk intensive tjenester, hadde mindre sjanse til å bli plassert utenfor hjemmet. I artikkelen drøftes fordelene ved å studere både individuelle resultater og tjenestenes resultater, og betydningen av å ha med en omfattende rekke av faktorer som vedrører barnet samt systemfaktorer som vedrører tjenesten (Biehal 2005).

---

<sup>23</sup> Biehal betegner den ordinære barnevern-/sosialtjenesten slik: 'The mainstream 'service as usual' delivered by local area social work teams'.

Både de intensive og "mainstream" hjelpetjenestene viste seg å være effektive i arbeidet de gjorde med de unge som hadde alvorlige vanskeligheter og høyt hjelpebehov. Tjenestene hjalp familiene med kriseløsning ved bl.a. å gi dem strategier som kunne hjelpe dem å takle vanskelighetene deres i framtida. Mange foreldre klaget over vanskelighetene de hadde hatt med å nå fram til tjenestene innen de var i ferd med å få et familiesammenbrudd (Biehal 2005).

Vi vurderer dette som en interessant og relevant artikkel og forskningen synes å være av god kvalitet. Men det er gitt for få detaljer om hvordan disse teamene faktisk arbeider, og hvilken type innsats som gis til den enkelte ungdom/familie til at vi kan si mer om mulighetene til eventuell overføring av dette tiltaket til Norge<sup>24</sup>.

### **Ulike typer av samarbeid med helsetjenesten**

I en artikkel, *Canada's programs to prevent mental health problems in children: the research-practice gap*, gjennomgår McLennan og kolleger en del ulike programmer innen barnevern og i forhold til barns mentale helse som er benyttet i USA – med tanke på videre bruk i Canada (McLennan, MacMillan, & E 2004). Et kanadisk program, bygget på *Healthy Families America* modellen, benytter hjembesøk av trent personell. McLennan hevder at til tross for at dette programmet fikk god omtale i forskning med svake forskningsdesign, viste det kun begrenset effektivitet i randomiserte kontrollerte forsøk (RCT). McLennan gjennomgår også forskningsresultater omkring evaluering av andre programmer, og gir en del nyttige anbefalinger med hensyn til evaluering og forskning på dette feltet (McLennan et al. 2004).

Olds og medarbeidere har foretatt flere studier av i hvilken grad både hjembesøk av helsesøster og hjembesøk av annet trent personell kan ha en forebyggende effekt for problemer hos småbarn/deres familier. I den siste studien hans, *Clarifying the impact of the Nurse-Family Partnership on child maltreatment*, har han foretatt en effektstudie med randomisert utvalg (Olds, J, & H 2005).

## **4.10 Beredskapshjem**

Beredskapshjem er en type tiltak som barneverntjenesten benytter når det er behov for kortvarige plasseringer. Disse plasseringene skjer ofte akutt og gjelder som regel småbarn. Plasseringen skjer i private hjem.

---

<sup>24</sup> Dette kan eventuelt interesserte trolig finne ut mer om ved å ta kontakt med forfatteren som er forsker ved Social Work Research and Development, Universitetet i York.

De personer som stiller seg til disposisjon som beredskapshjem er som regel voksne par som selv har barn. Beredskapshjemmet blir godkjent av barneverntjenesten på forhånd. Opphold i beredskapshjem er som regel midlertidig mens barneverntjenesten eventuelt leter fram en plass til barnet i fosterhjem eller institusjon.

Ved utgangen av 2004 bodde 335 barn i beredskapshjem.

Tabell 4.14 *Antall barn som har beredskapshjem som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgstiltak	Som både hjelpe- og omsorgstiltak
2002	1.494	868	546	80
2003	1.315	759	479	77
2004	1.160	699	381	80

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern

Det har vært en viss nedgang i bruken av beredskapshjem de tre siste årene det foreligger statistikk for. Mens nesten 1.500 barn og unge var innom et beredskapshjem i 2002, var det tilsvarende tallet kun vel 1.150 i løpet av 2004. Nesten to tredjedeler av dem som fikk tiltaket, fikk det som hjelpetiltak.

Vigdis Bunkholdt hevder i en artikkel at beredskapshjem kan være en god mellomstasjon for især små barn på vei mellom biologiske foreldre og over i fosterhjem (Bunkholdt 2005b:12). Beredskapshjemmet kan gi barnevernet en utfyllende observasjon av barnet, som letter en riktigere endelig plassering i fosterhjem.

Beredskapshjem for mor og barn er en annen form for slike hjem. Denne typen beredskapshjem er beskrevet i en artikkel i Fosterhjemskontakt (Collett 2001).

Det er lite forskning på bruk av beredskapshjem ut over den rent beskrivende, og vi har ikke funnet noen effektstudier i Norden.

## 4.11 Fosterhjem

Fosterhjem defineres i følge Bunkholdt og Sandbæks bok *Praktisk barnevernsarbeid*, som private hjem som tar imot barn til oppfostring på grunnlag av barneverntjenestens beslutning. Barneverntjenesten

skal, i følge de samme forfatterne, velge personer som fosterforeldre som har særlig evne til å gi barn et trygt og godt hjem, og som kan løse oppfostringsoppgavene i samsvar med de forutsetningene som er lagt til grunn for plasseringen (Bunkholdt & Sandbæk 2005:207). Det er kommunen der fosterhjemmet ligger som har ansvaret for godkjenning og tilsyn av hjemmet etter barnevernlovens § 4-22. Fosterhjemsplassering kan foreslås og vedtas av den kommunale barneverntjenesten der barnet bor med hjemmel i barnevernlovens § 4-4 5.ledd (plassering som frivillig hjelpetiltak) eller foreslås med hjemmel i § 4-12 (fosterhjem som omsorgstiltak). Det siste krever behandling i fylkesnemnd for å kunne bli iverksatt.

Fosterhjemmene kan inndeles i ulike typer, og dette gjenspeiles i den offisielle norske barnevernstatistikken. Fire typer som er mye benyttet er: Ordinært fosterhjem, familiefosterhjem, forsterket fosterhjem og forsterket familiefosterhjem.

#### 4.11.1 Ordinært fosterhjem

Den vanligste formen for fosterhjem er de såkalte ordinære eller tradisjonelle fosterhjemmene. Her finner barneverntjenesten fosterforeldre som vurderes som særlig egnet, men som ikke er i slekt med barnet og som heller ikke nødvendigvis kjenner barnet på forhånd.

Barneverntjenesten og fosterforeldrene skal inngå skriftlig avtale om fosterforeldrenes og barneverntjenestens plikter og rettigheter. Barneverntjenesten plikter å gi fosterforeldrene nødvendig råd og veiledning. Det skal også oppnevnes en særskilt tilsynsfører for barnet (dette er lovfestet, jfr. § 4-22, fjerde ledd) (Bunkholdt & Sandbæk 2005:207).

Tabell 4.15 *Antall barn og unge som har ordinært fosterhjem som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgstiltak	Som både hjelpe- og omsorgstiltak
2002	4.322	1.240	2.904	178
2003	4.528	1.395	2.942	191
2004	4.523	1.374	2.915	233

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern



Antallet barn og unge som har vært i ordinært fosterhjem de siste årene har fra å ligge på om lag 4.300 i løpet av 2002, stabilisert seg på vel 4.500 både i 2003 og 2004. Flertallet var plassert i fosterhjem som omsorgstiltak, dette gjaldt vel 2.900 hvert av årene. Nær 1.400 hadde fosterhjem som hjelpetiltak i løpet av 2004. Vel 230 hadde fosterhjem som både hjelpe- og omsorgstiltak i løpet av 2004.

Det har blitt utført langt mer forskning angående fosterhjem og institusjoner enn av de fleste andre former for hjelpetiltak. Dette gjelder både beskrivende analyser av fosterhjemstiltakene, analyser av deres effekter, longitudinelle studier av barn og unge som har vært i fosterhjem mv. Dette synes å gjelde i alle de landene vi har studert litteratur fra, men særlig gjelder dette Norge, Norden for øvrig, Storbritannia og USA. Nedenfor beskriver vi først omfanget av andre former for fosterhjemstiltak her i landet (familiefosterhjem, forsterket fosterhjem utenom familien og forsterket fosterhjem som er familiebasert). Deretter beskrives en del av forskningsresultatene om fosterhjem samlet.

#### 4.11.2 Familiefosterhjem

De seinere årene har det vært en viss økning i familiefosterhjem. Man benytter i slike tilfelle slektninger (tanter, onkler mv) som barnet har en tilknytning til på forhånd, som fosterforeldre.

Tabell 4.16 *Antall barn og unge som har familiefosterhjem som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgstiltak	Som både hjelpe- og omsorgstiltak
2002	1.613	755	806	52
2003	1.662	830	762	70
2004	1.708	868	753	87

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern

Som det framgår av tabell 4.16 var det i 2002 litt flere som fikk plassering i familiefosterhjem som omsorgstiltak enn som hjelpetiltak. Men i 2003 snudde denne tendensen, og flere fikk i stedet tiltaket som hjelpetiltak. Denne nye trenden ble ytterligere litt forsterket i 2004.

Amy Holtan publisert forskningsresultater angående barn som kom i fosterhjem i egen slekt (Holtan 2002). Holtan har intervjuet både barn,

foreldre og fosterforeldre om deres situasjon, i tillegg har en del av fosterforeldrene svart på spørreskjemaer. Dette, sammen med praksis fra feltet, ligger til grunn for hennes analyser. Avhandlingen hennes gir dybdekunnskap om slektsfosterhjem. I følge Holtan har barnevernet, både nasjonalt og internasjonalt, vært tilbakeholdne med å plassere barn hos slekt. Holtan finner ikke støtte for generell skepsis til slektsplasseringer gjennom sine analyser, men finner tvert i mot mye positivt. Slektsfosterhjem har etter Holtans mening trekk som integrerer barnet i samfunnet i form av tilhørighet til familie og slekt. Hun mener likevel det er viktig å analysere barnets og plasseringens historie for en kan konkludere med hva som er det beste alternativet for barnet i det enkelte tilfelle (Holtan 2002:243)

Holtan gir som en av sine anbefalinger at det er behov for å utvikle andre modeller for samarbeid mellom barnevern og fosterfamilie enn man har "nå" (avhandlingen ble skrevet i 2002). Fosterforeldrene må etter hennes syn få større myndighet enn de har, samtidig som barnevernet stiller seg i posisjon for å yte hjelp (Holtan 2002:240). Hun peker og på de spesielle utfordringer man har ved slektsplasseringer med hensyn til å følge opp den av foreldrene som ikke er i slekt med fosterforeldrene (ofte far). Dette er særlig viktig der denne forelderen er sentral for barnet (Holtan 2002:241). Hun mener og at en bør hente erfaringer fra arbeidslivet når det gjelder teambygging. I dag jobbes mye med å skolere fosterforeldrene. Holtan mener at også foreldrene bør få mer skolering og at man i større grad må tilrettelegge for alliansebygging mellom foreldre og fosterforeldre (Holtan 2002:241).

Holtan gir også anbefalinger med hensyn til videre forskning om slektsfosterhjem. Den foreliggende studien gir etter hennes syn et grunnlag til å differensiere slektsfosterhjemmene, en differensiering andre studier eventuelt kan bygge videre på. Det er behov for videre forskning både når det gjelder måling av effekt av ulike typer fosterhjem (Holtan kan i liten grad si noe om dette) og i studier av andre forhold ved livet i fosterhjemmet. Hun mener og det er grunn til å utforske slektsfosterhjem ved hjelp av longitudinelle studier (Holtan 2002:242). Hun peker selv på at hennes studie har for få eldre barn. Holtans studie er avgrenset til barn i alderen 4 - 12 år. Det er behov for forskning om barn som er eldre når de flytter til slekt, om barn som har opplevd flere brudd, forskning om barnas søsken og om deres fedre (Holtan 2002:242).

### 4.11.3 Forsterket fosterhjem

I enkelte saker foreslår barneverntjenesten bruk av såkalt forsterket fosterhjem. Dette er i saker hvor barnet i større grad trenger en av fosterforeldrene hjemme enn det som er tilfellet i vanlige fosterhjems plasseringer. Den ene fosterforelder har da en bakgrunn (som regel i form av utdanning som for eksempel førskolelærer, lærer, sykepleier el.l.) som gjør at vedkommende kan ta seg spesielt av barnets behov. Forsterket fosterhjem gir også betydelig større godtgjørelse fra barneverntjenesten enn de utgifter som blir dekket i ordinært fosterhjem. Forsterket fosterhjem skal også innebære nærmere dialog og veiledning fra barneverntjenesten for den av fosterforeldrene som har spesielle funksjoner vis a vis fosterbarnet.

#### Forsterket fosterhjem utenom familien

Som vi ser av tabell 4.16 var det en viss økning i bruk av forsterkede fosterhjem utenom familien i perioden, fra vel 2.000 barn som fikk dette tiltaket i løpet av 2002 til vel 2.300 i løpet av 2004.

Tabell 4.17 *Antall barn og unge som har forsterket fosterhjem utenom familien som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgstiltak	Som både hjelpe- og omsorgstiltak
2002	2.075	364	1.671	40
2003	2.185	364	1.752	69
2004	2.319	433	1.808	78

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern

En betydelig andel av tiltakene ble gitt som omsorgstiltak alle årene. I underkant av 20 prosent fikk tiltaket som rent omsorgstiltak. Det var en liten økning fra 2003 til 2004 i antallet barn og unge som fikk tiltaket som hjelpetiltak.

#### Familieplassing

Noen barn er plassert i forsterkede fosterhjem som en familieplassing, men dette er langt færre enn dem som er plassert i ordinære forsterkede fosterhjem.

Tabell 4.18 *Antall barn og unge som har forsterket fosterhjem i familien som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgstiltak	Som både hjelpe- og omsorgstiltak
2002	188	80	100	8
2003	254	82	161	11
2004	307	98	204	5

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern

I løpet av 2002 ble nær 190 barn og unge plassert i slike fosterhjem. Også tallet på plasseringer i denne typen av fosterhjem viste en økning i perioden. I løpet av 2004 var vel 300 barn og unge i denne typen av fosterhjem. De fleste barn og unge var plassert i denne typen av fosterhjem som omsorgstiltak. Men andelen som var plassert her som hjelpetiltak, var om lag 30 prosent. Dette var en høyere andel enn det vi så for plasseringer som hjelpetiltak i ordinære forsterkede fosterhjem.

#### 4.11.4 Forskning om fosterhjem generelt

Fra norsk forskning har Havik analysert et materiale om hvordan det gikk med barn som ble plasserte utenfor hjemmet som hjelpetiltak (Havik 2004). Materialet er hentet fra en undersøkelse av Havik og Andenæs. Fra 1992 til rundt år 2000 skjedde en stadig større andel av plasseringene i fosterhjem som hjelpetiltak. Det mest vesentlige kjennetegnet ved plasseringer som hjelpetiltak er i følge Havik at foreldrene beholder omsorgsansvaret for barnet. Det betyr at fosterforeldrene overtar det daglige omsorgsansvaret på vegne av foreldrene og ikke på vegne av barnevernet. Undersøkelsen følger 109 barn i alderen 6-12 år som ble plassert utenfor hjemmet i perioden høsten 1998 til nyttår 1999 (både i fosterhjem og institusjoner). Barna og foreldrene deres ble intervjuet av fagpersonell straks etter at plasseringen hadde skjedd. Saksbehandlere i barneverntjenesten, klasselærere og barnas nye omsorgspersoner fylte ut spørreskjema. Saksbehandlere i barnevernet ble i tillegg intervjuet i telefon i forbindelse med første plassering, og de ble intervjuet igjen om barnets situasjon et drøyt år etter. Artikkelen er beskrivende med hensyn på hvordan det gikk med barna det første drøye året og viser ikke om man har foretatt en effektstudie. Men Havik drøfter hva som kjennetegnet hjelpeplasseringene. Hun hevder de var meget ulike, både når det gjaldt hva som utløste plasseringen, hvem som tok

initiativet til den og hvor lenge den var tenkt å vare. I mange av sakene hadde barna hatt hjelpetiltak i hjemmet før plasseringene, i gjennomsnitt hadde disse hjelpetiltakene vart i tre år før barnet ble plassert utenfor hjemmet (Havik 2004:30-32).

En annen artikkel presenterer funn fra "Barn og forskning underveis - resultater og perspektiver fra en undersøkelse om barn som blir plassert utenfor hjemmet" (Andenæs et al. 2003). Her drøftes flere typer av plasseringer utenfor hjemmet (fosterhjem, bup-institusjoner, bokollektiv, barne- og ungdomshjem).

I Sverige har Bo Vinnerljung, alene og i samarbeid med andre forskere, analysert barn og unge som har vært i ulike typer av fosterhjem. Han har både sammenliknet barn i fosterhjem med barn og unge generelt og sammenliknet fosterbarn med barn og unge som har vært i andre former for hjelpetiltak (Vinnerljung 1996a; Vinnerljung 1997; Vinnerljung & Ribe 2001; Vinnerljung 2006). Barn som har vært i fosterhjem kommer dårligere ut enn andre barn med hensyn til flere forhold. Man kan ikke si i hvilken grad det er fosterhjemsoppholdet i seg selv eller problemer barnet hadde før det kom i fosterhjem som er mest utslagsgivende for de økte problemene mange unge som er tidligere fosterbarn har i forhold til andre unge. Det gjelder høyere dødelighet, særlig selvmordsdødelighet; høyere psykiatrisk sykелighet, høyere risiko for å bli tenåringsforeldre, lavere utdanningsnivå, høyere risiko for å miste sin mor eller mor og far ved død.

Vinnerljung har også skrevet en kunnskapsoversikt over svensk forskning om barn i fosterhjem (Vinnerljung 1996c). Både i Sverige og i andre land har man vist stor interesse for langtidseffekter av fosterhjemstiltak, ved bl.a. å stille spørsmål forskningsmessig om hvordan det går med fosterbarna i voksenlivet (Vinnerljung 1996c:2). Men Vinnerljung stiller også flere spørsmål om fosterhjem som tiltak:

- Omfanget av fosterhjemstiltak i Sverige
  - Referat av svenske forskning om fosterbarn
  - Foreldrene
  - Gjenforening og stabilitet
  - Fosterbarna
  - Fosterforeldrene
  - Sosialarbeiderne/sosialtjenesten (svenskene håndterer det arbeidet vi forbinder med barneverntjenesten innenfor socialtjänsten)
  - "Consumer research"
- (Vinnerljung 1996c:11-12).

Vinnerljung viser også til resultater om forskning når det gjelder korttidsopphold i fosterhjem, dette kommer nærmest vår problemstilling om fosterhjem som hjelpetiltak. Han justerer tallene sine fra å gjelde en spesifikk periode (trolig med noe lavere omsorgstall) til å omtale svenske tall mer generelt, og påstår da at i Sverige vil anslagsvis 3-4 prosent av populasjonen ha erfaring fra fosterhjem og 4-5 prosent fra døgnomsorg mer generelt. Færre barn hadde vært i langtidsomsorg. Blant dem som var født i 1972-74 hadde om lag en tredel av dem med erfaring fra offentlig omsorg, vært i omsorg fem år eller mer (Vinnerljung 1996b:200-203).

Socialstyrelsen i Sverige har hatt en egen seminarserie om Effekter for brukeren. Seminarserien ble gjennomført innenfor rammen av prosjektet ”Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten” (Socialstyrelsen 2003). Et av prosjektets oppgaver var å fremme kunnskaper om sosialtjenestens resultater og effekter for brukerne. Formålet var å arbeide for å framskaffe en sosialtjeneste som bygger på vitenskap og erfaring gjennom empiri, men også å bidra til en profesjonalisering av sosialtjenestens tiltak. Dette skjer blant annet gjennom at et instrument for systematisk bedømming av brukernes behov diskuteres og vurderes. Det var viktig at tiltakene for utsatte barn og unge medfører at de får samme muligheter som andre, for eksempel til skole og utdanning. Men i et lengre perspektiv kan de ønskete resultatene også være at den enkelte blir selvstendig og kan fatte egne beslutninger. Evalueringsinstrumentet BBIC, *Barns behov i centrum*, kommer fra England og er et standardisert intervjukjema som blir anvendt ved utredning, planlegging og oppfølging i barneverntjenesten (den sociala barnvården). BBIC er inspirert av Looking After Children System (LACS) og Framework Assessment of Children in Need and their Families. Det bærende prinsippet i LACS er at sosialtjenesten må kunne vise at den omsorg/behandling som samfunnet tilbyr er bedre enn den omsorg barnet fikk i sin oppvekstfamilie. I Sverige pågikk et forsøk med BBIC i samarbeid mellom Socialstyrelsen og sju svenske kommuner/kommunedeler 1999-2003. BBIC fokuserer på sju behovsområder som opprinnelig bygger på forskning i England: Helse, utdanning, identitet, familie og sosiale relasjoner, sosial fremtreden, følelsesmessig og atferdsmessig utvikling og evne til å klare seg selv. BBIC har vært forsøkt både i forhold til tiltakene fosterhjem, institusjoner og besøkshjem, muligens også i forhold til andre barneverntiltak (Socialstyrelsen 2003)<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup> Jevnfør kapittel 3 om svenske erfaringer, som til dels er publisert etter at vi avsluttet våre ordinære litteratursøk.

I Danmark har det også blitt utført mye forskning om barn og unge i fosterhjem. Tine Egelund og Anne-Dorthe Hestbæk har dessuten skrevet en forskningsoversikt over barn og unge som blir plassert utenfor hjemmet (Egelund & Hestbæk 2003). Oversikten omfatter primært forskning fra både Danmark, Norge, Sverige og Storbritannia.

Deres litteratursøk frambragte vel 1.740 titler. 862 titler ble skilt ut som mindre relevante. I alt ble 650 titler lest og registrert som en del av forskningsoversikten deres (Egelund & Hestbæk 2003:41).

Egelund og Hestbæk har blant annet sett på effekten av plasseringene for barna. Enkelte studier har undersøkt virkninger både under og etter anbringelsene som bl.a. forekom både i familiefosterhjem<sup>26</sup> og i lukkede institusjoner.

De fleste plasseringene i Danmark er også frivillige (som i Norge). 91 prosent av plasseringene i 2001 var frivillige, kun 9 prosent skjedde med tvang (Egelund & Hestbæk 2003:13). 46 % av barna ble anbrakt i fosterhjem (familiepleje), 24 % på døgninstitusjon og 16 % i det danske benevner som ”oppholdssteder”. Resten plasseres (av sosial- eller barneverntjenesten etter Serviceloven) på kost- og etterskoler, i eget værelse, i skipsprosjekter eller i sykehus. Dermed kan for så vidt plasseringer i Danmark sammenliknes med mange av plasseringene i Norge (når man i Norge bruker § 4-4 5. ledd ved plasseringer i fosterhjem eller institusjon, er dette frivillige plasseringer – og plasseringene skjer som hjelpetiltak). I tillegg er varigheten av plasseringene i andre land av interesse. I Norge har vi bestemmelser om at plasseringer som skjer utenfor hjemmet skal inn for fylkesnemnda hvis de varer ved. Særlig for yngre barn skal saken opp i fylkesnemnd (og omsorgs- eller atferdstiltak besluttes) før plasseringen har vart for lenge. De danske plasseringene, som er omtalt i en egen del av publikasjonen, har også ulike varigheter.

Egelund og Hestbæk går gjennom et større antall effektstudier. De går først gjennom hvilke typer av effektstudier som finnes på dette feltet: Randomiserte kontrollerte forsøk, kvasiek eksperimenter, longitudinelle prospektive studier, etterundersøkelser (follow-up studier), store epidemiologiske studier, spesifikke sammenbruddsstudier (sammenbrudd i plasseringer utenfor hjemmet), egne ”Leaving care studier” (Storbritannia har flere slike). De nevner også brukerundersøkelser spesielt.

---

<sup>26</sup> Danskene omtaler dette som ”familieplejeanbringelse hos barnets egen slægt”.

Videre spesifiserer de ulike typer av undersøkelser etter hvilke typer av plassering/anbringelser de har undersøkt, forskjellige anbringelsesformer, forskjellige problemfiler (plassering pga foreldrenes situasjon, eller fordi barnet har alvorlige psykiske eller atferdsmessige vanskeligheter), ulikheter i alder ved plasseringen og forskjellige varigheter av plasseringene. Dessuten skiller de mellom undersøkelser på bakgrunn av at de har forskjellige måter å måle utfall på. Til slutt skiller de også mellom undersøkelser ut fra om de forsøker å måle effekter underveis, eller bare i ettertid.

Mange av undersøkelsene tar imidlertid for seg barn som er anbrakt en svært stor del av sin oppvekst, og færre av studiene er derfor relevante for vårt formål – plasseringer som hjelpetiltak (som bør være kortvarige – selv om de nok i realiteten ikke alltid er dette). Sammenfattende skriver Egelund og Hestbæk at man med entydighet kan si at barn som tidligere var plasserte utenfor hjemmet (anbragte børn) som unge voksne sosialt blir en uforholdsmessig dårlig stillet gruppe. Tendensen er entydig i metodologisk velgjennomførte effektstudier uansett hvilket utfallsmål den enkelte undersøkelse interesserer seg for. De dårlige utfall for gruppen av anbrakte barn gjelder uansett om det er tale om skolegang eller mer ekstreme utfallsmål som dødelighet (Egelund & Hestbæk 2003:112-113).

Egelund og Hestbæk hevder at noen forskere nok vil forklare dette resultatet med at de store problemer barn og unge har med seg inn i en plassering, ikke kan kompenseres via en slik plassering. Her avspeiles en oppfatning at barna i et visst omfang vil bli merket av sine bakgrunnsfaktorer livet gjennom. De to forfatterne hevder at en slik forklaring ikke er tilfredsstillende. Med eksempler og fortolkninger av funn fra ulike undersøkelser begrunner de denne argumentasjonen. Etter denne korte gjennomgangen skriver de at en mer balansert forklaring på at de tidligere anbrakte barn viser dårlige sosiale utviklingsutfall vil være at barna som utgangspunkt er dårligere stillet enn andre barn, og at det kan spille en rolle for det dårlige utviklingsutfallet. Det ser klart ut som at plasseringene i seg selv ikke klarer å skape de beskyttelsesfaktorer, som kan igangsette positive spiraler i barnas utvikling, og som skal til for at plassering utenfor hjemmet kan stille barna bedre enn å ikke bli plassert utenfor hjemmet (Egelund & Hestbæk 2003:112-113).

Egelund og Hestbæk understreker at dette resonnementet er klarest når det dreier seg om langvarige plasseringer. Men et problem er i følge de to forfatterne at flere av undersøkelsene ikke klargjør varigheten av plasseringene (Egelund & Hestbæk 2003:113-114).



Vår vurdering er at denne undersøkelsen er godt gjennomarbeidet, og forskerne har godt underlag for sine konklusjoner.

I en annen dansk undersøkelse drøftes resultater fra en forløpsundersøkelse av barn (født i 1995) som var plassert utenfor hjemmet (Egelund, Hestbæk, & Andersen 2004). Plasseringene gjaldt både fosterhjem (familiepleje), institusjon samt enkelte andre typer av plassering utenfor hjemmet (bl.a. "socialpedagogisk opholdssted"). Disse barna, som var i 7-8 årsalderen da undersøkelsen ble rapportert, ble sammenliknet med en representativ gruppe vanlige danske barn og en annen representativ delpopulasjon av svakstilte barn som ikke var plassert utenfor hjemmet. Disse sammenlikningene har gjort det mulig å påvise hvordan både de plasserte barna og foreldrene deres har ekstraordinære behov, som ifølge de tre forfatterne utgjør vesentlige sosialpolitiske utfordringer. Foreldrenes situasjon er vanskeligere enn man nok hadde forestilt seg på forhånd både når det gjelder demografi (mange tenåringsmødre), familiesituasjon (flere oppløste familier – flere familier er oppløst flere ganger inntil barnet er 7-8 år), mange flyttinger. Dessuten er foreldrene til de plasserte barna særlig dårlig stilt både i forhold til allmennutdanning og yrkesutdanning. Tre av fire foreldre til de plasserte barna er marginaliserte på arbeidsmarkedet i den forstand at de på det aktuelle tidspunkt ikke var i jobb. Dessuten var en fjerdedel av foreldrene førtidspensjonerte/uførepensjonerte og hadde vært ute av arbeidsmarkedet de siste tre år. Helsetilstanden til foreldrene med barn som var plasserte utenfor hjemmet var også betydelig dårligere enn de sammenliknede foreldregruppene, særlig gjaldt dette psykiatriske lidelser med en viss varighet. Foreldregruppen til plasserte barn hadde også en betydelig overhyppighet av misbruksproblemer sammenliknet med de andre foreldregruppene (Egelund et al. 2004: 354-359).

Egelund, Hestbæk og Andersen fant også at de plasserte barna gjennomgående var vesentlig dårligere stilt enn andre barn, blant annet klart fattigere. Flere studier har vist at fattigdom kan redusere barns kognitive evner og skoleprestasjoner, dette finner også de tre danske forfatterne i sin studie (Egelund et al. 2004:359-361). De finner også en betydelig oversykelighet blant de plasserte barna sammenliknet med andre barn.

Undersøkelsen foretok ikke noen egentlig effektmåling av om plasseringen utenfor hjemmet hjalp barna men stilte spørsmål til fosterforeldre/ansatte i institusjoner ("anbringelsesstederne") om disse stedenes egne vurderinger. Et flertall av dem som ble spurt (59 %) mener at plasseringen hadde hjulpet barnet betydelig, mens 26 % mener at plasseringen har hjulpet noe, eller i moderat grad. 6 % sier at

plasseringen ikke har hjulpet barnet så mye, 2 % at den ikke har hjulpet barnet over hodet, og 1 % sier at plasseringen har forverret barnets situasjon. 6 % svarte ”vet ikke” på dette spørsmålet. Fosterfamilier (plejefamilier) og ”socialpedagogiske opholdssteder” svarer vesentlig oftere enn institusjoner (65 mot 38 %) at plasseringen har hjulpet barnet betydelig. Det er også vesentlig større andel av dem som svarer for barn i institusjoner som mener plasseringen ikke har gitt noe effekt (21 %) mot kun 6 % av fosterfamilier og 3 % av dem som var i skolehjem. Forskerne forklarer delvis dette med at barn som blir plasserte i institusjon kan ha større skader på forhånd enn barn som kommer i fosterhjem eller skolehjem (socialpedagogiske opholdssteder) (Egelund et al. 2004:329-330).

Ved siden av type plasseringssted fant forskerne også variasjoner med hensyn på om intervjupersonen fant plasseringen vellykket på bakgrunn av variasjoner i alder og etisk bakgrunn. Blant barn som var plasserte de seinere år (da de var 6-8 år) var det en større andel av plasseringene som ble vurdert å ikke ha hjulpet barnet i forhold til i sær vurderingene for de barna som var plasserte som små (0-1 år) eller også som ganske små (2-5 år). Forskerne forklarer forskjellen med at for de eldre barna kan det hende at plasseringen enten ikke har fått tid til å virke eller at de eldre barna var mer skadet ved anbringelsen.

Også blant etniske minoritetsbarn (minst en av foreldrene hadde en annen bakgrunn enn etnisk dansk) som var plasserte utenfor hjemmet, var det en større andel hvor plasseringsstedet ikke synes at plasseringen i like stor grad så ut til å være gunstig for utviklingen deres enn det man fant for barn i tilsvarende saker hvor begge foreldre hadde dansk bakgrunn (Egelund et al. 2004:329-332).

Vår vurdering er at denne undersøkelsen er meget bra utført, og den er basert på et unikt datamateriale.

I en annen studie har Lindsey, Martin og Doh (Lindsey, Martin, & Doh 2002) undersøkt hvordan intensiv jobbing med barnevernsaker evt. kan forhindre at barn blir plassert i fosterhjem (The failure of Intensive Casework Services to Reduce Foster Care Placements: An Examination of Family Preservation Studies). Man har i denne studien funnet at dette ikke er en effektiv metode sammenliknet med tradisjonell metode. Det er utviklet et ”preservation program” som har til hensikt å jobbe med barna og foreldrene i hjemmet, intensivt. Dette programmet har tidligere vært lovprist som revolusjonerende, men nyere studier av programmet sier det motsatte. I alt 36 studier av denne metoden er sammenliknet, der kun 4 kunne klassifiseres som randomiserte kontrollerte studier. Disse er gjennomgått i detalj i

artikkelen. De andre studiene faller gjennom fordi de ikke er evidensbaserte, selv om disse studiene har blitt brukt som argument for at metoden virker (Lindsey et. al. 2002). Undersøkelsen virker etter vår vurdering godt gjennomarbeidet.

I nok en studie stilles spørsmål om hvordan sosialarbeidere kan arbeide med å avdekke fosterbarns behov (Helping social workers addressing the needs of foster children). Artikkelen er skrevet av Zetlin m.fl., og tar for seg en evaluering av effektiviteten av et intervensjonsprogram som heter "Education Initiative" (Zetlin, Weinberg, & Kimm 2004). Dette programmet tar sikte på å øke kunnskapen og bevisstheten til sosialarbeidere, slik at disse er bedre rustet til å forstå fosterhjembarns særlige krav til oppfølging når det gjelder skolegang og utdanning. Denne studien kommer som en respons på at fosterhjemsbarn faller utenfor og får sin utdanning/skolegang avbrutt o.l., i og med at de i mange tilfeller flytter til mange ulike steder. Det var 307 fosterbarn/saker i det opprinnelige utvalget. Ved evaluering var 298 saker var med i postutvalget 18 måneder fra intervensjonstidspunktet (Zetlin et al. 2004).

## 4.12 Plassering i barneverninstitusjoner

Barn og unge kan plasseres kortvarig, eller for noe lenger tid, i barneverninstitusjoner (tidligere kalt barne- og ungdomshjem). Noen av disse institusjonene er statlige, noen er kommunale og noen er private. Men alle institusjonene som er i drift nå er godkjent av den regionale statlige barneverntjenesten. En del barn og unge plasseres frivillig i slike institusjoner etter initiativ fra den kommunale barneverntjenesten. Enkelte ganger kommer også den statlige barneverntjenesten inn i bildet ved institusjonsplassering. Hvis plasseringen ikke skjer frivillig (etter § 4-4 5.ledd) må fylkesnemnda inn i bildet. Da foretas plasseringen som omsorgs- eller atferdstiltak (§ 4-12 eller 4-24).

En del av institusjonene utreder barn og unge for eventuelle videre tiltak andre steder (for eksempel plassering i fosterhjem), mens andre institusjoner behandler barnets, den unges eller familiens problemer.

En del av institusjonene tar imot barn for akutt-plassering (§ 4-6), noen ganger etter søknad fra den kommunale eller statlige barneverntjenesten, andre ganger etter søknad fra politiets barnevernvakter eller helsevesen/sykehus.

Tabell 4.19 *Antall barn og unge som har blitt plassert i barneverninstitusjoner som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgs-/atferdstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgs- el atferdstiltak	Som både hjelpe- og omsorgs-/atferdstiltak
2002	2.400	1.592	708	100
2003	2.234	1.294	764	176
2004	2.234	1.346	699	189

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern

Tallet på barn som ble plassert i barneverninstitusjoner i løpet av året, var stabilt over de tre årene. Fordelingen på dem som hadde blitt plassert som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler, varierte derimot noe mellom de tre årene. Både antallet og andelen som ble plassert i slike institusjoner som rent hjelpetiltak, sank noe fra 2002 til 2003, men økte så litt igjen til 2004. Både antallet som ble plassert i barneverninstitusjoner som rent omsorgstiltak, og særlig tallet på dem som ble plassert som både hjelpe- og omsorgstiltak i løpet av året, økte fra 2002 til 2003. Fra 2003 til 2004 sank tallet på barn og unge som ble plassert i slike institusjoner som omsorgstiltak. Tallet på dem som ble plassert i slike institusjoner som både hjelpe- og omsorgstiltak fortsatte imidlertid å øke.

I en kunnskapsstatus fra 2003 har Tore Andreassen reviewet norsk og internasjonal forskning om behandling av ungdom i institusjoner og utfall av slik behandling (Andreassen 2003).

Andreassen understreker at bruk av institusjoner som behandlingstiltak generelt har vært mye omdiskutert. Han hevder at dersom institusjoner skal benyttes til dette formålet, bør et minstekrav være at de kan vise til sannsynlighet for positive effekter for ungdommene som plasseres. Han påpeker at dette gjelder for alle plasseringer, men hevder at især vil tvangsplasseringer i institusjoner som fungerer dårlig eller negativt for ungdommens utvikling være uetisk. Det er fordi plasseringen da får en straffende mer enn en behandlende funksjon (Andreassen 2003:329).

Andreassen hevder videre at dersom institusjoner skal benyttes som behandlingstiltak, bør det sikres at de er tilrettelagt og drives etter metoder som forskning viser gir best effekt. Han påpeker at forskningen viser store variasjoner i behandlingsresultater, at enkelte

tilnærminger har større effekt enn andre, og at det er mulig å oppnå relativt gode effekter. En hovedkonklusjon hos Andreassen er at det er mulig å oppnå gode effekter av institusjonsbehandling, men at det stiller store krav til institusjonen og personalet fordi gode resultater avhenger av svært mange forhold. Både valg av metoder og forandringsmål, personalgruppens fungering, institusjonens organisering, kontakt med normalsamfunn, ettervern og skoletilbud har betydning (Andreassen 2003:329-330).

Andreassen viser til forskning som dokumenterer at samling av en gruppe ungdom med alvorlige atferdsvansker alltid medfører en risiko for utvikling av en ungdomskultur som preges av antisosiale holdninger og atferd, og som bidrar til økte atferdsvansker. For ungdom uten alvorlige atferdsvansker bør derfor institusjon være det siste valget hevder Andreassen. Dette begrunnes med at en bør unngå den "smitteeffekten" som er dokumentert når unge med alvorlige atferdsvansker plasseres sammen i avdelinger/institusjoner (Andreassen 2003:330). Han viser også til forskning som dokumenterer at særlig avbrutte opphold i institusjoner ikke har noen gunstig effekt (Andreassen 2003).

Andreassen har både gjennomgått erfaringer med ulike institusjonstyper og ungdom med ulik problembakgrunn og studier av ulike behandlingsformer<sup>27</sup>.

Men vi kan i liten grad se at Andreassen har differensiert mellom plassering i institusjon som hjelpetiltak i forhold til plassering som atferds- eller omsorgstiltak. Dette er kanskje fordi det er en nokså typisk norsk (eller også nordisk) særordning – og må i tilfelle kanskje sammenliknes med internasjonalt skille mellom kort ("short-stay") og lengre ("long-stay") opphold i institusjoner.

Men etter hvert er en del av oppholdene for barn og unge i institusjon i Norge og Norden av relativt kort varighet og i små institusjoner (særlig sammenliknet med Sør-Europa, Sentral-Europa og Russland hvor institusjonene ofte er større, med flere barn/unge og ansatte, oppholdene er ofte av lengre varighet). Men ungdommene i Norge kan likevel ha flere korte, og til dels avbrutte, opphold. Dette vet vi foreløpig lite om, men det kan hentes mer kunnskap om slike forhold gjennom ytterligere analyser av longitudinelle data/evalueringsstudier i Norge.

---

<sup>27</sup> Enkelte av disse behandlingsformene (MST og ART) drøftes i andre kapitler i denne rapporten (se kap. 5 og 6).

Andreassen har også skrevet en artikkel i Norges Barnevern om nye institusjoner som nå planlegges, hvor man blant annet vil bruke MST (Andreassen 2005). Artikkelen beskriver hvordan utprøving av en ny institusjonsmodell for ungdom med alvorlige atferdsvansker skal foregå. Modellen inkluderer ART, MST, PMT, FFT. Utformingen av institusjonene bygger på kunnskapsoversikt over forskning på området, bl.a. fra Andreassens egen studie (Andreassen 2003).

Artikkelen ”Overgang til selvstendig tilværelse ”er en review av andres forskning når det gjelder å gå ut av tunge tiltak og klare seg selv (Sundt 2005). Artikkelen problematiserer overgangen til selvstendig tilværelse. Det er viktig med en tillitsperson for å få til en vellykket flytting for ungdommene. Det blir også pekt på at bistand til skolegang må prioriteres (Sundt 2005).

## 4.13 Andre plasseringer utenfor hjemmet

### 4.13.1 Innlegging i barne- eller ungdomspsykiatrisk institusjon

Barneverntjenesten kan, eventuelt i samråd med lege eller BUP, søke barn og unge innlagt i barne- eller ungdomspsykiatrisk institusjon som et barneverntiltak. En del barn og unge som er i andre typer av barneverntiltak, enten det er hjemme hos biologiske foreldre, i fosterhjem eller i barne- eller ungdomshjem, vil kunne trenge innlegging i BUP-institusjon en periode pga psykisk lidelse.

Ved utgangen av 2004 var kun 8 barn og unge innlagt i barne- og ungdomspsykiatrisk, eller voksenpsykiatrisk, institusjon som et barneverntiltak. Dette var langt færre, kun en tredel, sammenliknet med foregående år. Ved utgangen av 2003 var 24 barn og unge innlagt i slike institusjoner som barneverntiltak. Ved utgangen av 2002 var 38 barn og unge innlagt i slike institusjoner som barneverntiltak.

Tabell 4.20 *Antall barn og unge som har blitt plassert i psykiatrisk institusjon som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgstiltak	Som både hjelpe- og omsorgstiltak
2002	109	87	22	-
2003	76	62	14	-
2004	30	19	11	-

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern

Nedgangen i bruk av dette tiltaket som barneverntiltak var også tydelig når vi så hvor mange som var innlagt i slike institusjoner i løpet av året. Mens dette tallet var over 100 i 2002, var det sunket til 30 i løpet av 2004, eller redusert til under en tredel på bare to år. Alle årene ble tiltaket brukt oftest som hjelpetiltak. Andelen som hadde tiltaket som omsorgstiltak i forhold alle som hadde tiltaket var imidlertid høyere i 2004 enn i 2002. I løpet av 2002 hadde om lag 20 prosent tiltaket som omsorgstiltak, mens denne prosentandelen hadde økt til vel 30 i 2004.

Nedgangen i bruk av barne- og ungdomspsykiatrisk institusjon som barneverntiltak reflekterer ikke at det er blitt noen lavere alvorlig psykiatrisk sykelighet blant barn og unge som er i barneverntiltak. Snarere tolker vi dette som uttrykk for den nedbyggingen av institusjonsplasser som har vært intendert av myndighetene.

Nedbygging eller vanskeligere tilgang til slike plasser harmonerer i liten grad med de uttalelser om behov på dette feltet som ledere og ansatte i barneverntjenesten i flere kommuner har gitt uttrykk for (Kristofersen, Bratt, & Gotaas 2004)(Kristofersen, under arbeid 2006, Andersson og Hatling, under arbeid 2006). Så langt viser resultater fra disse studiene at man har behov for mer samarbeid og hjelp fra både førstelinjen og spesialistnivået i helsetjenesten. Dette understrekes også i kapittel 6, avsnitt 6.4 Barn og unge med psykiske vansker og kapittel 7, avsnitt 7.1 Samarbeid mellom barnevern og helsetjenesten.

#### 4.13.2 Plassering i bo- og arbeidskollektiv

I flere tiår har barneverntjenesten benyttet bo- og/eller arbeidskollektiv som barneverntiltak for ungdom. Det var kanskje særlig en økende interesse for slike tiltak både innen rusomsorg og barneverntjenesten på 1970-tallet. Da hadde man også ulike typer av skipsprosjekter mv bl.a. etter mønster fra ulike typer av prosjekter i

Danmark. Men fortsatt benyttes dette tiltaket i noen grad både i Norge og andre land, med ulike typer av behandlingsopplegg knyttet til dem.

Ved utgangen av 2004 var 101 barn og unge plassert i slike kollektiv. Dette var litt færre enn ved utgangen av 2003, da var 111 barn og unge plassert i slike kollektiv. Ved utgangen av 2002 var 124 barn og unge i bo- og arbeidskollektiv. Av disse var 77 i aldersgruppen 13-17 år.

Tabell 4.21 *Antall unge som har blitt plassert i bo- og arbeidskollektiv som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgstiltak	Som både hjelpe- og omsorgstiltak
2002	188	143	40	5
2003	191	144	39	8
2004	183	145	34	4

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern

Det ser ut som barneverntjenesten har redusert bruken av slike kollektiver litt det siste året, hvis ikke 2004 kun representerer en liten tilfeldig nedgang.

I enkelte artikler i Norges Barnevern de seinere år har ansatte beskrevet erfaringer fra slike bo- og arbeidskollektiver. En del av kollektivene er også undersøkt av fylkesmennene/det statlige barnevernet i 2004-2005 (jfr statlig rapportering om dette).

#### 4.13.3 Plassering i rusmiddelinstitusjon

En del unge blir plassert i rusmiddelinstitusjoner. Etter at det først forekom en økning av unge som ble plassert i rusmiddelinstitusjon som barneverntiltak fra 2002 til 2003, opp til vel 300, kom en relativt tydelig nedgang i slike plasseringer fra 2003 til 2004.



Tabell 4.22 *Antall barn og unge som har blitt plassert rusmiddel-institusjon som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgstiltak	Som både hjelpe- og omsorgstiltak
2002	285	238	35	12
2003	307	250	40	17
2004	267	207	38	22

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern

I løpet av 2004 var i underkant av 270 unge i slike plasseringer. Nedgangen kom blant hjelpetiltakene som utgjorde nær fem av seks slike tiltak i 2003. Nesten like mange fikk tiltaket som omsorgstiltak i 2004 som i 2003. Litt flere enn i 2002 fikk tiltaket både som hjelpe- og omsorgstiltak i løpet av 2004. Men dette dreiet seg likevel om få personer sammenliknet med den sterkere nedgangen i antallet som fikk tiltaket som hjelpetiltak

#### 4.14 Barnevernkarrierer, helse og dødelighet

Det er gjennomført viktige longitudinelle studier av barn og unge i barneverntiltak både i Norge, Norden og andre land internasjonalt (flere stater i USA, regioner i Australia). Dette er særlig forskning på barn som er plassert utenfor hjemmet, i fosterhjem og institusjon.

De nordiske land har et unikt personnummersystem som legges til grunn for metode for register- og statistikkoblinger i flere longitudinelle undersøkelser. Pga dårlige muligheter for undersøkelser av hele populasjoner basert på unike fødselsnumre som koblingsnøkler i de fleste land utenom de nordiske, er det få land utenom de nordiske har gjennomført store koblingsundersøkelser. USA har lagt til rette for dette med hensyn på fosterhjem i ca 11 stater.

Enkelte regioner i Australia legger også til rette for denne typen av undersøkelser.

Andre land har ikke system for å studere alle barn i barneverntiltak, og er henvist til utvalgsundersøkelser hvis de skal følge utviklingen i ulike grupper av barn og unge og deres levekår longitudinelt. Internasjonalt foreligger det imidlertid en rekke oppfølgingsstudier med longitudinelle design der effekt av intervensjon er målt, og hvor også ulike intervensjonsmåter blir sammenliknet.

Clausen har forsket på siktelser for barn som har vært i barneverntiltak (Clausen 2004), og Kristofersen på helseindikatorer (stønad for uførhet, dødsfall og dødsårsaker) for alle barn som var i tiltak 1990-2001/2002 (Kristofersen 2005). Når det gjelder barn og unges biologiske foreldre, er død og dødsårsaker 1990-2001 også analysert for disse. Dette gjelder alle barn i tiltak, både dem som har vært i omsorgstiltak hele eller deler av perioden, og også dem som kun har vært i hjelpetiltak.

Helt ferske longitudinelle studier av bla. dødelighet og dødsårsaker blant barnevernbarn (barn og unge som har eller har hatt hjelpetiltak eller omsorgstiltak av barneverntjenesten) og blant deres biologiske foreldre, viser tall for både sykdomsdødsfall og voldsomme dødsfall (ulykker, selvmord, drap) som gir grunn til bekymring av om disse gruppene får for få eller for lite omfattende hjelpetiltak som inkluderer forebyggende og kurative somatiske og psykiatriske helsetjenester (Kristofersen 2005). For eksempel forekom 702 dødsfall blant barn og unge som hadde vært i barneverntiltak i perioden 1990-2001<sup>28</sup>. Av disse skyldtes 150 selvmord, 115 var alkohol- og narkotikarelaterte og 20 barn og unge døde som følge av drap eller overfall. Blant de biologiske mødrene forekom 3.683 dødsfall og blant fedrene forekom 6.892 dødsfall. Av disse hadde 953 fedre begått selvmord i perioden, mens 837 fedre døde av alkohol-, narkotikarelatert dødsfall eller annen psykiatrisk diagnose. 1.232 av mødrene døde av kreft i perioden, 438 tok livet av seg og 146 mødre døde som resultat av overfall eller drap. I alt ble vel 93.000 barn som var i eller hadde hatt barneverntiltak observert på registerbasis med hensyn på død hos dem eller foreldrene 1990-2001 (Kristofersen 2005)<sup>29</sup>.

Registerforskning i Sverige har også vist at barn som har vært i enkelte typer av barneverntiltak, spesifikt barn som har vært i fosterhjem og institusjon, har høyere dødelighet, særlig høyere selvmordsdødelighet, sammenliknet med andre grupper av barn (Vinnerljung 1995; Hjern, Vinnerljung, & Lindblad 2004; Vinnerljung 2006).

## 4.15 Oppsummering

Vi har gitt betegnelsen individorienterte tiltak til tiltakstyper man i norsk barnevern forstår som de ”klassiske” hjelpetiltakene mens barna

---

<sup>28</sup> Barn og unge er fulgt opp på registerbasis; dødsfallene har forekommet både mens barna var i tiltak og etter at tiltakene var avsluttet.

<sup>29</sup> Registerkoblinger i SSB, analysert ved NIBR.

bor hjemme. I den gamle barnevernloven (1953-1992) ble disse kalt forebyggende tiltak. Det dreier seg om tiltak som bl.a. økonomisk stønad, besøkshjem/avlastningstiltak, støttekontakt, tilsyn, barnehage, skolefritidsordning, fritidsaktiviteter, hjelp til bolig, utdanning eller arbeid, foreldre-/barnplasser og poliklinisk barne- og ungdomspsykiatrisk behandling. I den gamle barnevernloven ble plasseringer utenfor hjemmet betraktet som omsorgstiltak. Men Lov om barneverntjenester 1992 åpnet for at plasseringer utenfor hjemmet også kunne benyttes som hjelpetiltak. Derfor innbefatter gjennomgangen av hjelpetiltak også plasseringer i beredskapshjem, fosterhjem (ulike typer), barne- og ungdomshjem, barne- og ungdomspsykiatrisk institusjon, bo- og arbeidskollektiv og rusmiddelsinstitusjon.

I forhold til den omfattende bruken av enkelte av hjelpetiltakene, for eksempel økonomisk stønad, støttekontakt, besøkshjem og barnehage, har vi relativt mager forskningsbasert kunnskap om effekten av dem, både i de nordiske landene og internasjonalt.

Det foreligger mange studier om effekter av bruk av fosterhjem og institusjoner. Det foreligger derimot svært lite forskningsbasert kunnskap både når det gjelder omfanget, beskrivende studier og effektstudier av hjelpetiltakene. Det finnes enkelte studier om økonomisk stønad, tilsyn, besøkshjem og barnehager, men mye av det er i ferd med å bli utdatert alt. Det foregår en sterk økning i bruk av skolefritidsordning som hjelpetiltak i barnevernet, men vi har ikke funnet noe forskning om virkninger av disse.

Den forskningen vi har foretatt review av, viser at mange av de plasseringsformene som har vært brukt til nå, klarer ikke å skape de beskyttelsesfaktorene som skal til for å gi barna en vesentlig bedre livssituasjon. Enkelte forskere understreker at dette resonnetet er klart når det dreier seg om langvarige plasseringer. Når det gjelder både norske og internasjonale studier av plasseringer utenfor hjemmet (fosterhjem og institusjon), er det et problem at man ikke alltid får fram varigheten godt nok, eller man konsentrerer seg om plasseringer utenfor hjemmet med relativt lang varighet. Derved er ikke disse studiene alltid så gode i forhold til å gi kunnskap om plasseringer som hjelpetiltak i Norge, eller plasseringer av kort eller middels lang varighet.

Det foreligger flest beskrivende studier og effektstudier av de mer dramatiske formene for tiltak: Plasseringer utenfor hjemmet med makt (som akutt, omsorgs- eller atferdstiltak). Dette til tross for at langt færre barn får denne typen tiltak enn alle formene som finnes for hjelpetiltak både i og utenfor hjemmet. De mildere og mykere

formene for barneverntiltak, slik flere av de tradisjonelle hjelpe-tiltakene er, har vært vist mindre forskningsmessig oppmerksomhet både i Norge og internasjonalt.

Det foregår en omfattende diskusjon både innen det praktiske feltet og innenfor forskning med hensyn til hvilke tiltak som bør benyttes for det enkelte barn, de spesifikke problemer barnet og eventuelt familien har i forhold til alle de typene av tiltak man har å velge blant. Vi vil trekke fram Vigdis Bunkholdt som eksponent for den norske delen av denne diskusjonen. Hun synes at barn noen ganger får betale en for høy pris ved å bli sluset inn i tiltak som stemmer med ideologisk overbygning av barnevernet og som ikke i stor nok grad er tilpasset barna (Bunkholdt 2005a:38). Hun ønsker en situasjon hvor en i større grad kunne tilpasse tiltakene til barna og ikke omvendt. Men det krever i følge henne at ikke bare barneverntjenesten gjør sine faglige oppgaver, men at barnevernet i videre forstand tilrettelegger for den politiske oppgaven som dette også innebærer. Bunkholdt hevder at vi langt på vei nå har kunnskaper og kompetanse som gjør det mulig å tilpasse tiltakene til barna.

## 5 Forskning om familie- og nettverksorienterte tiltak og metoder

Samtlige av de tiltaksformene og metodene som presenteres i dette kapitlet inngår i et knippe av det man kan kalle for nye metoder i barnevernet. De er basert på tanken om å møte barn og foreldre som selvstendige mennesker som har krav på anstendighet og respektabel behandling (Schjelderup, More, & Marthinsen 2005:9). De legger stor vekt på å ta hensyn til enkeltpersoners behov og ønsker.

Felles ved de metodene som omtales i kapitlet er dessuten at de har en uttalt målsetting om å unngå langvarige institusjonsopphold og stadige flyttinger mellom ulike typer av tiltak. Flere av dem legger stor vekt på å være forebyggende, både med hensyn til å være familiestøttende og kompetanseoppbyggende.

I tillegg forsøker de å vektlegge og ivareta forholdet mellom deltakelse og beskyttelse for barnet, samt deltakelse fra foreldre og nettverket rundt. Hvordan denne vektleggingen skjer, varierer en del fra den ene tiltaksformen til den andre.

De tiltaksformene vi har kalt familie- og nettverksorienterte, og som presenteres her, er meldingsmøte, familieråd, flipover, Marte Meo, Webster-Stratton, Parent Management Training-Oregon (PMTO), samt Multisystemisk behandling (MST). Det gis først en kort presentasjon av hver enkelt tilnærming, og deretter en status av hva forskningen viser om hver av dem.

## 5.1 Meldingsmøte

Meldingsmøte er en ny metode som benyttes når det kommer inn melding til barneverntjenesten<sup>30</sup>. Den er utviklet på bakgrunn av et utviklingsarbeid ved hjelpetjenesten i Trondheim kommune. Det særegne ved metoden er at barnevernet trekker inn aktørene på en ny måte, enten det er de som melder en sak eller de bekymringsmeldingen gjelder.

Bruk av meldingsmøte kan knyttes teoretisk opp til empowermenttenkningen, og sentrale begreper er erfaringslæring, implementering og endringsarbeid nedenfra (såkalt bottom-up). Et viktig poeng er at de som er berørt skal bli hørt, og at de får anledning til å komme med vurderingene sine.

Når det kommer inn melding til barneverntjenesten innkaller barnevernet raskt både melder og de involverte partene til møte (Schjelderup et al. 2005:41). Bekymringer skal presenteres skriftlig, ved bruk av flipover, og den som har meldt saken til barnevernet får muligheten til å utdype hva grunnen til dette er. Møtet ledes av barnevernet, etter en fast struktur, og det blir lagt vekt på at man skal finne fram til løsninger. Barnets og nettverkets forslag til løsninger er helt sentrale i dette. Møtet har en ramme på 2 – 3 timer, og det skal avsluttes med en konklusjon som skrives ned. Konklusjonene har tre mulige utfall: saken henlegges, man blir enige om å iverksette tiltak, eller saken går videre til utredning i barnevernet. Bruk av metoden finner sted i utredningsfasen i barnevernet.

Når man mottar en melding, går den først til et mottaksmøte. Dette er et administrativt forum hvor man sorterer sakene, og hvor man avgjør hvordan videre saksgang skal være (Schjelderup et al. 2005:83). Da kan man bestemme at saken enten går til meldingsmøte, eller til en tradisjonell byråkratisk saksgang.

Det har ikke vært utført noen systematisk forskning omkring bruk av meldingsmøte, og det har ikke vært treff på litteratursøk verken i Bibsys eller Forskdok. De erfaringer som foreligger er primært knyttet til utviklingsarbeidet som har pågått i Trondheim, og evalueringer som er gjort lokalt (Schjelderup et al. 2005:86).

Resultatene peker på at man har gode erfaringer ved bruk av meldingsmøte fordi de som er involvert kommer til orde og blir hørt i

---

<sup>30</sup> Meldingsmøtet brukes som ledd i barnevernets undersøkelse. Vi har derfor valgt å omtale det, selv om det strengt tatt ikke kan defineres som et hjelpetiltak etter § 4-4.

innledende faser, og brukerne blir forpliktet på en ny måte. Dette bidrar til å lette arbeidet med å finne løsninger på problemene. De gode erfaringene man har, viser seg også selv om saken sendes videre i systemet på tradisjonell måte<sup>31</sup>. Grunnen er at de involverte føler at de kan få større forståelse for hvorfor barnevernet må se nærmere på saken.

## 5.2 Familieråd

Familieråd er en metode som forsøker å involvere og aktivisere den utvidede familie og barnet selv til å finne gode løsninger på vansker i barnets hverdag (Schjelderup et al. 2005:40). Hensikten med familieråd er å benytte en beslutningsform hvor familiens egen kunnskap, dens ansvar og innsatsmuligheter får stor plass. Det er et viktig mål å styrke familiens ansvarsfølelse overfor barnet. Familieråd ble opprinnelig utviklet i New Zealand, og benyttes i dag i en rekke land og prøves ut i forhold til nye områder Einarsson (2003). Mange land har nå introdusert familieråd på flere områder, blant annet innenfor barnevern og skole, overfor unge kriminelle og i skilsmisssaker. I Norge ble metoden første gang presentert i 1994.

Familierådet skal bidra til at familien hjelpes til å løse problemene ved å vektlegge ressurser og muligheter som familien selv, den utvidede familie og nettverket har. Ved hjelp av dette, forsøker man så å utforme best mulige tiltak. Metodisk innebærer familieråd at man gjennomfører bestemte prosedyrer for å fatte beslutninger, men det er ikke et terapeutisk opplegg som sådan. Det er snarere slik at de prosesser som iverksettes gjennom tiltakene man blir enige om i familierådet kan ha en terapeutisk virkning.

Familieråd deles inn i tre faser, hvor den første dreier seg om planleggingen. Den andre fasen dreier seg om gjennomføringen av det, og den tredje har å gjøre med oppfølgingen av beslutningene som er fattet i familierådet.

I planleggingsfasen blir foreldrene orientert om prinsippene rundt bruk av familieråd. Når de er enige i bruk av det, knyttes en koordinator som er engasjert av barnevernet inn. Vedkommende informerer deretter om arbeidsmåten, og nødvendige forberedelser starter. Koordinatoren har en viktig rolle med hensyn til å aktivisere og invitere den utvidede familie inn i familierådet. Blant annet inngår besøk hjemme

---

<sup>31</sup> Det innebærer at da settes et tiltak etter § 4-4 (hjelpetiltak) eller § 4-12 (omsorgstiltak) inn.

hos familien, samtaler med utvidet familie, med skolen eller barnehagen.

Gjennomføringen av selve familierådet avvikles i tre deler. I den første delen blir man enige om problemstillinger som formuleres som spørsmål om hva som må til for at barnet skal få god nok omsorg. Det er et viktig poeng å tenke framover slik at det man kommer fram til vil være retningsgivende for det videre arbeidet med barnet. Fagpersonene presenterer sine vurderinger av saken, og dessuten skal den utvidede familien komme med forslag til beslutninger. Innhenting og presentasjon av opplysninger foregår muntlig med den utvidede familien til stede. Koordinator er til stede under hele denne delen.

I den andre delen av familierådet drøfter den utvidede familien barnas situasjon alene, men uten at koordinatoren deltar. Dialog og utveksling av argumenter er viktig. I den tredje og siste delen av møtet drøfter familien alene forslag til tiltak, og den lager en handlingsplan.

I den tredje fasen i prosessen skjer oppfølgingen av familierådet, og koordinator og saksbehandler fra barneverntjenesten kommer inn igjen. Familien presenterer sine vurderinger og forslag til løsninger, og koordinator og barnevernet hjelper til med avklaringer og presiseringer hvis det er nødvendig. Planen som familien har utarbeidet skal si noe om hvilke tjenester familien trenger, hvem som kan gi den nødvendige bistand, ressursfordeling, hvordan tiltakene skal følges opp, samt ansvarsfordeling. Barneverntjenesten skal godkjenne de løsningsforslagene familien presenterer så sant barnets sikkerhet er ivaretatt, samt vurdere om de er til god nok hjelp for barnet. Barnevernet har det samme ansvaret for oppfølging i saker som bruker familieråd som overfor saker som benytter andre tiltaksformer. Senere kan det arrangeres oppfølgende familieråd.

Sundell (2002) påpeker at familieråd er en ny måte å forholde seg på hvor familien gis rett til å påvirke samfunnets støtte til barn som det ikke går bra med, og en metode for å utrede hvilke typer innsats og tiltak en familie trenger i slike tilfeller. En tanke bak familieråd er at en mobilisering av familien gjør at familiens ”skjulte kunnskap” benyttes i utforming av tiltak. Dette skal bidra til å øke de voksnes engasjement og ansvarstaking. Gjennom dette forventer man bedre samarbeid mellom alle som er involvert. Dette tenker man seg vil være til best mulig nytte for barnet.

Forskningsresultater fra bruk av familieråd er godt dokumentert av Schjelderup (Schjelderup et al.: 2005:66-67). De viser til March og Crow (1997) som oppsummerer hovedfunn fra internasjonale studier. Resultater fra disse studiene som framheves her, peker på at



deltakerne er tilfredse og positive til bruk av familieråd. Det gjelder både foreldre, familiemedlemmer og barnevernarbeidere. Familiemedlemmene har engasjert seg, de har deltatt og funnet fram til enighet, til tross for at de har hatt store og sammensatte problemer.

Forskning påpeker også at et positivt aspekt ved familieråd er at familiene får en opplevelse av eierforhold, noe som skaper et større engasjement av de involverte. Videre dokumenteres det at utviklingen av familieråd involverer de riktige personene til å ta de riktige beslutningene, i følge Schjelderup m.fl.

Sundell (2002) har, med utgangspunkt i Sverige, foretatt en sammenliknende studie mellom en gruppe barn og unge som har fått tilbud om familieråd og en gruppe som har fått andre tilbud som ikke innbefattet dette. Det viste seg at familierådsgruppen hadde en mer alvorlig problematikk allerede fra starten av. Ved hjelp av statistiske analyser ble det konkludert med at barn som hadde fått tilbud om familieråd noe oftere kom i barnevernets fokus igjen for mistanker om overgrep, mens det var like vanlig at barn fra begge grupper kom i barnevernets fokus igjen når det gjaldt mistanker om omsorgssvikt. Barn med tilbud om familieråd fikk noe oftere nye tiltak i løpet av de tre oppfølgingsårene. Barn med tilbud om familieråd ble noe oftere plassert i egen utvidede familie istedenfor på institusjon og i ”fremmede” familie-hjem, - eller fosterhjem. Likevel ble majoriteten av ”familierådsbarna” plassert i fosterhjem eller på institusjon. Barn fra familieråd var som gruppe betraktet noe oftere fortsatt aktuell for tiltak etter tre år, samtidig som innsatsen for disse barna tenderte å gå fra plasseringer til ”øppenvård”. Sundells konklusjon på bakgrunn av denne studien var at familieråd som metode ikke kan sies å leve opp til de høye forventningene som den ble møtt med. Men samtidig understrekes det at studien ikke gir grunnlag for å konkludere med at familieråd er verre enn andre former for tiltak. En svakhet ved selve studien er også at den ikke var basert på randomisering.

Sundell (2002) påpeker at det finnes få vitenskapelige vurderinger av familieråd som metode, til tross for den store oppmerksomheten den har. De erfaringer og resultater som foreligger er i stor grad sammenfallende når det gjelder bruk av familieråd, både i Danmark, Sverige og England. Eksisterende forskning inneholder imidlertid ikke studier som viser effekt over lang tid Sundell (2002), men resultater fra andre land viser at det kreves ressurser for å forberede familieråd, at utvidet familie og venner gjerne deltar når de får mulighet, at deltakerne nesten alltid formulerer en handlingsplan og at denne som oftest aksepteres av barnevernet. Videre framholdes det at når barn må

plasseres utenfor familien blir det ofte i den utvidete familie<sup>32</sup>. Dessuten rapporterer vanligvis de som deltar i familieråd at de kan påvirke innholdet i handlingsplanen, og sosialarbeiderne opplever at den samordnende støtten er til god hjelp for barnet.

På bakgrunn av en litteraturgjennomgang om forskning vedrørende familieråd, hevder Nyberg (2002) at summen av den evalueringsforskning som foreligger om familieråd, så langt peker på litt tve-tydige resultater. Man kan reise spørsmålet om det for eksempel er så sikkert at en ny henvisning til barnevernet er et tegn på at familieråd som metode ikke er en god metode, eller om den er effektiv nok, eller om dette tvert i mot kan være en indikasjon på at den egentlig fungerer, - for eksempel fordi den utvidede familien bidrar til å passe på, følger med og melder fra. I så fall er det kanskje et tegn på at tilnærmingen er mer effektiv enn andre tiltak? Imidlertid har ofte klientene tillit til at metoden skal hjelpe dem til å løse familiens problemer, også dersom de ikke har vært tilfreds med egne resultater. Familiemedlemmene deltar aktivt i prosessen rundt barnet og på utvikling av handlingsplanen, og opplever dermed en reell innflytelse. Samtidig opplever barna at de blir hørt på.

På den annen side viser Skivenes og Strandbu (2004) gjennom beskrivelser av erfaringer fra ni familieråd at det kan oppleves som vanskelig for barna å være til stede. Ofte forlater de møtene med sterke følelser, men de kommer likevel tilbake igjen fordi de også opplever det som viktig å være til stede. De ser på det som en mulighet til å fremme egne argumenter og føler at de blir tatt på alvor. Barna er informert både om hva saken gjelder og om prosessen, men når det gjelder selve beslutningsmøtet er det registrert enkelte svakheter knyttet til barnas deltakelse. Skivenes og Strandbu peker på at modellen likevel gir forhåpninger om at barn i økende grad blir inkludert og hørt i saker som gjelder dem selv.

Selv om familierådsmodellen fortsatt er i utviklings- og forsøksfasen, påpeker Omre (2000:40) at resultater og erfaringer fra de nordiske landene viser at de som har prøvd ut modellen er begeistret. Men de påpeker også at den utfordrer sosialarbeiderne, og reiser spørsmålet om man virkelig har tillit til at familiene klarer å rydde opp i sin egen situasjon. Like fullt sier Schjelderup og Omre (Schjelderup:2003:146) at utprøving av modellen har vist at familienettverket og ikke minst barn kan finne kreative løsninger som fungerer godt i hverdagslivet, samt at familiene ofte har forslag til løsninger som barnevernet ikke har forutsetninger eller muligheter til å foreslå.

---

<sup>32</sup> Jf familiefosterhjem i kapittel 4.

I Norge har mange kommuner og flere nettverk prosjekter rundt bruk av familieråd. For tiden pågår et forskningsprosjektprosjekt ved Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) som gjennomfører en evaluering av familieråd som metode, og vurdering av erfaringer. Resultatene fra dette arbeidet ventes å være klare i 2006 (Einarsson 2003), og vil forhåpentligvis bidra til bedre og mer nyanserte utfallsmål enn det som til nå foreligger av erfaringsbaserte vurderinger og mindre forskningsprosjekter.

### 5.3 Flipover

Flipover er en nettverksbasert metode som forsøker å få til endringer i hverdagslivet til ungdommer som meldes til barnevernet eller PP-tjenesten på grunn av rus, kriminalitet, dårlig forhold til foreldre, eller skoleproblemer (Schjelderup et al. 2005:41). På bakgrunn av barnevernmeldingen eller henvisningen skal ungdommene selv definere hva de anser som det viktigste tema i endringsprosessen. Deretter skal de selv sette sammen et lag av personer fra sitt eget nettverk som er slik at det kan ansees å bidra til endring. Poenget med denne metoden er rask intervensjon og handlinger i ungdommens eget nettverk, med ungdommen selv som den viktigste aktør.

Selve prosessen består av syv faser, og er nøye beskrevet av Schjelderup (2005:100). Første fase er en bekymringsmelding fra en instans og til barnevernet. Dernest blir det etablert kontakt mellom barnevernet og ungdommen og dennes foresatte. I neste fase blir ungdommen bedt om å reformulere barnevernmeldingen, og dernest skjer det en screening av nettverket rundt ungdommen for å finne gode ressurspersoner. Så sendes det ut en invitasjon til disse, og deretter skjer første flipover-møtet. Her samles mellom åtte til tjue deltakere. Senere skjer oppfølgingsmøter som har til hensikt å trekke opp fra fire til åtte områder ungdommen skal få til endring på. Treningsområder velges ut, og det skal arbeides med dem etter tur i en prosess som strekker seg over flere måneder.

Man benytter flipover-ark i arbeidet med å trekke opp områdene og systematisere det treningsarbeidet som skal gjøres. Det er viktig at bruk av metoden engasjerer ungdommen det gjelder, og at den bidrar til opplevelser av mestring.

Flipover-metoden har vært i bruk i en periode på drøyt fem år, og med utgangspunkt i Trondheim kommune (Schjelderup et al. 2005:105). I likhet med meldingsmøte, foreligger det sparsomt med forskning knyttet til virkninger av metoden. Imidlertid er det gjort vurderinger

av lokal erfaringsbasert bruk av den. Disse peker på at metoden har gode potensialer, og at den derfor skal videreutvikles. Når dette har skjedd, bør den trolig evalueres mer systematisk.

## 5.4 Marte Meo-metoden

Marte Meo-metoden er en løsningsorientert interaksjonsanalysemetode som benytter video for å forbedre samspillet mellom familie-medlemmer. Den benyttes også til å bedre samspill mellom kollegaer, og i veiledning av foreldre og personale som arbeider med barn, unge og deres familier. Metoden gir konstruktive råd, og viser hvordan man kan gå fram når noe har gått galt, og hvordan folk ved hjelp av egen kraft kan få til et bedre samspill med sine omgivelser (Roug 2002). Marte Meo betyr ”ved egen kraft”, og metoden forsøker å finne fram til den enkeltes egne ressurser og muligheter for vekst og utvikling (Schjelderup et al. 2005:129).

Det kreves egen sertifisering som Marte Meo-veileder. Metoden er utviklet i Nederland, den har spredd seg internasjonalt, og har vært i bruk i Norge siden ca 1990<sup>33</sup>. De senere årene har metoden blitt videreutviklet og brukes nå, i tillegg til familieterapifeltet og i barnehager, også innen eldreomsorg. I skoler og barnehager blir metoden brukt som rådgivningsmetode når det er problemer rundt elever. Den brukes dessuten forebyggende i regi av helsestasjoner og som tiltak/-behandling innenfor barnevern, fosterhjem, barne- og ungdomspsykiatri og habilitering. Det er til nå utviklet programmer innenfor 19 fagområder fra premature babyer til aldersdemente.

Metoden bygger på to elementer, nemlig analysemodell og veiledningsprosess. Den retter søkelyset mot den tidlige kommunikasjonen mellom mor og barn. Det er her barnet møter sin første kontakt med omgivelsene, og grunnleggende kommunikasjonsprinsipper overføres og læres. Metoden beskriver disse prinsippene. Filming av ulike situasjoner er sentralt i veiledningen, og med utgangspunkt i korte videoopptak av situasjoner fra dagliglivet, analyseres samspillet mellom de aktuelle aktørene. Veiledningen overfor foreldrene, samt personale i skoler, barnehager og institusjoner forsøker å formidle det som skjer i videoopptakene, og gjennom dette illustrere hva som er barnets behov. I veiledningen blir det fokusert på hva som fungerer og

---

<sup>33</sup> Internasjonalt finnes det svært omfattende litteratur om bruk av Marte Meo. Her pekes det gjennomgående på svært gode erfaringer med bruk av metoden. I denne rapporten har vi imidlertid valgt å rette søkelyset på status i norsk forskning om denne metoden. Grunnen er at denne er relativ sparsom.

hvorfor, heller enn hva som ikke fungerer. Man er opptatt av å bevisstgjøre det som skjer i mellommenneskelig kommunikasjon. Gjennom å vise foreldrene konkret hva barnet og de selv gjør i kommunikasjonssammenhenger, og å fokusere på positivt utviklende samhandlingssekvenser søker man å bevisstgjøre foreldrene på deres atferd (Mjeldheim 1993). Metoden skal gi detaljert informasjon om hva som skjer i slike situasjoner, og inspirere de som er involvert ved egen kraft å fremme gode utviklingsprosesser.

Marte Meo-terapeutene bruker såkalt interaksjonsanalyse for å studere hva som skjer i samhandlingen mellom de involverte. Ved en grundig analyse og gjennomgang av samhandlingen mellom de som er involvert, vises det hva som kommuniseres både med ord og kroppsspråk. På bakgrunn av analysen lages deretter en plan for hva slags støtte barnet trenger fra de voksne.

Det foreligger en rekke erfaringsbaserte beskrivelser om bruk av metoden fra fagfolk som praktiserer den i Norge. Dessuten er det gjort en del brukerundersøkelser av mindre utvalg. Hovederfaringene fra noen av disse redegjøres for i det følgende.

Som medarbeidere i en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk framhever Strøm og Aspehim Øren (1999) at metoden oppleves å være til stor hjelp i behandling av det de kaller ”de ustyrlige barna” og deres foreldre. De påpeker at metoden hjelper foreldrene til å få øye på sin egen kompetanse og utvikle den videre i samhandling med barnet. Dessuten sier de at de fleste foreldre som mottar Marte Meo-veiledning aktiverer ferdigheter og utvikler nye i løpet av relativt kort tid. Tilsvarende vurderinger gjøres av Johansen (Johansen 1996:14). Hun påpeker, på bakgrunn av et mindre kvalitativt materiale, at man ved hjelp av video som verktøy har gode muligheter til å avdekke aspekter ved samspillet mellom barn og foreldre som kan være vanskelig å få øye på ved hjelp av andre metoder. Følgelig er det også lettere å ta utgangspunkt i dette for å skape en positiv endring av betydning for barnets utvikling. Dette understøttes av Hafstad og Øvreeide (2004) De understreker også at ved å være opptatt av hva barnet trenger av støtte og hjelp nå og framover i tid, så kan man komme unna diskusjoner om årsaker og skyld. De framholder dessuten at når videoopptak brukes som terapeutisk hjelpemiddel, får man detaljert informasjon om hva som skjer med og rundt barnet, og på hvordan barnet organiserer og innstiller seg.

På bakgrunn av erfaringer fra Trondheim viser Sjøvoll (2001) at fleksibel anvendelse av Marte Meo bidrar til å spre kunnskap om og kompetanse til å støtte foreldrefunksjonen til ulike instanser i

kommunen slik at flest mulig skal få det best mulig. Dette bidrar til å gjøre samarbeidet lettere og øker muligheten for en mer samordnet innsats sammen med familien. Gode erfaringer rapporteres også av Reinertsen og Baltzer (1998), i en undersøkelse fra Klæbu, Trondheim og Vestby. Både assistenter, førskolelærere og lærere opplevde at de endret kommunikasjonsatferd etter Marte Meo-veiledning. Mange mente også at barna endret atferd, spesielt i skolesammenheng. Positiv bekreftelse peker seg ut som det prinsippet som har størst betydning for å oppnå endringer i barnets atferd. Sørensen (2005) beskriver gode erfaring ved bruk av Marte Meo-metoden overfor rusmisbrukere som foreldre, og sier at de kan være spesielt sårbare for kritikk mot sin måte å utøve foreldrerollen på. Derfor er dialog om styrken i foreldrekompentansen samt et gjensidig fokus på områder man kan lykkes på, være en egnet tilnæringsmåte. Gjennom dette kan man bygge opp foreldrene, og gi dem ny trygghet.

Hafstad og Øvreeide (2004) understreker at det vil kunne styrke metodens videre utvikling og legitimitet at den blir forsket mer systematisk på. De studiene som foreligger i Norge og i Norden er mindre kvalitative undersøkelser som rapporterer om bruk av metoden, og i mindre eller liten grad om effekter og utfallsmål. Den brede anvendelsen av metoden gjør at det foreligger et stort materiale for forskning.

## 5.5 Webster-Stratton

Denne metoden er en familiebasert intervensjon for behandling av små barn i alderen tre til åtte år, og som har alvorlige atferdsproblemer. Carolyn Webster-Stratton og hennes medarbeidere har utviklet behandlingsmetoden, og har forsket på effekter av den gjennom en 20-års periode. Virkninger av programmet synes å være veldokumentert. Programmet kalles ”*De utrolige årene*”, og består en rekke forskjellige manualbaserte opplegg som henger sammen med hverandre, og som alle har de samme grunnleggende prinsippene til felles.

Metoden er basert på et strukturert behandlingsprogram, og inneholder komponenter som både skal styrke foreldrenes, barnas og lærernes kompetanse for å lære dem gode ferdigheter (Schjelderup et al. 2005:43). Hovedfokus er på familierettede intervensjoner. I tillegg til behandling rettet mot foreldregruppen, er det et opplegg som går videre og innebærer et stort antall møter, og som retter søkelyset mot foreldrenes forhold og måter å fungere på. Dette opplegget består av

tre enheter eller moduler, hvor Basic foreldreprogrammet er det første, etterfulgt av Advance og Academic. Hensikten med de foreldrebaserte modulene er å styrke foreldrenes oppdragelsesferdigheter, problemløsning og konflikthåndtering, men man ønsker også å styrke barnas sosiale kompetanse, og redusere aggressiv og regelbrytende atferd. Kjernen i programmet er ”positivt foreldreskap”. Det er basert på antakelsen om at barn lærer atferd, og at atferdsforstyrrede barn må avlæres uønsket atferd.

I tillegg til modulene som er utviklet for foreldre, er det utviklet et eget behandlingsprogram for barna. Dette kalles Dinosaurusskolen, og består av to enheter, hvor den ene er klinikkbasert og den andre er ment for bruk i barnehage og skole. Disse elementene har til hensikt å forbedre barnas sosiale ferdigheter, som ofte barn med atferdsvansker ikke har tilegnet seg, og som de følgelig har stort behov for. Gjennom programmet ønsker man også å fremme lærernes kompetanse i håndtering av utagerende atferd på skolen og i samhandling med hjemmet. Det er også utviklet en veileder som skal hjelpe lærere og førskolelærere.

Opplæring i bruk av metoden krever mye tid og krefter fra foreldrene, og det forutsetter at de er villige til å endre ulike sider i forholdet deres til barnet, samt til å endre måten de fungerer på i samværet sitt. Opplæringen fordrer åpenhet, og foreldrene må diskutere foreldrerollen, egen atferd, frustrasjoner og følelsesmessig respons på barnets oppførsel. Dette gjøres sammen med andre foreldre, og kan utfordre dem på skyldfølelse og følelse av å ha kommet til kort. Ofte er dette knyttet til en oppfatning om at barnets atferd skyldes at de selv er mislykkete som foreldre.

I regi av Webster-Strattons program er det i USA gjennomført en rekke randomiserte gruppestudier for å studere effekten av programmet. Ettersom programmet er studert nøye gjennom en årrekke, trekkes her kun fram noen relevante nyere studier. I følge Lurie og Clifford (2005:25), er Webster-Strattons metode ansett å tilfredsstillende strengeste kriterier for evidensbasert behandling grunnet de stringente designene som benyttes. Det er gjennomført hele ni kontrollerte studier av effekter av behandling samt tre studier om forebygging. Samtlige er kontrollerte forsøk med oppfølgingsstudie et år etter. I tillegg er Basic foreldreprogrammet evaluert i noen studier fra Canada, Storbritannia og Norge. Tilgjengelig forskning viser, i følge Lurie og Clifford, at Basic foreldreprogrammet, Parent Training, både er den mest effektive og den mest robuste av de ulike programkomponentene.

Scott m. fl. (2001) viser til gode resultater ved bruk av metoden. Gjennom kontrollerte forsøk hvor 141 barn i alderen 3-8 år inngikk, og hvor intervensjonen besto i Webster-Stratton Basic videoprogram, har de gjennomført semistrukturerte foreldreintervjuer om barnas antisosiale atferd 5-7 måneder etterpå, samt gjennomført observasjoner av foreldre-barn samhandlingen. Barna i intervensjonsgruppen viste en betydelig reduksjon i antisosial atferd, mens de i kontrollgruppen ikke viste tilsvarende endring. Scott m. fl. konkluderer med at deltakelsen i programmet effektivt reduserer antisosial atferd, men de føyer samtidig til at det er nødvendig med oppfølgingsstudier for å se om de gode virkningene vedvarer.

Patterson m. fl. (2002) viser til fire systematiske reviews som konkluderer med klar evidens for at programmet er en effektiv og kostnadsbesparende måte å forbedre foreldreskap, og at endringer hos foreldrene har en god effekt på barnas mentale helse og atferd. De presenterer også resultater fra en randomisert, kontrollert studie, med barn i alderen 2 – 8 år, og hvor fokus var å undersøke effektiviteten på foreldreprogrammet. Studien konkluderer med at intervensjonen var effektiv med hensyn til å forbedre noen aspekter ved barnas mentale helse, og spesielt gjaldt dette atferdsproblemer. Tilsvarende fant man ikke i kontrollgruppen.

Hughes og Gottlieb (2004) har, ved hjelp av et randomisert kontrollert forsøk, undersøkt virkninger av Webster-Strattons foreldreprogram med hensyn til dårlige fungerende mødre dyktighet i forhold til selvstendighetstrening hos barn. Sammenliknet med en kontrollgruppe viste mødrene en signifikant forbedring i involvering og marginalt signifikant forbedring med hensyn til selvstendighetsstøtte. Også denne studien konkluderte med at foreldreprogrammet var effektiv hjelp for dårlig fungerende foreldre. Foreldretilfredshet i studien var også høy. Også Connolly m. fl. (2001) viser liknede resultater overfor barn med atferdsvansker. Her benyttet man også kontrollgrupper i tillegg til to grupper som fikk behandling. Resultater viste at forbedring var vesentlig større i begge grupper som fikk behandling, med konklusjon om at foreldreprogrammer er en effektiv intervensjonsmetode for å få bedre styring både av barn med atferdsproblemer, emosjonelle forstyrrelser og utviklingsproblemer. Også Stewart-Brown m. fl. (2004) finner gode resultater i en studie med randomiserte kontrollerte forsøk, med barn i alderen 2-8 år og 116 deltakende familier. Intervensjonen viste en signifikant reduksjon i barnas atferdsproblemer samt en bedret mental helse både umiddelbart etter, men også i en oppfølgingsundersøkelse etter 6 måneder. Men etter ett år var forskjellen mellom kontrollgruppen og intervensjonsgruppen ikke lenger signifikant. Stewart-Brown m. fl. konkluderte



med at foreldreprogrammet har potensialer til å fremme mental helse og redusere sosialt uønsket atferd, men at det er nødvendig med ytterligere arbeid for å bedre de langsiktige virkningene.

Patterson m. fl. (2005) understreker også senere at kontrollerte forsøk av Webster-Strattons metode har vist at metoden er effektiv hjelp for foreldre med atferdsvanskelige barn. Selv har de, på bakgrunn av en kvalitativ studie av 31 familier som inkluderte både atferdsvanskelige barn og barn med normal atferd, og som studerte betydningen av programmet, funnet at foreldre gir uttrykk for økt tilfredshet, bedre forhold til barna, vellykket bruk av nye teknikker, samt bedring i barns oppførsel. Studien ble gjennomført på bakgrunn av intervjuer, åpne spørsmål i spørreskjemaer, samt lydopptak, og konkluderte med at metoden er nyttig enten barn er atferdsvanskelige eller ikke. Også Manby (2005) dokumenterer gode resultater på bakgrunn av en evaluering av fire foreldreprogram som gikk over 15 ganger i perioden 2001-2002. Evalueringen indikerte at den tydeligste positive virkningen av programmet lå i å lette på et stort stress som foreldrene opplevde i forbindelse med sin foreldrerolle. Det ble dokumentert moderate forbedringer i foreldrenes opplevelse av barnas problematferd. Programmet virket også positivt med hensyn til å redusere foreldrenes angst- og depresjonsnivå.

I følge Fonagy og Kurtz (2002) viser Webster-Strattons program mot atferdsforstyrrelser svært gode resultater. De hevder, hevder på bakgrunn av litteraturgjennomgang, at det er det mest veldokumenterte og kostnadseffektive programmet for å avhjelpe atferdsforstyrrelser.

Webster-Strattons metode er også benyttet og prøves ut i Norge. I denne sammenheng er flere målsettinger med bruk og implementering av den formulert. Metoden må bidra til tidlig identifisering av barn som viser seg å ha alvorlige atferdsforstyrrelser, og den skal gi behandling til disse i tråd med prinsipper som har vist effekt. De som arbeider med metoden er sertifiserte terapeuter som kan drive klinisk virksomhet i tråd med programmets profesjonelle intensjoner. Et viktig overordnet mål med metoden er å bidra til at de yngste barna med alvorlige atferdsproblemer får et relevant tilbud, samt å bidra til å øke henvisningsfrekvensen til barnepsykiatrisk behandling av små barn. Som Fossum og Mørch (2005) peker på er en av de største utfordringene ved en slik manualisert behandling å tilrettelegge målene for behandlingen slik at de blir tilpasset den enkeltes behov. De peker også på at når metoden nå er i ferd med å implementeres som et ordinært klinisk tilbud, vil det være nødvendig med kontinuerlig veiledning av klinikere for å sikre at familiene faktisk får tilbudet på korrekt måte.

I Norge er det nylig publisert en undersøkelse som retter søkelyset mot foreldrenes erfaringer før, under og etter deltakelse i Webster-Strattons foreldreopplæringsprogram (Lurie & Clifford 2005). Treningsopplegget i denne studien omfattet barn mellom 4 og 8 år. Foreldrene ble intervjuet om sine erfaringer med programmet. Gjennomgående ga de uttrykk for at de var fornøyd med det. Særlig framhevet de den positive samhandlingen med andre foreldre i samme situasjon. Dette bidro til å hjelpe dem i arbeidet med å få til en forbedring i eget selvbilde etter mange år med vanskelige relasjoner i familien. Mange foreldre lærte også nye oppdragsmetoder, og dette hjalp dem til å samhandle med barnet på mer positive måter.

Også Tveit (2002) peker på erfaringer man har så langt med lærer- og førskolelærerkursene er meget positive, og at de oppleves å ha stor nytteverdi. Det framheves også at den gode strukturen i programmet gir en naturlig progresjon inn i de vanskeligere utfordringene, og at det er positivt med en gruppebasert arbeidsmetode. Men det framholdes også at det er noen utfordringer i bruk av programmet i tilknytning til kontekstuelle forskjeller mellom Norge og USA.

Forskningen viser til gode resultater med Webster-Strattons metode for å avhjelpe problemer med atferdsvanskelige barn. Dette er imidlertid en manualbasert metode som er utviklet i en annen kulturell kontekst enn den norske. I norsk sammenheng kan det derfor være behov for forskning som går nærmere inn på om - og eventuelt hvilke typer problemer en automatisk overføring til norsk kontekst kan skape, samt hvordan de som arbeider i praksisfeltet kan forholde seg til dette.

## 5.6 PMTO - Parent Management Training - Oregon

PMTO er en forkortelse for Parent Management Training - Oregon, og peker allerede i navnet sitt på hva som er essensen i opplegget; nemlig å lære opp foreldrene i hvordan de kan forebygge videre utvikling av avvikende atferd hos barn, samt å lære dem hvordan de kan fremme positiv utvikling i familien. Metoden har til hensikt å utvikle positivt samspill mellom barn og foreldre, og forandre samhandlingsmønsteret mellom dem slik at pro-sosial atferd fremmes og støttes, mens fastlåste negative mønstre brytes og reduseres (Schjelderup et al. 2005:43).

Målet med programmet eller tiltaket er å gi foreldrene et verktøy og dem til å bruke bedre strategier i håndteringen av barnet i hverdagen. PMTO har utviklet et strukturert intervensjonsopplegg med fastsatte temaer i bestemt rekkefølge, som er slik at de forskjellige delene i programmet bygger på hverandre. Møter med familien følger et bestemt opplegg, med gjennomgang av hjemmeoppgaver, introduksjon av nytt tema, innøving og ny hjemmeoppgave. Ofte er barnehage og skole trukket inn i arbeidet. Det er utviklet klare instruksjoner til terapeutene om hvordan de forskjellige temaene skal gjennomgås. Terapeutene som arbeider med PMTO er sertifisert for oppgaven.

Målgruppene for PMTO er familier med atferdsvanskelige barn, som kan omfatte ulike vansker i tilknytning for eksempel til aggresjon, kriminalitet og rusmisbruk. Ofte anvendes metoden i sammenhenger der barna viser symptomer man erfaringsmessig vet kan føre til atferdsvansker i ungdomsårene (Velle 1999). PMTO kan tilbys barn i alderen 4 – 12 år.

Tanken bak utvikling av modellen er at antisosial atferd hos barn og ungdom utvikler seg gjennom et negativt samspill i familien som er slik at familiemedlemmene påfører hverandre ubehag for å få det som de vil, for eksempel gjennom hyling, argumentering og slag (Apeland 2005). Terapeutens oppgave og ansvar blir da å skape allianser og samarbeidsrelasjoner som er til nytte for familien.

Som det framgår av individstatistikk barnevern fra SSB (tabeller spesialberegnet for dette prosjektet), var det få foreldre som hadde fått foreldreopplæring etter PMTO-metoden i 2002, bare foreldre til 31 barn hadde fått dette tiltaket. I løpet av 2003 skjedde det en vesentlig økning, da fikk foreldre til nær 130 barn dette tiltaket. I løpet av 2004 hadde tiltaket blitt gitt til foreldre til vel 270 barn. De aller fleste fikk tiltaket som hjelpetiltak alle de tre årene.

Tabell 5.1 *Antall barn og unge hvis foreldre har fått foreldreopplæring (PMTO) som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004.*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgstiltak	Som både hjelpe- og omsorgstiltak
2002	31	30	1	-
2003	129	122	7	-
2004	272	262	10	-

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern

PMTO har vært evaluert gjennom et stort antall randomiserte kontrollerte effektstudier, og er beskrevet som en av de best dokumenterte behandlingsmetodene for barn og ungdom med atferds-vansker. Populasjonene som har vært studert har variert både med hensyn til alder og alvorlighetsgraden av opposisjonell, antisosial og aggressiv atferd, samt overfor foreldregrupper og i forbindelse med behandlingsfosterhjem (Solholm 2005).

På bakgrunn av gjennomgang av omfattende internasjonal forskning om PMTO konkluderer Solholm m.fl. med at de kliniske og forebyggende studiene totalt sett viser at PMTO har god effekt. Metoden har ført til klar bedring i barnas atferd gjennom registrering som er gjort i rapporter fra foreldre og lærere, ved hjelp av direkte observasjon av atferd hjemme og på skolen og i forskjellige typer registre, herunder antall arrestasjoner og institusjonsplasseringer. Atferdsendringene det vises til dreier seg om reduksjon i antisosial atferd og økt forekomst av pro-sosial atferd. Det framholdes også at forskningen viser at effekten av intervensjonen varer over tid. Dessuten er det registrert positiv endring av atferd hos barn som ikke var direkte i fokus for behandlingen, i form av bedret atferd hos søsken, og reduksjon i depressive symptomer hos mødrene. (Solholm 2005:594). Likevel lyktes man ikke i alle tilfeller, og mellom 25-30% karakteriseres som mislykket. Årsakene til hvorfor man lykkes med noen og ikke med andre, er foreløpig ikke klare.

Også Ogden (2000:6) understreker at en rekke evalueringstudier av PMTO viser at metoden effektivt endrer barns problematferd. Det påpekes også at man gjennom kontrollerte evalueringstudier har vist at metoden fører til betydelige forandringer i foreldrenes og barnas atferd. Hvor effektiv foreldreopplæringen er, avhenger av barnas alder, alvorlighetsgraden av foreldrenes problemer, samt mengden stress i hverdagen. Forskning viser dessuten at man har oppnådd de beste resultatene når behandlingen legger vekt på konkret ferdighets-opplæring, og når behandlerne selv har hatt grundig opplæring. Terapeutens evne til å formidle respekt, forståelse, støtte og optimisme, er svært viktig for et vellykket resultat. Dette understøttes av Apeland (Apeland 2005) som viser hvordan terapeuten kan skape en god dialog i møtet med den enkelte familie. En åpen problemløsende holdning og bruk av rollespill trekkes fram.

Frøyland (2006:32) beskriver erfaringer ved bruk av PMTO fra terapisisituasjoner. Hun peker på betydningen av at PMTO benytter velkjente metoder for å dempe negative følelser, og at PMTO viser til solid forskning som finner en klar sammenheng mellom utveksling av

---

irritasjon mellom familiemedlemmer og psykiatriske problemer hos ungdom.

## 5.7 MST – multisystemisk behandling

Multisystemisk behandling eller terapi (MST) er en metode som retter seg mot alvorlige atferdsvansker hos barn og unge i alderen 12 til 18 år. Den retter søkelyset mot de ulike arenaene i den unges liv, slik som individ, familie, skole, venner og nabolag. Dette er regnet som et frivillig hjelpetiltak som utføres av sertifiserte MST-terapeuter.

Arbeidet er hjemmebasert med klart fokus på mobilisering av nettverket rundt ungdommene, samtidig som den sikter mot økt foreldrekraft. Målet er å endre problematferden. Dette gjøres ved å finne fram til de viktigste årsakene eller faktorene som opprettholder den uønskede atferden (Schjelderup et al. 2005:44).

Multisystemisk behandling er en sammensatt, korttids, hjemme- og nærmiljøbasert intervensjon for familier og ungdom med alvorlige psykososiale og atferdsmessige problemer (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland, & Cunningham 2000). Tilnærmingen er basert på teorier om sosiale systemer som sosialøkologi, sosial nettverksteori og systemteori, samt på evidensbasert forskning om årsaker til antisosial atferd hos unge mennesker (Klefbeck & Ogden 2003).

MST er utformet med tanke på å kunne løse komplekse psykososiale problemer og å bidra til at det etableres alternativer til plasseringer utenfor hjemmets for barn og unge med atferdsvansker. Behandlingen legges opp slik at den tar tak i spesifiserte behov og problemer som ungdommen og familien har, og innebærer at man arbeider med andre systemer rundt disse, slik som skole, vennegrupper, øvrig familie og eventuelt naboer. Det er denne angrepsvinkelen som ligger bak navnet multisystemisk, - altså at man arbeider med mange sosial systemer sett i sammenheng.

Detaljerte framgangsmåter for hvordan en slik omfattende behandling kan tilrettelegges, er beskrevet i en omfattende lærebok av Henggeler m. fl. (2000). Det påpekes der at MST har potensialer til å kunne redusere de store ressursene som i dag går med til plasseringer utenfor hjemmet, og da særlig i institusjoner, og at den type familieorienterte tiltak som MST er, kan bidra til vesentlig bedre resultater.

Behandlingen strekker seg over et begrenset tidsrom, vanligvis på mellom 4 – 6 måneder, og omfatter hele familien. Behandlingsteamet består av profesjonelle, sertifiserte terapeuter og sosialarbeidere som er utdannet i krisehåndtering. Det løpende arbeidet skjer under vei-

ledning av kliniske psykologer eller psykiatere. Terapeutene har høyt faglig nivå, de arbeider slik at de er tilgjengelige for deltakerne i MST-programmet 24 timer i døgnet uken gjennom så lenge behandlingen pågår. Terapeutene forholder seg som regel til mellom 2 og 6 familier samtidig, og kan besøke familiene mange ganger i løpet av en uke. I noen tilfeller blir familiene besøkt mellom 2 og 15 timer i uka. Derfor benyttes begrepet ”intensiv” for å beskrive hvor stort omfanget av tjenesten kan være.

Gjennom behandlingen vektlegges å kartlegge og analysere ungdommens atferd, samt familiemedlemmenes interaksjon med hverandre og med omverdenen. Intervjuer med familiemedlemmene finner vanligvis sted hjemme hos den aktuelle familien. I samråd med familien setter terapeuten opp identifiserbare og definerte behandlingsmål. Oppgaver som må gjennomføres for at disse målene skal nåes blir identifisert, og fordelt på de forskjellige familiemedlemmene. Deretter blir de diskutert i familieråd eller møter som skal skje regelmessig, minst en gang i uka, men i noen tilfeller daglig. Disse møtene finner også sted i hjemmet.

MST består ikke av et bestemt knippe med intervensjonsteknikker. Man arbeider derimot slik at intervensjonsstrategier blir utviklet fra et praktisk, problemfokustert og problemløsende perspektiv, og hvor grunnlaget for intervensjonene er basert på teknikker fra familierapi og kognitiv atferdsterapi (Henggeler et al. 2000). Man arbeider dessuten så fleksibelt at opplegget er skreddersydd og tilpasset behovet til familiemedlemmene, samtidig som det gjennomføres innenfor en kontekst som vektlegger og tar hensyn til familiens verdier, tro og kultur.

I likhet med enkelte andre tiltaksformer kartlegger man multiple faktorer som man mener bidrar til å fremme aggressiv, avvikende og utagerende atferd, ved å utnytte styrken ved andre forhold i ungdommens nærmiljø, i for eksempel nabolag, skole, slekt og familie. Gjennom dette legger man til rette for å fremme atferdsendring. Det hjemmebaserte opplegget kan man finne igjen i andre tiltaksformer også. Det at noe finner sted i familie eller nærmiljø, er imidlertid i seg selv det samme som ”behandling”. Det er heller ikke slik at alle hjemmebaserte tjenester leverer det samme produktet.

MST skiller seg imidlertid fra andre intervensjonstilnærminger gjennom sin omfattende definering av kliniske problemer og sin mangesidige intervensjon i store systemer rundt et individ og en familie. Særlig fire forhold framheves som viktige forskjeller mellom MST og annen intervensjon. For det første at MST selv hevder å ha

belegg for å vise til langsiktige, effektive resultater ved hjelp av forskningsbaserte evalueringer. For det andre framheves at man baserer tilnærmingen på en klart definert og empirisk forankret behandlingsteori. For det tredje er det et sterkt fokus på oppfølging i tråd med behandlingsmodellen, og for det fjerde er det sterkt vektlagt at ungdommens foresatte skal myndiggjøres og veiledes slik at de selv klarer å ta hånd om framtidige vanskeligheter.

Behandlingsteorien kommer til uttrykk i den detaljerte behandlingsmanualen som er skrevet av Henggeler m. fl. (2000), og den operasjonaliseres gjennom ni behandlingsprinsipper. Behandlingsteorien som MST bygger på årsaksmodellering av alvorlig antisosial atferd, samt sosialøkologi og familiesystemiske atferdsteorier. Fra MST-instituttene framheves det at en rekke forskningsgrupper over lang tid har gjennomført studier om hva som fremmer antisosial atferd, og hvordan man kan beskrive det gjensidige forholdet mellom sentrale risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer som bidrar til at ungdom utvikler alvorlige atferdsproblemer.

MST legger svært stor vekt på foreldrenes eller foresattes muligheter og deres tilpasning til behandlingsmodellen. I praksis er MST både en analytisk og oppgaveorientert behandling. MST-behandlerne er trent opp i alltid å være oppmerksom på egen forståelse av hvert enkelt case og til alltid å finne støtte for egne antakelser med observerbar evidens. MST-behandlerne fokuserer på å utforme intervensjoner som vil ha den mest umiddelbare og mest betydningsfulle innflytelse på atferdsproblemet. MST-behandlerne er opplært i å forutse resultatet av hver enkelt intervensjon ved å beskrive det observerbare og målbare utbyttet de ønsker å oppnå, og dokumentere de forventede målene forut for implementering av intervensjonen. Denne informasjonen blir benyttet til å måle framskritt som gjøres eller barrierer som oppstår. Hele tiden er imidlertid fokus på langsiktige virkninger gjennom å styrke omsorgspersonene i å håp om at de etter hvert på selvstendig grunnlag skal greie å håndtere de vanskelighetene som melder seg i oppdragelsen av tenåringsbarn med atferdsproblemer samt å styrke ungdommen i å forholde seg til problemer som kan oppstå overfor familie, venner, skole og nabolag. MST fokuserer på å endre kjente, uheldige determinanter, som også inkluderer visse karakteristika hos ungdommen selv, i familien, i relasjon til venner, i skolesammenheng, og i nabolaget. Endring søkes iverksatt ved å mobilisere ressurser hos ungdommen, i familien og i det omkringliggende miljøet. Behandlingsplaner utarbeides i samarbeid med familien, og familien ansvarliggjøres i forhold til dem. En viktig tanke er at man hjelper ungdommen best ved å hjelpe deres familier, og at dette får man best til ved å støtte dem (Henggeler et al. 2000).

Ogden (1998:23) understreker at det er viktig å framheve de streke sidene ved MST, og at MST tar utgangspunkt i ungdommenes og familienes perspektiv og opplevelser heller enn behandlernes, og organiserer behandlingen ut fra dette. Han fremhever at et viktig premiss er at foreldre føler et sterkt ansvar for sine barn, og at de kan mobiliseres tiløkt innsats hvis de får tillit, støtte og hjelp. Ogden (2002:53) peker imidlertid også på at selv om forskningsresultater fra USA tyder på at MST er en effektiv intervensjon i arbeidet med alvorlige atferdsproblemer, kan mange spørsmål reises i forbindelse med hvordan man overfører en modell fra et land til et annet. MST er likevel iverksatt i Norge uten store endringer i opplegget.

I Norge hadde vel 380 unge fått multisystemisk behandling i løpet av 2002. I løpet av 2003 ble om lag 60 prosent flere unge omfattet av tilbudet, da fikk nær 620 unge dette tilbudet. Fra 2003 til 2004 skjedde en mindre markert økning. I løpet av 2004 fikk 745 unge dette tilbudet. De aller fleste får tilbudet som hjelpetiltak. Dette følger intensjonen i tiltaket. Men noen fikk likevel tiltaket som omsorgstiltak. Det gjaldt 25 unge i 2004.

Tabell 5.2 *Antall barn og unge som har fått multisystemisk behandling (MST) som henholdsvis hjelpetiltak, omsorgstiltak eller begge deler. Omløpstall for årene 2002-2004*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgstiltak	Som både hjelpe- og omsorgstiltak
2002	384	378	6	-
2003	617	602	15	-
2004	745	720	24	1

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern.

Kalve (2003) framholder at det ved utgangen av 2002 var en overrepresentasjon av gutter, men at det likevel var overraskende mange jenter i MST-behandling, hele 42 %. Det var i 2002 klart flest 15-åringer som mottok tilbudet, og få unge med innvandrerbakgrunn.

MST er, i følge Klefbeck, en godt dokumentert behandlingsmodell, og den bygger på omfattende forskning (Klefbeck & Ogden 2003:244). I perioden 1992-98 ble det, i følge Klefbeck og Ogden, publisert 78 artikler fra forskere tilknyttet Family Services Research Center ved Medical University of South Carolina. Flere av disse er kontrollerte, randomiserte evalueringsstudier. Disse studiene oppsummeres i litteraturen, i følge Klefbeck og Ogden (2003:245), slik at MST har vist å ha langsiktig, reduserende effekt på rus- og voldsrelatert



kriminalitet og andre lovbrudd, så vel som på antall arrestasjoner, fengslinger og plasseringer utenfor hjemmet. Det påpekes at vurdering av langtidseffekten er basert på registerdata som fanger opp arrestasjoner og dommer for lovbrudd. Det påpekes også at evalueringsstudier for øvrig viser redusert internalisert og eksterne problematferd hos ungdom, nedgang i psykiske symptomer hos foreldre, økt sosial støtte, samhold og tilpasninger, og færre konflikter i familien. Klefkbeck og Ogden understreker imidlertid at det mangler gode metastudier som viser hvilken effekt hver enkelt komponent i behandlingsprogrammet har for resultatene. De framholder at det er en mulighet for at enkelte av komponentene er mer effektive enn andre, eller eventuelt like effektive som summen av hele programmet. Dette kunne ikke de studiene som var utført på slutten av 1990-tallet si noe om. Samtidig pekes det på at resultater fra evalueringsstudier fra denne perioden viser at behandlingsresultater fra MST ligger langt over resultatene fra andre intervensjoner.

Henggeler m. fl. (2003) presenterer resultater fra en oppfølgingsstudie på et randomisert utvalg ungdommer i krise, og som har fått MST sammenliknet med en gruppe som har vært innlagt på psykiatrisk sykehus. Studien konkluderte med at MST i utgangspunktet var mer effektiv enn innleggelse når det gjaldt å redusere ungdommenes symptomer, samt å bedre tilstedeværelse på skolen, og klimaet i familien. Forskjellene avtok imidlertid 1 – 1 1/2 år etter avsluttet behandling. Schoenwald m. fl. (2003) viser at det er av stor betydning at man har fokus på implementering av behandlingen og på den kontekst og det rammeverk implementeringen foregår i.

Randall og Cunningham (2003) har gjennomgått flere studier om rus- og alkoholmisbrukende ungdommers nytte av MST. De peker på at flere kliniske forsøk dokumenterer at MST er effektiv overfor slike grupper med begge former for avhengighet. Burns (Burns 2003) peker på at undersøkelser viser at ungdom som ikke var innlagt på institusjon og fikk MST ikke kom dårligere ut enn ungdom som var institusjonalisert og fikk annen behandling. Positive resultater framholdes også av Bor (2002) som viser til at MST er blitt testet på en rekke ulike grupper og i et stort omfang av studier, og at metoden har blitt omfattende evaluert. På bakgrunn av systematiske reviews framholdes at forskning viser at metodens effektivitet er grundig dokumentert i løpet av det siste 10-året.

Ogden (2000:9) hevder at forklaringen på at MST gir mer positive resultater enn andre metoder over aktuelle grupper atferdsvanskelig ungdom er at behandlingen rettes mot de kjente årsakene til atferden (eller kriminaliteten), den er rettet mot familien og gjennomføres i

ungdommenes hjemlige omgivelser, behandlerne er spesielt sertifisert for oppgaven, og det vektlegges å utvikle positive samarbeidsrelasjoner mellom ulike etater og instanser. Et eksempel på en vellykket intervensjon er beskrevet av Engdahl (2003), som gir en erfaringsbasert redegjørelse fra en MST-terapeut, og vanskelighetene i en familie med en rusmisbrukende ungdom og hvordan de ble løst på en god måte med vekt på å fremme positive relasjoner, blant annet ved hjelp av kontrakter, mål og konsekvenser for overholdelse.

Da MST ble innført i de nordiske landene viste altså en rekke studier at MST hadde positive effekter. Dette var en viktig grunn til at man iverksatte MST mer systematisk. Blant annet ble Atferdssenteret ved Universitetet i Oslo ble opprettet ut fra en målsetting om å styrke kunnskapen og å høyne kompetansen i arbeidet med atferdsproblemer blant barn og unge. Som ledd i denne satsning har en landsomfattende implementering av Parent Management Training (PMT-Oregon modellen) og Multisystemisk behandling (MST) vært de viktigste komponentene.

Littell (2004) understreker betydningen av å vurdere hvilke metoder som benyttes i arbeidet med å reviewe og syntetisere resultater fra studier som reiser spørsmålet om virkninger av sosiale intervensjoner. Hun peker på at rapporter tidvis kan være inkonsistente og ufullstendige, og at de derfor kan være av varierende kvalitet.

Nylig ble det imidlertid publisert et Campbell-review med mål å vurdere effekten av MST for atferdsvanskelig ungdom<sup>34</sup>. Arbeidet er gjennomført av Littell m. fl. (2005), og er publisert av Nordisk Campbell Center<sup>35</sup>. Forskerne har gått gjennom alle tilgjengelige internasjonale undersøkelser om virkninger av MST etter en nøye prosedyre som er grundig redegjort for i reviewet. De som hadde tilstrekkelig høy metodisk kvalitet ble inkludert i Campbell-reviewet. Ettersom dette reviewet er så omfattende og så nylig publisert, er resultatene fra det tungtveiende. De står til dels i kontrast til tidligere publiserte resultater. I det minste nyanserer de dem en god del, og bør derfor vurderes av de som arbeider med så vel behandling som forskning på MST.

Undersøkelsene som inngår i reviewet er gjennomført i Norge, Canada og USA. I alt åtte undersøkelser er inkludert. Effekt av behandlingen er vurdert ved en systematisk gjennomgang av en rekke faktorer,

---

<sup>34</sup> Reviewet er gjennomført etter de vanlige strenge vitenskapelige kriterier som Campbell setter for sine reviewer.

<sup>35</sup> Det vises til kapittel 2, avsnitt 2.1, for en redegjørelse av kvaliteten på og prosedyrer rundt Campbell-reviews.

herunder omfanget på institusjonsopphold, anholdelser, samt stoffmisbruk etter et avsluttet behandlingsforløp. Reviewet konkluderer med at det ikke er noe som tyder på at MST er bedre for de unge enn andre behandlingsformer, og at det er for tidlig å trekke en slutning om at MST eventuelt skulle være bedre enn andre behandlingsformer. På den annen side er det heller ikke noe som tyder på at MST har skadelige virkninger.

Littell framholder at det sannsynligvis er begrenset hvilke resultater man kan oppnå gjennom kortvarige, individuelle og familiefokuserte behandlingstilbud overfor en målgruppe som har omfattende sosiale problemer. Hun reiser spørsmålet om det kanskje kreves mer dyptgående sosiale innsatser hvis man effektivt skal forebygge videre marginalisering som denne gruppen står overfor.

## 5.8 Oppsummering

I dette kapitlet er det redegjort for erfaringer i tilknytning til det vi har kalt familie- og nettverksorienterte tiltak. Felles for dem er at de forsøker å vektlegge og ivareta forholdet mellom deltakelse og beskyttelse rundt barnet, samt deltakelse fra foreldre og nettverket rundt. De legger også vekt på å være forebyggende, familiestøttende og kompetanseoppbyggende. Alle vektlegger betydningen av å benytte den kapasitet familiene selv representerer, og har til dels sterke islett av empowerment-tenkning.

Metodene som presenteres er meldingsmøte, familieråd, flipover, Marte Meo, Webster-Stratton, Parent Management Training-Oregon (PMTO), samt MST eller multisystemisk behandling. De siste fire metodene skiller seg klart fra de øvrige tre førstnevnte på den måten at de er manualbaserte, og de krever sertifiserte terapeuter til å administrere dem. Slik er det ikke med meldingsmøte, familieråd og flipover.

Samtlige metoder er å betrakte som relativt nye i norsk sammenheng, mens særlig de manualbaserte metodene har eksistert i en årrekke. Det foreligger svært mye internasjonal forskning i tilknytning til de manualbaserte metodene. Den består både av systematiske reviews og av randomiserte, kontrollerte forsøk. Det er også utført noe forskning om bruk og virkning av metodene i norsk sammenheng, i tillegg til erfaringsbaserte beskrivelser. Konklusjoner peker på at metodene er virkningsfulle, men med en del nyanser i tilknytning til hver enkelt innenfor det aktuelle nedslagsfeltet.

Det foreligger også en del forskning om de tre øvrige metodene, meldingsmøte, familieråd og flipover. I norsk sammenheng er man også her i en tidlig fase med hensyn til bruksomfang og implementering. Den forskning og de erfaringer som foreligger så langt, tyder imidlertid på at tiltaksformene er lovende.

## 6 Tiltak rettet mot ulike typer målgrupper

### 6.1 Innledning

”Målgruppe” er i mange sammenhenger definert gjennom type sosialt problem det aktuelle *program eller intervensjon* er utformet for å løse. Problemet kan være kategorisert med referanse til barnet/den unge (for eksempel utagerende atferd, voldsbruk, kriminalitet, rus), eller med referanse til barnets foresatte (omsorgsevne, omsorgssvikt, mishandling). Målgruppen (i engelskspråklig litteratur: ”typical population” eller bare ”population”) for noen tiltak vil kunne være avgrenset til individuelle ”symptombærere” (for eksempel voldsutøvere, rusmisbrukere), for andre tiltak kan avgrensning av målgruppe ligge implisitt i det teoretiske kunnskapsgrunnlaget for utforming av selve intervensjonen, for eksempel familierapeutiske program som ser den primære symptombærens problem som forårsaket og opprettholdt av dysfunksjonelt samspill i familien.

I evalueringslitteraturen er ”målgruppe” i noen sammenhenger angitt ved hvilke problemstillinger forskeren har lagt til grunn. Særlig synes dette å gjelde i langtidseffekter av intervensjon. Effekt av et intervensjonsprogram for bedring av spedbarnsforeldres omsorgsevne vil rett etter avslutning for eksempel måles gjennom samspill barnforeldre og ulike andre indikatorer, mens ”målgruppen” i et langtidsperspektiv for eksempel vil være barnet som tenåring, der effekt av slik foreldretrening vil bli målt i forhold til forekomst av atferdsproblemer, bruk av rusmidler, tilpasning til skolen, og lignende, sammenholdt med en kontrollgruppe som ikke ble del av slik intervensjon.

”Målgruppe” er i noen sammenhenger avgrenset med basis i administrative og forvaltningsmessige forhold. Dette gjelder for eksempel unge som er dømt for lovbrudd, og som derved er kommet

inn under kriminalomsorgens ansvarsområde. Målgruppen blir i slike tilfeller avgrenset til kategoriene ”unge lovbytere”, mens de program som danner grunnlag for intervensjon kan være tilrettelagt for den mer overordnede kategorien ”unge med atferdsvansker” slik som for eksempel multisystemisk terapi (MST) og funksjonell familierapi (FFT).

Begrepet målgruppe er altså komplisert. Disse komplikasjonene kommer tydelig fram ved litteratursøk.

## 6.2 Kriminalitet og gjenger

En liten, men økende andel barn og unge (under 18 år) blir hvert år registrert av politiet på grunn av lovbrudd. For barn under 15 år (ikke strafferettslig ansvarlige) er det vinningskriminalitet og skadeverk som er mest utbredt. Relativt få i denne aldersgruppen blir tatt for andre typer forbrytelser, men i de senere årene har det vært en viss økning i andelen barn under 15 år som er registrert for voldsforbrytelser. I aldersgruppen 15-20 år er brudd på veitrafikkloven den mest utbredte form for lovbrudd, men de senere år er en økende andel blitt registrert for narkotika- og voldsforbrytelser. Fra 1992 til 2001 ble andelen 15-20-åring registrert for narkotikaforbrytelser femdoblet, og andelen registrert for voldsforbrytelser fordoblet. I 2001 ble det tatt ut siktelse mot 4153 barn under 15 år. Disse utgjorde knapt 7 promille av barn i aldersgruppen. Antall siktede under 15 år har vist jevn økning. Det var dobbelt så mange siktede i disse aldersgruppene i 2001 sammenliknet med ti år tidligere (Stene 2001).

For aldersgruppen 15-17 år ble det i 2001 tatt ut siktelse mot 7.725 personer, eller i underkant av fem prosent av alle i aldersgruppen. Av disse ble 212 personer (209 gutter, 3 jenter) dømt til ubetinget fengselsstraff. Stene (2001) viser at vi de seinere årene har hatt en klar dreining bort fra fengselsstraff som reaksjonsform når den siktede er under 18 år.

Skardhamar (2005) har studert siktelser etter lovbrudd for hele årsklassen født i 1977 fra disse fylte 15 fram til fylte 24 år. Han fant at i aldersperioden 15 til 24 år ble det tatt ut siktelse for minst et lovbrudd mot mer enn hver femte person i denne fødselskohorten. Kjønnfordelingen var svært skjev. Blant gutter i denne aldersklassen var det tatt ut siktelse mot hver tredje, mens dette gjaldt 8,5 prosent av jentene. Noen få (165 personer) er siktet for svært mange (>30) forbrytelser. Disse ”hyperaktive” var siktet i 35 prosent av alle forbrytelser med kjent gjerningsperson.

Skardhamar (2005) viser at personer siktet for lovbrudd har hatt dårligere oppvekstvilkår, og dårligere levekår enn normalbefolkningen. Sammenliknet med normalbefolkningen er det blant siktede:

- Svært mye lavere utdanningsnivå blant foreldre
- Svært mye høyere andel har en eller begge foreldre som selv har vært siktet
- Svært liten andel som selv har fullført høyere utdanning
- Svært mye større andel yrkeshemmede
- Svært mye høyere andel som har mottatt sosialhjelp, og som dessuten har mottatt slik hjelp over lang tid
- Svært mye høyere dødelighet

Tilbakefallsprosenten blant unge lovbrøyttere er høy. I 1996 ble det i Norge tatt ut siktelse mot i alt 10.151 barn og unge under 18 år. I perioden 1997 til 2001 ble det tatt ut ny siktelse mot 5.268 av disse, altså mot mer enn 51 prosent (NOS Kriminalstatistikk).

Når ungdom begår kriminalitet blir handlingene nesten alltid utført sammen med andre unge. Ungdomskriminalitet er med andre ord et kollektivt fenomen. Norsk og internasjonal forskning viser at kriminelle gjengangere har en annen livsførsel og livsstil enn sine jamnaldrede. Deltaking i, og tilknytning til storsamfunnets institusjoner er liten. I særlig grad gjelder dette skolen. Skoleprestasjonene er svake, og forekomst av skulk er meget høy. Deltaking i organiserte aktiviteter (som idrett) er lav, og tilknytning til egen oppvekstfamilie er ofte svak og konfliktfylt. Tilknytning og lojalitet til andre unge med en lik livsstil er derimot sterk. Unge kriminelle gjengangere har *andre unge kriminelle gjengangere* som sitt mest sentrale sosiale forankringspunkt. Slike fellesskap av unge kriminelle antar ofte gjengkarakter med ”vi-følelse”, og med skille mellom ”oss” og ”dem”.

### 6.2.1 Gjenger eller nettverk?

Unge kriminelle gjengangere inngår i sosiale fellesskap med aktører som har svært like kjennetegn. De bærer ofte ytre felles kjennetegn (klær, symboliserer i form av merker/ tatoveringer), og det felles ”vi” understrekes gjennom et navn. I USA er ”Bloods” og ”Chrips” eksempler på slike voldelige, kriminelle (og antagonistiske) fellesskap.

I Norge (og Europa) hersker det uenighet om det finnes gjenger med kjennetegn a la det som er beskrevet i amerikansk litteratur. Det er blitt hevdet at norske (og europeiske) gjenglignende miljøer i mindre grad utgjør avgrensede miljøer, og at man i større grad står overfor ulike overlappende kriminelle nettverk. Mens amerikansk gjengforskning viser høy grad av antagonisme, fiendskap og konkurranse gjenger i mellom (se for eksempel Decker og van Winkle 1996, Klein 1995), er det europeiske bildet mer preget av ulike "utgrupper" som sosialt har lite til felles, men som likevel kan samarbeide. Debatten om "gjeng" eller "nettverk" er belyst i det europisk/amerikanske samarbeidet *The Eurogang Paradox: Street Gangs and Youth Groups in the U.S and Europe*. (Klein m.fl. 2001). Strategi for intervensjon vil i noen grad være avhengig av hvilken forståelse som legges til grunn.

### 6.2.2 Intervensjon

I to nyere norske studier belyses et bredt anlagt intervensjonsprogram rettet mot to voldelige ungdomsmiljø i en norsk kommune (Carlsson & Haaland 2004), og et intensivt, men avgrenset prosjekt innrettet mot ei svært voldelig og kriminell ungdomsgruppe (Carlsson 2005). Et sentralt funn i evaluering av innsats for å bekjempe kriminelle ungdomsgjenger i USA er at gjengene er "biprodukter" av det lokalsamfunn de opererer innenfor, ...*they cannot be controlled by attacks on symptoms alone; community structure and capacity must also be targeted* (Klein 1995:147). Konklusjonen av dette blir at intervensjonsprogram i USA må ha sterkt fokus på endring av de sterkt segregerte, ofte slumpregede byområdene der gjenger oppstår og opererer. "Community mobilization" kombinert med forsterket sosial kontroll og "law-enforcement" utgjør sentrale komponenter i mange av de amerikanske programmene. I USA finner vi en rekke program med en slik "makroinnretning" der endring av lokale strukturer sees som forutsetning for å forebygge gjengkriminalitet

På et "mikronivå" har man i USA prøvd ut ulike program der formålet er å "oppløse" gjenger og å få enkeltmedlemmer ut av gjengene. Noen av disse har vært innrettet mot gjengen som gruppe, og som gruppe har gjengen fått felles fritidstilbud (fritidsklubb, sport), opplærings-tilbud, rettshjelp, individuell veiledning m.v. Evaluering av slik tilnærming har gitt nedslående resultater. Programmene har virket til å forsterke båndene medlemmene imellom, og tallet på arrestasjoner viste økende, ikke synkende tendens.

Derimot har program innrettet mot individuelle medlemmer gjennomført på individuelt grunnlag vist positive resultater. Disse program-



mene spenner over et bredt spekter av tilnæringsmåter, bl.a. yrkesforberedende opplæring og arbeidstrening, kognitive atferdsprogram (ART) samt multisystemisk terapi (MST). Bruk av ART og MST har gitt særlig lovende resultater (Howell 1998)

### 6.2.3 Regjeringens handlingsplan: Sammen mot barne- og ungdomskriminalitet

I 2005 la regjeringen fram en handlingsplan mot barne- og ungdomskriminalitet<sup>36</sup> der to formål ble understreket:

1. Sikre forutsigbar og rask oppfølging gjennom forpliktende og strukturert samarbeid
2. Tilrettelegge for ”skreddersydd” og samordnet bruk av virkemidlene innefor strafferetten og samfunnet for øvrig.

Målgruppene for tiltak i handlingsplanen er mindreårige lovbrytere, særlig gjengangere, som utgjør en risiko for seg selv og andre, samt lovbrytere mellom 15 og 18 som sitter i fengsel, enten i varetekt eller etter dom. Prinsippet om *barnets beste* skal være et grunnleggende hensyn i de tiltak som angår barnet.

I kampen mot barne- og ungdomskriminalitet har pendelen svinget mellom tiltak hvor hovedvekt legges på ”barnets beste”, og tiltak som anses best egnet når mest mulig effektiv kriminalitetskontroll sees som hovedmål. Kjersti Ericsson (Ericsson 2000) viser dilemmaene som har oppstått mellom disse hensynene i praktisk kriminal- og barnevernspolitikk i etterkrigstiden.

Handlingsplanen omhandler i første rekke tiltak på et sekundær- og tertiær forebyggende nivå. Det er slike som skal omtales i det følgende. Planens tittel – *Sammen mot ...* viser til det sentrale faktum at bekjempelse av barne- og ungdomskriminalitet er sektorovergripende ansvar. Planen er utarbeidet i samarbeid mellom seks departement. For hvert av (de mange) tiltak er et av disse departementene oppført som hovedansvarlig. Dette mønsteret finner vi også i andre land.

---

<sup>36</sup> *Sammen mot barne- og ungdomskriminalitet (2005 – 2008)*. Justis og politidepartementet

## 6.2.4 Restorative Justice

I handlingsplanen framsettes ”Restorative Justice” som en sentral arbeidsmetode overfor unge lovbrøyttere. Restorative justice kan defineres som *...a process whereby all the parties at stake in a particular offence come together to resolve collectively how to deal with the aftermath of offence and its implications for the future* (Latimer og Dowden 2001).

I dette vektlegges tre prinsipper:

1. Samfunnets reaksjon bør starte med å gjenopprette så mye som mulig av den skade offeret er blitt påført
2. Gjerningspersonen skal stimuleres til å forstå konsekvensene av egen handlinger og bli oppmuntret til å ta ansvar
3. Offeret bør ha anledning til å fortelle gjerningspersonen direkte hvilke konsekvenser den kriminelle handlingen har hatt

”Restorative justice” er et relativt nytt element i norsk strafferettspleie, og er nedfelt i Lov om konfliktråd som kom først i 1991. De første forsøk med konfliktråd ble gjennomført om lag ti år tidligere. I Norge har bruken av konfliktråd vist jevn økning. I 2001 resulterte i underkant av 1.000 (15 prosent) av alle siktelsener mot barn og unge (under 18 år) i overføring til konfliktråd (NOS Kriminalstatistikk).

Det foreligger begrenset forskning på virkninger av program initiert etter prinsippene for restorative justice. Latimer og Dowden (2001) identifiserte 22 ulike studier av effekter av til sammen 35 intervensjonsprogram etter prinsippene om ”restorative justice”. I alle disse forekom ”sammenlikningsgruppe” (ofre og utøvere) som ikke fikk del av intervensjon. I utgangspunktet ble kandidater til ”programgruppe” (ofre og utøvere) og kontrollgruppe fordelt tilfeldig, men siden deltakelse i programgruppe pr definisjon var basert på frivillighet vil frafall fra programgruppe bli selektiv. Grad av motivasjon danner skillelinje mellom deltakere og de som avstår fra deltakelse. I mange av studiene var frafallet i programgruppen betydelig, og i mange av studiene ble ”de frafalne” overført til kontrollgruppen.

Resultatene av intervensjon ble målt langs to hoveddimensjoner: 1) i hvilken grad gjerningspersonen etter et tidsrom (som hovedregel ett år) ble registrert med ny kriminalitet (residiv), og 2) i hvilken grad offeret for den kriminelle handlingen opplevde å ha fått oppreisning etter behandling i konfliktråd. Forskjeller i residiv-rater mellom

programdeltakere og personer som avslo å delta var store. Det samme gjaldt ofrenes tilfredshet og opplevelse av oppreisning. Men de registrerte forskjellene kunne i alt vesentlig tilskrives seleksjon i frafall fra programgruppene. Svakheter ved designet i forliggende forskning er m.a.o. så store at det ikke er mulig å trekke slutninger om effekten av programmer basert på prinsippene i restorative justice.

Latimer og Dowden (2001) peker på en rekke svakheter ved de studier som hittil er gjort for å måle effekt av restorative-justice programmer. Selektivt frafall og ikke-randomiserte design er de viktigste. For å bøte på dette anbefaler de at man før etablering av program- og kontrollgruppe foretar en kartlegging av motivasjon for deltakelse hos aktuelle kandidater, og at etablering av program- og kontrollgruppe så finner sted etter en form for stratifisering, slik at ”motivasjonsstyrke” for deltaking blir likt fordelt i program- og kontrollgruppe.

### 6.3 USA: virksomme og uvirksomme primærforebyggende program

I USA har flere hundre program vært iverksatt med formål å forebygge rusmisbruk, mobbing og voldsbruk blant barn og ungdom. *The Surgeon General*<sup>37</sup> har nylig gjennomført en omfattende review over litteratur der tiltak mot rus, vold og kriminalitet er blitt evaluert. Oversikten omfatter også metaanalyser. Litteraturen på området er sterkt økende. For det store flertall av disse programmene viser analysene at programmet ”does not work”. En rekke program blir i rapporten betegnet som ”promising”, men den dokumenterte effekten av programmet er relativt begrenset. For en tredje gruppe gir litteraturen grunnlag for å fastslå at programmet er svært effektivt. Disse beskrives som ”model for best practise”.

Strengt vitenskapelige krav ble lagt til grunn i evalueringen. Forutsetninger for å bli vurdert var at evalueringen bygde på eksperimentelt design med randomisert kontrollgruppe, at det ble dokumentert signifikant (og omfattende) effekt av intervensjon, og dessuten at slik effekt var replisert i flere uavhengige intervensjoner med samme program. I tillegg ble det forutsatt at frafallet (fra eksperiment- og kontrollgruppe) var lavt.

Etter gjennomgang av evaluering av flere hundre ulike program var det bare 7 som oppfylte kriteriene til ”model-program”, mens 21

---

<sup>37</sup> Se: <http://www.surgeongeneral.gov/library/youthviolence>

program ble erklært som lovende. Resten ble karakterisert som ”does not work”, eller til og med som direkte skadelige etter som virkningen var den motsatte av den intenderte. Ett av disse var sjokkprogrammet ”Scare Stright”.

Av de 21 ”lovende programmene” var flertallet innrettet mot skoleelever. Siktemålet var å forebygge ulike former for ”problematferd” uttrykt som skoleskulk, ”conduct-disorder”, kriminalitet og mobbing. Disse programmene er rettet mot alle elever, og har altså universell karakter. Blant disse programmene finner vi Dan Olweus’ ”Bullying Preventing Program”, et program som med betydelig suksess er anvendt i norsk skole.

Blant modell-programmene hadde to et primærforebyggende siktemål, nemlig *Life Skills Training (LST)* (Institute of Prevention Research, Cornell University), og *The Midwestern Prevention Project* (University of Southern California). Begge har som primært formål å forebygge rusmisbruk. Begge er skolebaserte (går over h.h.v. 2 og 4 år) og henvender seg til elever i 6 til 9 klassetrinn. I en serie av studier har begge program vist seg å ha svært positiv effekt. Bruk av tobakk, alkohol og illegale rusmidler forekommer i betydelig mindre grad i programgruppene enn i kontrollgruppene. Effektene har vist seg varige i oppfølgingsundersøkelser 3 og 6 år etter at programmene var avsluttet.

Blant øvrige modell-program er multisystemisk terapi (MST) som vi har omtalt i kap. 5, dessuten Aggression Replacement Training (ART) og Funksjonell Familierapi (FFT) som vil bli beskrevet og omtalt i det følgende.

### 6.3.1 Individrettede sekundær og tertiærforebyggende kognitive atferdsprogram

Kognitive atferdsprogram har alle vist å ha god effekt i behandling av barn og unge med atferdsvansker. Etter grundig gjennomgang av forskning av effekt av ulike metoder i institusjonsbehandling (se Andreassen 2003) har norske og svenske myndigheter i samarbeid utformet nye behandlingsinstitusjoner for unge med alvorlige atferdsvansker (MultifunC). Disse er også omtalt i regjeringens handlingsplan mot barne- og ungdomskriminalitet. Kognitive atferdsprogram inngår som sentrale metoder.

Disse programmene har utspring i sosial læringsteori og i kognitiv psykologi. I sosial læringsteori tar man utgangspunkt i at ulike

forsterkningsbetingelser opprettholder eller reduserer sannsynligheten for en bestemt atferd (respons) i forhold til et gitt sett av stimuli. I kognitiv teori rettes søkelyset mot individets tankemønster, hvordan ytre og indre stimuli oppfattes og fortolkes, og hvordan dette innvirker på selvinstruksjon. Aggression Replacement Training (ART) er et eksempel på individrettet kognitivt atferdsprogram, men ART inngår i en ”familie” av slike *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*. Disse programmene kan variere i utforming, bl. a. med grunnlag i hvilken målgruppe (pasientgruppe) programmet er utformet for, men alle bygger på noen grunnleggende felles antagelser (Grøholt, Sommerschild, & Garløv 2001):

- observerbar atferd og følelser er påvirket av kognitive prosesser
- forandring i atferd og følelser kan skapes gjennom endring i kognitive prosesser
- fokus i terapien er de kognitive prosessene, med formål å endre atferd og følelser
- målet med terapien er å skape forandringer i kognitive prosesser gjennom direkte metoder som verbale instruksjoner og læring, ikke indirekte som følge av endret atferd eller via ubevisste prosesser.

Gjennom kognitive prosesser fortolker vi verden rundt oss, herunder andres atferd og utsagn. Vi gir mening til de sanseinntrykk vi kontinuerlig utsettes for, og til andres atferd og utsagn. Intensjoner bak andres utsagn og handlinger fortolkes og tillegges mening. Slike fortolkninger kan lede til kognitive fordreininger. Den andres handling eller utsagn kan for eksempel oppfattes som fiendtlig. Alternative tolkninger prøves ikke ut. Individet reagerer med aggresjon, en reaksjonsform som kan virke til å bekrefte og forsterke fortolkningen i et mønster som får karakter av et automatisk ”skjema” for tilskrivning av mening til ytre hendelser (Grøholt et al. 2001).

### 6.3.2 Aggression Replacement Training (ART)

ART er et individrettet program som ikke (nødvendigvis) impliserer at foreldre eller øvrige familie blir involvert. ART har gradvis fått større innpass i Norge. Instruktører blir nå utdannet ved Rogaland Høgskole. ART er flere steder tatt i bruk overfor atferdsvanskelige barn i skolene og i institusjoner under barnevernet (Gundersen & Svartdal 2006). Målgruppen for ART er barn og ungdom med (alvorlige) atferdsvansker, og i særlig grad utagerende og voldelige barn og unge. ART

har en sentral plass i de nye MultifunC institusjonene for barn og unge med alvorlige atferdsvansker.

ART presenteres som *trening*, ikke som terapi. I dette ligger at læring av sosiale ferdigheter vektlegges. Den unge læres opp i å handle og å tenke i skrittvisse sekvenser med sosial tilbakemelding fra andre underveis i handlingsforløpet. Treningen omfatter inntil 50 sosiale ferdigheter. Hvilke av disse den enkelte skal trenes opp i, bestemmes ut fra en kartlegging foretatt før treningen starter. Rollespill er sentralt virkemiddel i treningen. Handlingssekvenser rollespilles med påfølgende systematisert tilbakemelding fra ART-trener og øvrige unge som deltar i programmet. I et senere stadium av det sosiale treningsprogrammet går man over til å anvende det lærte i reelle dagliglivssituasjoner.

Et annet sentralt element i treningen er å mestre eget sinne. Fysiske og verbale aggressive ytringer ansees som lærte former for atferd som svært ofte er koblet med andre former for problematferd, slik som skoleskulk, rusmisbruk, vold og andre former for kriminalitet (Bakken 1998), (Sørli 2000). Unge med slike antisosiale atferdsmønstre er i stor grad preget av manglende evne til kontroll av eget sinne. Aggressive og voldelige utbrudd virker sterkt strukturerende av den sosiale konteksten de kommer til uttrykk i. Reaksjonene hos omgivelsene er ofte spontan tilbaketrekking, og kan umiddelbart oppfattes som effektivt problemløsende og fordelsskapende, og derved virke forsterkende og befestende av det aggressive atferdsmønsteret. Trening av sinnekontroll tar utgangspunkt i at den enkelte unge skal kjenne på hvilke ytre og indre stimuli som gir opphav til aggressive impulser. Hvordan fortolker og forstå hun eller han de ytre stimuli som gir opphav til aggresjon? Hvilke alternative tolkninger finnes?

Moralsk resonnering og det å ”sette seg i den andres sted” er et tredje sentralt element i treningsprogrammet. Diskusjon knyttet til moralske dilemma av handlingsvalg i sosiale situasjoner ungdom er kjent med, er ofte en innfallsvinkel. Ungdommenes begrunnelser for egne handlingsvalg diskuteres, likeså de moralske konsekvensene av det spesifikke valg av handling. Alle deltakerne i gruppen utfordres til å fremme sine syn og oppfatninger.

Før trening i ART-gruppe starter har ungdommene (eventuelt sammen med foreldre) ”ratet” seg selv i forhold til de ulike sosiale ferdighetene. Hvilke ferdigheter det så skal trenes i avgjøres ut fra slik forhåndsrating (Natrud 2004). Et ART-program strekker seg vanligvis over 30 sesjoner fordelt over 10 uker. ART har mange trekk felles med MST og PMT, men mens disse har en systemorientert tilnærming

til sosiale problemer, er ART mer fokusert på å utvikling av individuell sosial kompetanse.

ART har vist gode resultater overfor unge kriminelle i institusjon (fengsel) (Lipsey and Wilson 1998). I staten Washington ble ART tatt i bruk av domstolene, og unge lovbrøyttere fikk deltakelse i ART-program som vilkår knyttet til betinget dom, eller som vilkår for løslatelse. Tilbakefall (uttrykt ved ny registrering hos domstolen 18 måneder senere) var vesentlig lavere i gruppen som fikk ART-trening, enn i kontrollgruppen (Barnoski & Aos 2004).

I Norge er ART en av metodene som nyttes i de nye MultifunC institusjonene for ungdom med store atferdsvansker (Andreassen 2005). ART er også blitt nyttet i rehabilitering av tungt kriminelle ungdom med forankring i ungdomsgjeng (Carlsson 2005), og dessuten tatt i bruk i ordinære grunnskoler (Haaland 2006a)

Gundersen og Svartdal (Gundersen & Svartdal 2006) har gjennomført en evaluering av ART nyttet i norske skoler, spesialskoler og institusjoner. Undersøkelsen omfattet 65 barn og ungdom hvorav 47 fikk del i ART-programmet, mens 18 inngikk i kontrollgruppen (og fikk "treatment as usual"). Alle var under 17 år med gjennomsnittsalder på ca 13 år. Blant deltakerne var 16 jenter og 49 gutter.

Fordeling av deltakere til intervensjons- og kontrollgruppe var forutsatt å skje ved loddtrekning med like mange i hver gruppe. Dette lot seg bare gjennomføre ved større institusjoner. Ved små institusjoner ble alle barn inkludert i intervensjonsgruppen, som derfor fikk mer enn dobbelt så mange deltakere som kontrollgruppen. Tre av barna som opprinnelig var plassert i kontrollgruppen trakk seg dessuten underveis, slik at denne ble redusert til i alt 18 deltakere. Forutsetningen om randomisering ble med disse reservasjonene likevel imøtekommet.

Deltakerne i intervensjons- og kontrollgruppe gjennomgikk omfattende "screening" med flere standardiserte instrumenter før og etter intervensjonsprogrammet. Disse omfattet instrumenter for å måle omfang av atferdsproblemer ("disruptive behaviour"), sosiale ferdigheter, kognitive forstyrrelser, samt selvrappotertering ved standardiserte sjekklister for subjektiv evaluering av egne sosiale ferdigheter før og etter. Også foreldre og lærere fylte ut sjekklister for hvert av barna før og etter intervensjon.

Hovedfunnet fra denne undersøkelsen var at deltakerne i ART-programmet viste bedre sosiale ferdigheter og redusert forekomst av problematferd. Intervensjonsgruppen viste betydelig forbedring på 9

av 10 tester etter gjennomført ART-trening, mens kontrollgruppen viste forbedring på 2 av de 10 testene. Selv om treningsprogrammet ble gjennomført i skole eller institusjon viste forbedringene i sosial atferd seg (i henhold til foreldrenes vurderinger) også i hjemmearenaen.

Resultatene fra Gundersen og Svartdal sitt arbeid er i overensstemmelse med amerikanske undersøkelser.

I Skedsmo kommune er det i perioden 2000 til 2005 gjennomført tre selvrappoteringsundersøkelser om erfaringer med det å bli trukket inn i voldelige konflikter (Haaland 2006b). Undersøkelsene omhandlet alle elever i klassetrinn 8-10. Undersøkelsene viser en betydelig nedgang i voldserfaring fra elevkullene i 2000 til kullene i 2005. Et viktig funn i dette er at tallet på "hyperaktive gjengangere" involvert i fem eller flere voldelige konflikter siste år er betydelig redusert fra 2002 til 2005. I den mellomliggende perioden har utvalgte elever med store atferdsproblemer gjennomgått ART-trening ved flere av skolene. Det er mulig at dette kan ha bidratt til nedgang i antall "gjengangere" involvert i mange konflikter.

Gjentatte studier med randomisert kontrollgrupper i USA har vist at ART gir svært gode resultater, også over en lengre tidshorisont. ART er et av de 7 program som etter vurdering av *The Surgeon General* gis modell-status. Resultatene fra den begrensede norske forskning over virkningene av ART gir grunn til optimisme, ART har trolig høy relevans i behandling av unge med atferdsvansker i norsk skole (konferer Skedsmo kommune), samt i institusjoner (konferer MultifunC).

### 6.3.3 Andre kognitive atferdsprogram

Internasjonale studier har vist at kognitive atferdsprogram har signifikante positive effekter for reduksjon av tilbakefall. Flere slike er utviklet for implementering i fengsel. Selv om innsatte i fengsel kanskje faller utenfor det vi i Norge forbinder med hjelpetiltak i regi av barnevern, kan noen av programmene likevel ha interesse i forbindelse med ettervern og lignende. Vi vil derfor gi en kort omtale av noen av programmene.

Landenberger og Lipsey (Landenberger & Lipsey 2005) gjennomførte en meta-analyse av i alt 58 eksperimentelle og kvasi-eksperimentelle studier av hvilken effekt ulike CBT-program har på residiv (tilbakefall til kriminalitet). Målgruppen for CBT-program var unge



(17 studier) og voksne (41 studier) som enten var løslatt på prøve (probation), var inne til soning, eller i ettervern etter endt soning.

ART var et av disse programmene. Andre intervensjonsprogram var hele eller deler av program som *Reasoning and Rehabilitation*, *Moral Reconation Therapy*, samt to program utviklet ved National Institute for Corrections for bruk i fengsel (*Thinking for a Change* og *Cognitive Interventions Program*). Disse programmene ligner hverandre mye. I hovedtrekk har de samme oppbygging som ART omtalt ovenfor, men uten den sterke vektlegging på kontroll av sinne som kjennetegner ART

Streng metodiske krav ble lagt til grunn for inkludering av studier til analysen. Bare studier med et randomisert eksperimentelt eller kvasi – eksperimentelt design ble lagt til grunn. Om designet var kvasiekseptimentelt var forutsetningen for inklusjon at subjektene i behandlings- og kontrollgruppe var matchet på relevante bakgrunnsvariable og på kriminell karriere. Studier der kontrollgruppe ble etablert ved selv-seleksjon ble avvist. Til sammen 1070 studier ble gjennomgått. Bare 58 av disse oppfylte kravene til å bli inkludert i analysen.

Landenberger og Lipsey fant at den felles kognitive atferds-terapeutiske del i intervensjonprogrammene langt på vei overskygger ulikhetene programmene i mellom. De ulike programmene varierer likevel med hensyn til hvilke behandlingselementer som inngår, om programmet i hovedsak bygger på øvelser med kognitiv restrukturering som virkemiddel, og om emner som sinnekontroll, interpersonlig problemløsning og moralsk resonering inngår. Implementering av programmene i de ulike studiene varierer etter om de framstår som eneste tilbud, eller om de er kombinert med andre tilbud som utdanning, yrkestrening og psykologisk rådgivning. Det er også variasjoner i hvor varig og intensivt programmene har vært drevet. Formålet med studien var å undersøke om ulike programutforming og om ulike implementeringsformer hadde effekt på graden av tilbakefall.

Analysene viste at risiko for tilbakefall (i løpet av 12 måneder) i gjennomsnitt ble redusert med 25 prosent i programgruppene sammenliknet med kontrollgruppene. I de best utformede intervensjonene oppnådde man en reduksjon på mer enn 50 prosent, tilsvarende en tilbakefallsprosent på 19, mot 40 prosent i kontrollgruppen.

Tre forhold viste seg å ha betydelig innvirkning på utfallet:

4. hvor høy risiko for tilbakefall lovbyteren i utgangspunktet var antatt å ha
5. kvalitative og kvantitative sider ved implementering av gjennomført program, og
6. fravær- eller tilstedeværelse av noen få behandlingselementer i programmene

For det første av disse elementene gjaldt at effekten av treningsprogrammet gav størst effekt for de lovbytere som var antatt å ha høyest risiko for tilbakefall, et funn i overensstemmelse med prinsipper for effektiv behandling av lovbytere utformet av Andrews og Bonta (Andrews & Bonta 1998) der man viser at ungdom med høy risiko for kriminell atferd nyttiggjør seg behandling i større grad enn ungdom med lav risiko (Se også Dowden og Andrews 1998) (Dowden 1998).

Det andre punktet handlet i første rekke om hvor stringent man var i implementering av programmet og hvor mye opplæring personalet som var satt til å implementere og lede treningsprogrammet hadde fått. Jo mer stringens i implementering og jo bedre trening, desto bedre utfall. Dette er i samsvar med funn fra en tidligere studie av Lipsey og Wilson (Lipsey & Wilson 1999), der særlig omfang av veiledning (supervisjon) i gjennomføring av intervensjon hadde betydelig innvirkning på utfall. Jo bedre veiledning, desto bedre utfall.

Et sentralt funn etter analysene var at ingen av de ulike CBT-programmene registrert med copy-right og ”trademark” viste signifikant bedre resultater enn gjennomsnittet i andre program. Det som imidlertid gjorde en forskjell programmene imellom var om elementer for trening av sinnekontroll og interpersonlig problemløsning inngikk som en del av det anvendte programmet eller ikke. ART-programmet gav signifikant lavere residiv.

Resultatene av meta-analysen utført av Landberger og Lipsey (2005) gir grunn til en viss optimisme, ikke minst ved at den så tydelig viser at det er de mest belastede og de med dårligst prognose som i størst grad profitterer på kognitive atferdsprogram. Nå omhandlet en overvekt (47 av 58) av de studier som inngikk i analysen voksne lovbytere (over 20 år), men lovbyrternes alder viste seg ikke å gi utslag på resultatene. CBT-programmer er altså virksomme overfor unge så vel som eldre lovbytere.

I en tidligere metastudie (Lipsey og Wilson 1998) over effektiv intervensjon i forhold til unge lovbrøyttere (<18 år) fant man at atferdsprogram og program med formål å gi trening i interpersonlig samhandling gav klart sterkere reduksjon i tilbakefall enn andre. I denne studien fant man dessuten at program med sikte på avskrekking (deterrence) og programmer med et yrkesforberedende innhold hadde *negativ* effekt, slik at deltakere i slike program hadde høyere risiko for tilbakefall til ny kriminalitet enn det deltakere i kontrollgrupper hadde.

Programmer som omtalt ovenfor er behandlings/treningsprogram rettet mot individet. Trening foregår ofte i institusjon (fengsel) eller som ettervern (tilsyn), men ikke i hjemmet. Familien er ikke mål for treningen. Foreldre involveres ikke utover det som følger av rolle som verge. Det er blitt hevdet at effekten av slike individrettede program kan bli kortvarig fordi mulige dysfunksjonelt samspill i familien ikke er bearbeidet. Effekt av slik individrettet trening kan bli "sabotert" i den unges familiesystem (Perkins-Dock 2001) Perkins-Dock viser til at det gjennomgående er svært vanskelig å få familien til å stille opp i familierapeutiske program for unge fengslede lovbrøyttere. Frafallet ligger som hovedregel mellom 40 og 60 prosent. De som deltar er ofte svært lite motivert og lar seg derfor i liten grad involvere. Helhetlige familieorienterte tilnærminger er derfor lite egnet for fengslede unge lovbrøyttere. Sammensetning og utforming av intervensjonsprogram nyttig overfor unge lovbrøyttere i- og utenfor fengsel er ganske forskjellig (Lipsey og Wilson, 1998).

#### 6.3.4 Familiebasert program overfor unge lovbrøyttere

Familierettede program som MST og PMT har vist svært lovende resultat i forhold til unge med atferdsvansker og unge (førstegangs) lovbrøyttere. I en Cockrane-review gjennomgår Woolfenden, Williams og Peat (Woolfenden SR, Williams, & Peat 2001) familierettet intervensjon overfor målgruppen barn og unge med atferdsvansker eller kriminalitet (delinquency) samt deres familier. Bare studier basert på randomisert design ble inkludert. Til sammen 970 studier ble gjennomgått hvorav 8 oppfylte de oppsatte kriteriene.

Intervensjon som bygde på MST, foreldretrening og familierapi (Functional Family Therapy (FFT), se senere omtale) ble inkludert, dessuten et program innrettet mot familiefungering i familier der barnet (midlertidig) er plassert i fosterhjem, institusjon eller fengsel (Chamberlain & Reid 1998). Deltakerne i programmene var alle regnet som kroniske eller alvorlige lovbrøyttere, og alle var henvist via domstolene. Kontrollgruppene i alle studiene var enten "venteliste-

kandidater” for senere deltakelse i programmet, eller de fikk ”service as usual”, slik som tilsyn (ved betinget dom), omplassering til fosterhjem, eller (familie)terapi.

Sammenliknet med kontrollgruppe viste programgruppene signifikant nedgang i

- Residiv. I programgruppene fant man lavere tilbakefall (uttrykt ved re-arrestasjon etter ett til tre år. Blant de i programgruppene som hadde tilbakefall, var antall arrestasjoner dessuten færre enn i kontrollgruppen.
- Institusjonsopphold. Deltakere i programgruppen tilbrakte langt færre døgn i institusjon etter deltakelse enn det medlemmer av kontrollgruppene gjorde
- Reduksjon i selvrapportert kriminalitet i programgrupper sammenliknet med kontrollgrupper.

En av studiene (Alexander & Parsons 1973) viste også det som omtales som ”spill-over-effect” etter intervensjon med Functional Family Therapy (FFT), i det søsken i programfamiliene utviste betydelig mindre kriminalitet enn kontrollgruppene i oppfølgingsstudier 2,5 og 3,5 år etter at intervensjon var avsluttet.

Selv om resultatene fra meta-analysen i denne studien synes klart positive, mener Woolfenden, William og Peat at resultatene må tolkes med varsomhet. Årsakene er særlig usikkerhet knyttet til utfallsmålene (tilbakefall uttrykt ved re-arrestasjon, og institusjonsopphold). Når det gjaldt re-arrestasjon fant man betydelig heterogenitet i materialet. Når det gjaldt nedgang i institusjonsopphold, peker forfatterne på at dette kan ha sammenheng med at dommere kan ha utvist ulik skjønnsutøvelse for program- og kontrollgruppe. Med kjennskap til at den unge deltar i et familieintervensjonsprogram kan dommeren ha blitt mindre tilbøyelig til å idømme institusjonsopphold sammenliknet med en fra kontrollgruppen som ikke har slikt opplegg.

### 6.3.5 Functional Family Therapy (FFT)

Målgruppene for Funksjonell Familie Terapi (FFT) er familier med barn og unge (alder opp til 18 år) som utviser atferdsproblemer, antisosial atferd (inkl. bruk av vold og rusmidler) og/eller kriminalitet.

FFT er utviklet av Alexander m.fl. (Alexander 1976) FFT bygger på systemisk familierterapi slik dette feltet i 1960- og 70-årene ble utformet av Haley (Haley 1963) og Minuchin (Minuchin 1974), samt

atferdsterapeutiske tilnærminger basert på sosial læringsteori. Alexander (1973) beskrev sin tilnærming som "systems-behavioral". Inn i dette vektlegges det å forstå nærhet og avstand i relasjonene i familien, hvilke dyader som danner gjensidige "koalisjoner" og hvilke som kjennetegnes ved avstand og fravær av engasjement, samt hvordan de ulike relasjonene er hierarkisk ordnet. I denne modellen sees individets atferd som "arbeid" for å opprettholde avstand og nærhet i relasjonene til andre aktører i mikrosystemet. I modellen legges det vekt på å forstå hvordan ulike medlemmer av systemet forstår og begrunner årsaker til- eller grunnlag for problemer i måten familien som system fungerer på. Gjennom å endre det kognitive "kart" medlemmene har over slike årsaksforhold gis grunnlag for endring i relasjoner, og derved endring av systemet i familien (Se: (Haas, Alexander, & Mas 1988).

FFT ble utviklet under arbeid med klienter fra et fattig og slumpreget nærområde under trange og usikre økonomiske rammer. En betydelig andel av de klientene Alexander arbeidet med var henvist fra politi eller domstol. Motivasjonen for endring gjennom egenbehandling var svak hos et flertall av disse. I utformingen av FFT ble det lagt vekt på å utforme en pragmatisk og etterprøvbart modell med løpende dokumentasjon av resultater.

Fordi motivasjon for endring i målgruppen gjennomgående var svak var det nødvendig å rette fokus mot motivasjon (og motstand) alt i første fase av behandlingen. Hvordan familien forstår seg selv blir tema i første fase. Familiens selvforståelse blir av terapeuten møtt med alternative forståelsesformer, tilskrivning av sammenhenger og årsaker blir av terapeuten møtt med alternativer der det i særlig grad er viktig å nå fram med en "no-blaming" forståelse som åpner for et positivt følelsemessig klima. I den første fasen av behandlingsopplegget legges det altså stor vekt på det vi kan kalle kognitiv restrukturering av hvordan familiemedlemmene tenker om- og føler for hverandre.

I senere fase av behandlingsopplegget flyttes fokus mot samhandling og samhandlingsmønstre i familien, mønstre som er identifisert som problematiske av terapeuten, men ikke nødvendigvis av familien selv. I denne fasen legges vekt på kommunikasjonstrening og trening i spesifikke individuelt tilrettelagte oppgaver som letter utvikling av nye interaksjonsmønstre. I en tredje fase er målet å applisere de innøvde ferdighetene i dagliglivets mange situasjoner.

FFT er en intervensjonsform som vanligvis går over kort tid, normalt begrenset til 12x2 timer over en periode fra seks uker til tre måneder. Det er utformet et strukturert treningsprogram for "semiprofesjonelle"

FFT-terapeuter med grunnutdanning i sosialt arbeid eller helsefag, minimum på bachelor-nivå, eller tilsynsførere med lang erfaring fra kriminalomsorgen (se: Haas, Alexander and Mas 1988). Etter fullført treningsprogram kan disse drive terapi under veiledning av psykolog.

FFT har vist seg som et meget effektivt intervensjonsprogram i arbeid for å endre atferd hos voldsutøvere. I den tidligere nevnte rapporten fra US Surgeon General er FFT ett av fire amerikanske behandlingsprogram for unge voldsutøvere (sammen med bl.a. ART, MST) som har vist svært gode resultater, og som er dokumentert i en rekke uavhengige kontrollerte studier. I rapporten om strategier for bekjempelse av ungdomsvold har den amerikanske helsedirektøren klassifisert FFT som *modellprogram*.

Familier er henvist til FFT-behandling med basis i registrerte kriminalitets- og atferdsproblemer hos ett av barna. Gjennom bedring av kommunikasjons og relasjonsmønsteret i familien vil intervensjon ved FFT gi en potensiell ”spillover effect” til eventuelle søsken, med muligheter for redusert risiko for atferdsvansker og kriminalitet også hos andre enn den unge som i utgangspunktet danner grunnlaget for henvisningene.

Intervensjon med FFT har vist seg å gi gode resultater med redusert tilbakefall til kriminalitet samt redusert bruk av alkohol og andre rusmidler i en rekke studier der målgruppene har spent fra ”lettere atferdsvansker” til ”hard-core kriminelle” (konf Woolfenden et al (2001), Barton et. al. (Barton, Alexander, Waldron, Turner, & Warburton 1985). Intervensjon har også gitt gode resultater i ulike kontekstuelle sammenhenger (intervensjon i klinikk, som hjemmebasert, og der region har vært under kriminalomsorgen).

En studie fra staten Washington viser at *kvalitet i implementering* kan være en kritisk faktor i gjennomføring av FFT (og andre program). Staten Washington (USA) vedtok i 1997 en lov for gjennomføring av forskningsbaserte programmer overfor unge lovbrøyttere. Programmene ble administrert av domstolene. Domstoler i ulike distrikter kunne velge blant fire program (bl a FFT, ART og MST<sup>38</sup>). Evaluering av programmene ble gjennomført av Washington State Institute for Public Policy i perioden 1998 til 2003 med sluttrapport i 2004 (Barnoski & Aos 2004), se også [barney@wsipp.wa.gov](mailto:barney@wsipp.wa.gov).

FFT-programmet ble valgt av 14 av til sammen 44 domstolsdistrikt. Sammensetning av program- og kontrollgruppe ble randomisert etter ”venteliste”, d.v.s. at når kapasiteten i programgruppen var oppbrukt,

---

<sup>38</sup> Evaluering av MST i dette prosjektet er utsatt.

overførte domstolen de påfølgende kandidatene til kontrollgruppe som så fikk oppfølging ”as usual”. Satsingen forutsatte opptrening av mer enn 30 FFT-terapeuter. Bare halvparten av disse fikk fullstendig opplæring. Når FFT-programmet ble gjennomført *med kompetente FFT-terapeuter* (i alt 118 ungdommer/familier) sank tilbakefallsprosenten (målt som ny domstolsbehandling etter 18 måneder) til 17 prosent, mens tilbakefallsprosenten i kontrollgruppen var 27. Det gunstige resultatet ble oppnådd på tross av at programgruppen var sammensatt av ungdommer med en signifikant høyere risikoprofil enn kontrollgruppen.

Imidlertid var tilbakefallsprosenten høyere for de ungdommer der FFT-intervensjon var ledet av *ikke-kompetente* (ikke ferdig opplærte) FFT-terapeuter enn det man fant i kontrollgruppen. Kvaliteten i implementering av FFT-programmet hadde altså avgjørende betydning for utfallet.

Det er grunn til å undres over at man i dette prosjektet valgte å gjennomføre FFT-program på tross av at man visste at mange av de ansvarlige terapeutene manglet kvalifikasjoner. Innsatsfaktoren (terapeutenes kvalifikasjoner for å gjennomføre FFT-programmet) blir derved uklar. Det er også grunn til å stille spørsmål ved det valgte resultatmålet (residiv definert som ny domstolsbehandling i løpet av 18 måneder). Et slikt mål på gjentatt kriminalitet må antas å være mindre følsomt enn det mer vanlige ”gjentatt arrestasjon”, eller utferdigelse av ny tiltale/siktelse.

At kvaliteten i implementering *generelt* viser seg å ha stor betydning for utfallet er for øvrig i overensstemmelse med funn gjort av Landenberger og Lipsey (2005) referert ovenfor. I likhet med kognitive atferdsprogram (CBT) er det en forutsetning for vellykket utfall at programmet gjennomføres i henhold til retningslinjene og at det administreres av kvalifisert personell. Når disse forutsetningene er oppfylt er imidlertid resultatene gode. I en cost-benefit analyse fant Washington State Institute for Public Policy at oppnådde innsparinger ved redusert residiv oversteg kostnader ved gjennomføring av programmet, kostnader som beløp seg til 2100 US-dollar pr deltaker.

## 6.4 Barn med psykiske vansker

Fra flere studier, både i Norge og utlandet, er det kjent at en del barn og unge som får hjelp fra barneverntjenesten også har psykiske problemer eller vansker.

I Norge har blant annet Pär Nygren undersøkt dette. Han fant at unge som fikk hjelp av barnevernet i Oslo (fylkeskommunale tiltak fra Barne- og familieetaten i Oslo samt private barneverntiltak som BFE benytter seg av) hadde behov for vesentlig mer hjelp fra barne- og ungdomspsykiatrien enn det de fikk – og at de var en meget høyt belastet gruppe (Nygren 2000). Særlig mente de ansatte i barnevernet at en del av de såkalte dobbeltklientene hadde bruk for ulike former for psykoterapi. En stor gruppe av barnevernklientene hadde et udekket behandlingsbehov. Barnevernets personell så langt på vei sine klienters behov for behandling, men mesteparten av de behandlingstrengende klientene ble ikke henvist til BUP. Blant barnevernklientene i Nygrens og medarbeideres materiale var det forholdsvis mange med alvorlige atferdsproblemer og med rusproblemer. Både blant jenter og gutter ble det funnet klienter med rusproblemer som trengte mer behandling. Dessuten viste undersøkelsen at andelen med spiseforstyrrelser var uventet stor i barnevernet, og spesielt gjaldt dette gutter med spiseforstyrrelser (Nygren, 2000). Nygrens undersøkelse retter søkelyset mot svært sentrale problemer som det bør forskes mer på. Undersøkelsen virker solid gjennomført. Blant annet ble det benyttet screening-instrumenter som Child Behaviour Checklist (CBCL) og et selvrapporteringsskjema for ungdom 11-18 år (YSR) i studien. De etter vårt syn mer perifere problemene som måtte være i tolkningen av resultatene, påpekes av forfatteren selv. Hans hovedfunn er tydelige, og liknende resultater finnes også i andre undersøkelser.

I England er det foretatt undersøkelser av psykisk sykkelighet blant barnevernbarn. En slik undersøkelse, basert på bl.a. intervjuer og spørreskjemaundersøkelse blant barn og unge, omsorgsgivere, ansatte i sosialtjenesten og lærere, viser at blant barn i alderen 5-10 år som var i lokale barneverntiltak, var det fem ganger mer vanlig å ha en psykisk lidelse sammenliknet med barn generelt i samme aldersgruppe. 42 prosent hadde dette blant barnevernbarna mot 8 prosent blant barn generelt (Meltzer, Corbin, Gatward, Goodman, & Ford 2003). For barn og unge i alderen 11-15 år var det også nesten fem ganger så sannsynlig for barnevernbarn å ha en psykisk lidelse sammenliknet med barn generelt (henholdsvis 49 prosent og 11 prosent). Tallene er basert på intervjuer med utvalg av barn og unge, og ratene for sykkelighet er basert på diagnostiske kriterier i ICD 10 Classification of Mental and Behavioral Disorders – med krav til at problemene påfører barnet lidelse eller har en betydelig påvirkning på barnets dagligliv (Meltzer et al. 2003:7).

Også i Sverige er det dokumentert at en del barn og unge i barneverntjenesten har psykiske helseproblemer som krever behandling i



psykiatrien, og man har både i Sverige og Norge observert betydelige antall selvmord blant barn som er eller har vært i barneverntiltak i begge landene (Hjern & Vinnerljung 2002; Hjern et al. 2004; Kristofersen 2005; Vinnerljung 2006). Den norske undersøkelsen påpeker også at en del unge som er eller har vært i barneverntiltak dør av overdosedødsfall. Tidligere norske studier av overdosedødsfall har stilt spørsmål ved om en del av disse ikke bare er uhell/ulykker, men at også en del er skjulte selvmord (Kjelsberg, Winther, & A. 1995).

Internasjonale studier viser at barn som er eller har vært i barneverntiltak, har en overdødelighet av selvmord (Hjern et al. 2004). Forfatterne påpeker at flere av dødsfallene hos barn og unge som er i eller har vært i barneverntiltak, bør kunne unngås. Barn i barneverntiltak bør, i langt mindre grad enn det de svenske forskerne finner i sitt materiale, dø av dødsårsaker som selvmord, drap, og ulykker (dette er det disse forskerne kaller ”unngåelige” typer av dødsårsaker). Blant somatiske diagnoser som er av en slik art at barn og unge ikke bør kunne dø av dem i de nordiske landene (de kan behandles - ”avoidable deaths”), trekkes fram bl.a. astma, lungebetennelse, blindtarmsbetennelse og tuberkulose.

Både norske, øvrige nordiske og engelske studier viser betydningen av samarbeid mellom barneverntjenesten, barne- og ungdomspsykiatri og også rusomsorgen.

Noen barn får først hjelp av barneverntjenesten, og deretter også hjelp for psykiske helseproblemer. Andre barn får først hjelp i helse-tjenesten, noen også i barne- og ungdomspsykiatrien og deretter hjelp av barneverntjenesten fordi de også trenger deres tiltak. Enkelte barn får hjelp i serie, dvs. først fra den ene og så fra den andre tjenesten, mens andre barn er såkalte ”dobbeltklienter”, de får hjelp fra begge disse tjenestene samtidig. Men enkelte barn og unge får også hjelp fra andre tjenester som pedagogisk psykologisk tjeneste eller rusomsorgen, og kan for eksempel ha hjelp fra tre eller fire tjenester samtidig eller i serie.

Det har vært langvarig debatt om samarbeidsspørsmål når det gjelder barneverntjenesten og barne- og ungdomspsykiatrien. Man innser at mange av barneverntjenestens klienter også trenger hjelp fra barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Dette kan enten gis som eget tiltak av barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, eller som henvising fra barneverntjenesten hvor også barneverntjenesten har gjort et vedtak

om at barnet trenger dette som et formelt hjelpetiltak (med hjemmel i barnevernloven)<sup>39</sup>.

## 6.5 Barn utsatt for vold, mishandling og omsorgssvikt

En nylig publisert undersøkelse fra NIBR understreker alvorret når det gjelder utbredelsen av vold i parforhold i den alminnelige voksne befolkningen (Haaland, Clausen, & Schei 2005). Studien, som var landsomfattende, ble besvart (spørreskjema administrert av SSB som postenquete) av 4.618 personer i alderen 20-55 år. Vold mot kvinner i nære relasjoner framkommer som et viktig folkehelseproblem. Etter fylte 15 år har hver fjerde kvinne, men også hver femte mann, opplevd at ektefelle eller samboer minst en gang har anvendt fysisk makt. Det framkommer i denne studien at i 57 prosent av tilfellene da siste maktbruk fant sted, levde de utsatte for maktbruk i forhold hvor det også bodde barn. I hvert tredje parforhold med barn var barnet vitne ("så eller hørte") til det som skjedde. Mange små barn har vært vitner til at mor har blitt slått. Av alle rapporterte "siste hendelse", var barn vitne i mer enn hver femte episode. Barn blir også direkte berørt. Denne undersøkelsen viste at tre prosent av alle kvinner som hadde født et barn hadde opplevd partnervold under graviditet. Dessuten oppgav en meget høy andel skilte at barna kom i fokus for konflikt mellom partene etter at parforholdet var oppløst. Av alle oppløste parforhold der partene hadde barn sammen oppgav så mange som 16 prosent at barn(a) kom i fokus for konflikten etter at samlivsbruddet var et faktum ved at tidligere partner *"bortførte eller skadet felles barn, eller truet med dette"*.

Mange barn eksponeres altså for vold mellom foreldre. De å være vitne<sup>40</sup> til vold mellom foreldre gir grunnlag for utrygghet. (Wolfe 2003)

---

<sup>39</sup> For øvrig viser vi til kapittel 4 hvor vi også gjennomgikk utviklingen i hjelpe- og omsorgstiltak når det gjaldt bruken av barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og psykiatrisk institusjon som barneverntiltak. Dataene på dette feltet tyder på nedgang i bruk av barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk som formelt hjelpetiltak i barnevernet de tre årene 2002-2004, men informanter i feltet mener det er en økning i reelt samarbeid mellom barneverntjenesten og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker.

<sup>40</sup> Med begrepet "vitne" forstår vi gjerne en nøytral observatør som ikke selv er part i det saksforhold han eller hun observerer. Barn som observerer vold

Anne Solberg (Solberg 2004) viser at barna er aktive og strategiske aktører når konflikter mellom foreldre topper seg. Ett og samme barn kan "pendle" mellom to hovedstrategier: aktiv intervensjon eller distansering og tilbaketrekning. Barnet kan intervenere ved å trekke mor inn på et låsbart rom, og barnet kan distansere seg ved å lukke øynene og holde for ørene for å stenge hendelsen ute. Uansett vil barnet som er "vitne" til vold mellom foreldre bli utsatt for sterke følelsesmessige påkjenninger. Barn tier om det de opplever. Solberg (2004) viser at barn holder inne med den vold som har foregått, og mange gjør det i årevis. Viktigste samtalepartner er søsken for dem som har det. Det å snakke med noen utenfor familien kan være risikofyllt og medføre mer vold. For mange barn er det først når mor har brutt med den voldelige partner at barnet får frihet til å snakke, og derved mulighet for å bearbeide egen smerte.

Det å skulle gi best mulig bistand til barn som opplever vold mellom foreldre oppnås best ved å etablere et trygt lavterskeltilbud som gjør det mulig for mor å ta med barn, og bryte med den voldelige partner. En rekke kommuner mangler fortsatt nødvendig beredskap for å nå dette målet (Amnesty International 2005).

Kvinner med økonomiske levekårsproblemer er oftere utsatt for partnervold enn andre (Haaland et. al 2005). Amerikanske studier har vist at risiko for at barn utsettes for mishandling er størst i fattige familier. Som vi senere skal se er det dessuten vist at ellers veldokumentert effektiv innsats for å forebygge barnemishandling (hjemmebasert oppfølging fra sykepleier) får betydelig redusert effekt dersom mor utsettes for vold fra partner.

### 6.5.1 Mishandling og omsorgssvikt

I litteraturen nyttes begrepene "mishandling/overgrep" og "omsorgssvikt" (engelsk: "abuse/maltreatment and neglect) ofte i kombinasjon for å beskrive en og samme tilstand. Mens ordene mishandling og overgrep er substantiver dannet med grunnlag i aktive verb (synonymer til voldsutøvelse) er omsorgssvikt et substantiv som viser til mangelfull pliktutøvelse. "Barna går for lut og kaldt vann" er et folkelig uttrykk for at noen ikke ivaretar sine omsorgsoppgaver. I 2004 viser SSB's statistikk over nye barn med barneverntiltak at 138 fikk slike tiltak med grunnlag i "vanskjøtsel" (<http://www.ssb.no/emner/03/03/10/barneverng/main.html>)

---

mellom foreldre er selvfølgelig ikke nøytrale observatører, men i høyeste grad en part.

Det voldsutsatte barnet kan ha vært utsatt for fysisk mishandling. Barnet har vært utsatt for vold. Gjennom vold kan barnet være påført fysiske og psykiske skader. I 2004 ble det registrert 297 nye barn med barnevernstiltak der fysisk mishandling dannet grunnlaget for intervensjon. Nær 40 prosent av disse var tenåringer. I tillegg ble det registrert 148 nye barn med tiltak der grunnlaget var ”psykisk mishandling”. Nær halvparten av disse var 13 år eller eldre.

Overgrep nyttet som betegnelse når en voksen misbruker sin relasjon til et barn for egen seksuell tilfredsstillelse, ofte med underfundige virkemidler. I 2004 ble det registrert 91 nye barn med barneverntiltak, der grunnlaget for intervensjon var seksuelle overgrep/incest. Halvparten av disse barna var 13 år og eldre.

Barn som utsettes for omsorgssvikt rammes svært ofte også av mishandling. Amerikanske studier (U.S. Department of Health and Human Services 2004) viser at om lag 60 prosent av barna som var offer for mishandling også var utsatt for omsorgssvikt. Barn utsatt for mishandling (fysisk og/eller seksuelt) og omsorgssvikt har en meget høy risiko for å utvikle atferdsvansker og for å begå kriminalitet i ungdomsalderen (Malmgren & Meisel 2004). Risiko for omsorgssvikt og mishandling er særlig høy i fattige familier bosatt i slumområder.

Som vi ser av SSBs statistikk over *nye barn registrert med barneverntiltak* var om lag halvparten av barna registrert for omsorgssvikt, fysisk og psykisk mishandling, samt seksuelle overgrep 13 år eller eldre. Data fra Department of Health i USA (se: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/childabuse>) viser at mishandling med fatalt utfall (død) klart oftest registreres i *barnets første leveår*. Hvis dette er en indikator på at også skjult (ikke-registrert) fysisk barnemishandling har hyppigst forekomst i de første leveårene, gir vår norske statistikk over nye registrerte tilfeller grunn til bekymring.

Tersklene for registrering av omsorgssvikt og mishandling er høye. Når det gjelder seksuelle overgrep tyder mye på at tersklene har steget de siste årene, særlig fordi kravene til bevisføring er blitt skjerpet. I USA har Jones, Finkelhor og Kopiec (Jones, Finkelhor, & Kopiec 2001) konstatert at registrerte saker som omhandler seksuelle overgrep mot barn har falt med 39 prosent fra 1990 til 1999. Basert på nasjonale surveys fant man også en nedgang i beregnet forekomst av slike overgrep i befolkningen, men nedgangen i registrerte saker er betydelig større. ”Mørketallene” ser altså ut til å ha steget. I intervjuer med ledere i barnevernstjenesten fant Jones, Finkelhor og Kopiec (2001) at en del av forklaringen på dette måtte tilskrives endringer i barnevernets praksis. Før intervensjon måtte meldinger som skulle

undersøkes sent i perioden bygge på ”a preponderance of evidence” (overvekt av bevis), mens undersøkelse tidlig i perioden ble utløst med grunnlag i ”credible evidence” (troverdige bevis).

Ved mistanke om fysiske og seksuelle overgrep står man overfor krav til bevisføring. Den meget omfattende medisinske litteraturen på områder handler i stor grad om fysiske og medisinske korrelater til overgrep, men også når det gjelder intervensjon i forhold til fysisk og seksuell mishandling er det medisinske tidsskrifter som dominerer.

## 6.5.2 Risikofaktorer

Harder (Harder 2005) gjennomførte en studie med hjemmebasert oppfølging av familier med antatt høy risiko for mishandling og omsorgssvikt. Samtlige familier i dette programmet var valgt ut av barnevernet. Gjennom oppfølgingsperioden (ett år) viste det seg at mer enn 80 prosent av foreldrene selv, under egen oppvekst, hadde vært utsatt for fysisk mishandling. Nær halvparten hadde vært utsatt for seksuelle overgrep, og 15 prosent for omsorgssvikt. Risiko for mishandling og omsorgssvikt har altså et element med tydelig karakter av ”sosial arv”.

I arbeid med utforming av forebyggende program har man stilt spørsmål om hvordan målgruppe for forebyggende innsats best kan identifiseres. Bør utvelgelse til av deltakere skje ved ”screening” av enkeltfamilier basert på psykososiale instrumenter som kan predikere risiko for mishandling, eller bør utvelgelse foretas etter demografiske og sosioøkonomiske kriterier? Guterman (Guterman 1999) fant i en meta-studie av program basert på utvelgelse etter h.h.v. individuell screening og universell utvelgelse basert på sosiodemografiske kriterier at de mest ”robuste” resultatene var å finne i studier der programmet var implementert i høyrisiko områder, og der utvelgelse for deltagelse i programmet følgelig tok utgangspunkt i sosiodemografiske kriterier.

Harriet MacMillan (MacMillan 2000) har gjort en review av litteratur som omhandler individuell ”screening of risk factors” forbundet med seksuelle og fysiske overgrep mot barn. Konklusjonen fra denne studien er at den prediktive verdien av ulike former for individuell screening er uakseptabel lav, så lav at omkostninger som følger av risiko for feilaktig å stemple foreldre som potensielle overgripere langt overstiger fordelene ved bedre å kunne målrette forebyggende innsats. Risiko for mishandling og omsorgssvikt er imidlertid høyere i befolkningsgrupper med bestemte demografiske og sosioøkonomiske kjennetegn. Anbefalinger basert på denne studien var entydige å gi

tilbud om forebyggende hjemmebasert oppfølging fra helsestasjon (helsesøster) til ”disadvantaged families” i tiden før fødsel og gjennom småbarnsstadiet. Mer presist ble målgruppen for slik oppfølging satt slik: enslige førstegangsfødende tenåringsmødre (<19 år) med lav sosioøkonomisk status.

Hjemmebasert helsestasjonsarbeid med sikte på å forbygge fysisk og seksuell mishandling ble utformet av Olds og medarbeidere (Olds 1997) i den såkalte Elmira-studien. Intervensjon var utformet ved:

1. *regelmessig hjemmebesøk av sykepleier under graviditet.*
2. *fortsatt hjemmebesøk inntil fylte to år*
3. *ved ett og to-års alder ble det foretatt kontroll av barnets fysiske og psykiske utvikling.*

Det ble etablert en randomisert kontrollgruppe der barnets utvikling på ett og to-årsstrinnet ble kartlagt i likhet med programgruppen, men uten den hjemmebaserte oppfølging før og etter fødsel.

Under hjemmebesøk fokuserte sykepleier på tre forhold: helserelaterte spørsmål knyttet til svangerskaps- og spebarnsstadiet, spørsmål knyttet til omsorg og til samspill mellom barn og foreldre, samt spørsmål knyttet til planlegging av familiens liv (utdanning, arbeid og inntekt).

I programgruppen med hjembesøk av sykepleier ble fire prosent av familiene rapportert for mishandling av barn i den to-årsperioden programmet varte. I kontrollgruppen som fikk ”treatment as usual” ble hele 19 prosent av familiene registrert for mishandling i løpet av samme to-årsperiode. Oppfølging 15 år senere viste at forekomst av rapportert mishandling og omsorgssvikt var signifikant lavere i programgruppen enn i kontrollgruppen.

Analysen av Elmira-studien (Olds 1998) viste at mødre i programgruppen i sammenlikning med kontrollgruppen utviklet

- Et bedre kosthold med bedre sammensetning av daglige måltider
- Klar reduksjon i sigarettøyking
- Mindre forekomst av nyrebetennelse
- Bedre uformell sosial støtte
- Langt færre fødsler før termin, og barn med gjennomsnittlig høyere fødselsvekt
- Vesentlig høyere yrkesaktivitet

- Vesentlig lengre tid mellom første og andre fødsel, og over en 15 års periode etter programavslutning: vesentlig færre barn

Olds et al (1998) viser til økonomiske analyser av resultatene av Elmira- studien (utført av The Rand Cooperation) som påviser langsiktige samfunnsøkonomiske innsparinger som langt overstiger utgiftene til gjennomføring av programmet.

Elmira-studien ble senere gjentatt i Memphis (Olds et al 1998). Resultatene var i hovedtrekk de samme.

I en ny analyse av dataene i Elmira-studien fant Eckenrode et. al (Eckenrode 2000) at forekomst av partnervold (domestic violence) gav betydelig begrensning i den effekt intervensjonsprogrammet hadde på forekomst av barnemishandling. Forekomst av partnervold var ikke påvirket av om familien hadde hjemmebesøk, d.v.s at forekomst av partnervold var den samme i programgruppen som i kontrollgruppen. Analysen viste at effekten av intervensjon ble redusert med økende hyppighet av partnervold. Jo hyppigere mor var utsatt for vold fra partner, desto hyppigere utøvde mor vold mot barn(et). Det var hyppighet av partnervold som gav dette utslaget, ikke hvor alvorlig (hvilket skadepotensiale) volden var. Eckenrode et al (op cit) antar at denne effekten følger av at volden bidrar til å ødelegge mors evne til å yte omsorg. Vold fra partner reduserer mors kontrollen over eget liv. Olds og Korfmacher (Olds & Korfmacher 1998) peker på at mors grad av kontroll over eget liv er en sentral faktor som må tillegges vekt i måten hjemmebesøksprogrammet implementeres. Den hjemmebesøkende sykepleier bør være fleksibel og øke antall besøk når mødre viser særlige behov for bistand.

Programmene med hjemmebesøk av sykepleier er begrenset til aldersgruppen opp til to år. Statistikk fra U.S. Departement of Health viser at det er i første leveår at flest barn blir registrert som offer for fysisk mishandling. Men mishandling og overgrep rammer også eldre barn.

### 6.5.3 Sinnemestring – treningsprogram for foreldre

I Australia er det utviklet intervensjonsprogram beregnet for foreldre med barn i alderen 2 til 12 år kalt "Triple P: Positive Parent Program" (Sanders 1999), (Sanders 2004). Programmet er basert på sosial læringsteori og anvendt atferdsanalyse. (Se også: <http://www1.tiplep.net/>).

Triple-P er i noen sammenhenger anvendt universelt (overfor alle småbarnsfamilier) ved helsestasjonsarbeid, men også selektivt i forhold til familier der barn har store atferdsproblemer og der samspillproblemene i familien er store. Ett eller flere elementer fra en femdelt skala kan (kumulativt) legges til grunn ved intervensjon avhengig av hvor store barnets problemer er antatt å være.

Triple-P kan altså sees som et primærforebyggende så vel som et sekundær og tertiærforebyggende program.

Det første nivå i programmet er opplæring av foreldre gjennom bruk av skriftlig materiale, samt videogram. I det andre nivået inviteres foreldre til å delta i seminarlignende, gruppebaserte konsultasjoner. Det er disse to første nivåene som anvendes overfor alle familier, for eksempel ved helsestasjon. De tre neste nivå i programmet anvendes i forhold til familier med identifiserte problemer.

Det tredje nivået er tilrettelagt for familier med barn som har milde til moderate atferdsvansker. Aktiv ferdighetstrening (fire sesjoner) av foreldre inngår.

Det fjerde nivå er mer intensivt over 8 til 10 sesjoner, og er beregnet for familier der barna har mer alvorlige atferdsvansker. Det femte nivå er innrettet på familier der barnet har alvorlige atferdsvansker, og der foreldrene i tillegg lever i konfliktfylte parforhold.

Programmet er også anvendt i forhold til foreldre og barn der risiko for fysisk mishandling ble regnet som stor. Sanders et al (2004) anvendte en standardutgave av Triple P, som "treatment as usual" (kontrollgruppe), og Triple P *supplementert* med elementer utformet for sinne-mestring (hentet fra kognitiv psykologi) som intervensjonsprogram i et randomisert forsøk med formål å forebygge fysisk mishandling. Sanders og medarbeidere ville undersøke om Triple-P var egnet til å forebygge fysisk mishandling, og dessuten om den forebyggende effekt av programmet ville bli forbedret når man la til elementer (fra kognitiv psykologi) utformet for mestring av sinne og trening i å fortolke og forstå barnets intensjoner og reaksjonsmønstre (attribution retraining). Utfall av intervensjon ble målt ved pre- og postintervensjon, samt 6 måneder etter avsluttet program med en rekke standardiserte instrumenter.

Resultatene viste at både kontrollgruppe (med standard Triple-P) og programgruppe (Triple-P utvidet med atribusjons- og sinne-mestring) etter programavslutning gav svært gode resultater. Begge grupper viste klar reduksjon i potensiale for mishandling av barn (målt ved Child Abuse Potential Inventory) og klar reduksjon i opplevd og



uttrykt sinne. Programgruppene hadde imidlertid signifikant sterkere reduksjon i potensiale for mishandling av barn enn det kontrollgruppen hadde.

Disse forskjellene besto også 6 måneder etter at programmet var avsluttet.

Triple-P er et av flere program som er vurdert på oppdrag av det Britiske Department for Education and Skills (Moran, Ghate, & van der Merwe 2004). I rapporten pekes på at de dokumenterte effekter er knyttet til studier der det er høyt kvalifisert helsepersonell som har stått for implementering og gjennomføring. Det foreligger ikke dokumentasjon av at programmet er virksomt under administrasjon av andre profesjonsgrupper.

#### 6.5.4 Terapeutisk intervensjon til mishandlede barn

Dufour og Chamberland (2003)<sup>41</sup> har gått gjennom ulike studier av behandlingstilbud til barn, foreldre og familien samlet, der ulike former omsorgssvikt (neglect), mishandling (maltratment) eller seksuelle overgrep (sexual abuse) er konstatert. Det er studier gjennomført i perioden 1982-2002 som gjennomgås.

Dufour og Chamberlain peker på store metodiske svakheter i studier utført for å måle effekter av intervensjon overfor disse målgruppene. En gjennomgående svakhet er knyttet til selve intervensjonsprogrammet og implementeringen av det. Intervensjonsformene er ofte lite utprøvd og har preg av det forfatterne kaller ”emerging practices”. Implementering av tiltak er ofte mangelfullt beskrevet. Studiene er basert på så små utvalg at muligheter for statistiske analyser, og derved for generalisering blir sterkt begrenset. Effekt av behandling er gjennomgående målt ved ulike former for pre- og posttest. Studier med randomisert sammenlikningsgruppe forligger ikke. Derfor er det ikke mulig å trekke sikre konklusjoner med hensyn til årsakene til de observerte endringene.

Den metodiske standard i disse studiene er altså gjennomgående svak.

Når det gjelder behandlingsinnsats rettet mot det mishandlede barnet, er det gruppeterapeutiske tilbud som hadde størst utbredelse. Utformingen av disse tilbudene var svært lik. De viktigste forskjellene i utforming hadde sammenheng med ulik alder til de barn tilbudet var

---

<sup>41</sup> Dufour, S and C. Chamberland (2003): *The Effectiveness of Child Welfare Interventions: A Systematic Review*. Centre of Excellence for Child Welfare.

rettet mot. Tilbudene var primært basert på klinisk kunnskap om konsekvenser av seksuelle overgrep og mishandling snarere enn generell psykologisk teori. Gruppeterapeutisk intervensjon viser bedring av barnas motoriske, kognitive, emosjonelle og sosiale fungering, samt reduksjon i barnets aggressive og voldelige atferd. De registrerte endringene var imidlertid moderate.

Det foreligger flere enkeltstudier av individualterapeutiske tilbud til mishandlede barn. Etter behandling viste seksuelt misbrukte barn gjennomgående bedret selvtillit (self-esteem), bedre sosiale ferdigheter, mindre angst- og depressive symptomer, samt færre symptomer på post-traumatisk stress.

Tilnærminger basert på kognitiv atferdsterapi synes å gi best effekt. Forfatterne peker imidlertid på at metodiske begrensninger ved foreliggende studier tar bort muligheten for sikkert å utlede hvilke(t) element(er) i den enkelte intervensjonsform som har ført til de observerte endringene.

Intervensjon i forhold til foreldre som fysisk eller psykisk har mishandlet sine barn, eller som har utvist omsorgssvikt, er gjennomgående basert på kognitive atferdsprogram. Umiddelbart etter intervensjon rapporterer samtlige av studiene positive effekter i form av bedre ferdigheter i utføring av foreldrerolle, og bedret samspill mellom barn og foreldre. I noen av disse studiene ble de bedre ferdighetene og forbedrede samspill mellom barn og foreldre konstatert å vedvare også måneder etter at intervensjon var avsluttet.

Forfatterne peker på at de foreliggende studier av behandlingstiltak for barn utsatt for overgrep er få, og at den metodiske standard ofte er mangelfull.

## 6.6 Bruk av rusmidler

Rus og rusmidler har betydelig plass i litteratur om intervensjonsprogram og hjelpetiltak. I hovedtrekk kan denne litteraturen deles i tre hovedkategorier

- Bruk av alkohol og narkotiske stoffer som underkategori til begrepet ”atferdsproblemer” som kjennetegn ved den unge, ofte omtalt sammen med andre former for avvik, slik som kriminalitet (delinquency), skoleskulk (truancy) og ”conduct disorder”
- Bruk av alkohol og andre rusmidler, samt rusavhengighet som ett (av flere) kjennetegn ved problembildet hos småbarnsforeldre, og

som én av flere risikofaktorer i barns utvikling som danner grunnlag for tidlig intervensjon

- Rusavhengighet (uttrykt ved abstinenssymptomer) hos den unge selv

I evaluering av intervensjon får rusvaner i det første tilfelle karakter av avhengig variabel (sammen med andre parametre som kriminalitet m.v.) der nedgang i bruk av rusmidler blir ett uttrykk for effekt av intervensjon. Flere studier av effekt av MST-intervensjon overfor unge med atferdsproblemer der rusavhengighet ikke var en integrert del av problembildet har imidlertid vist klar reduksjon i bruk av alkohol og andre rusmidler sammenliknet med kontrollgruppe, slik vi har beskrevet i kapittel 5.

Intervensjon i forhold til rusavhengige unge byggerer bare unntaksvis på hjembaserte tiltak, og kan derfor ikke karakteriseres som hjelpetiltak. MST har imidlertid vært anvendt som hjelpetiltak overfor rusavhengige. I en oppfølgingsstudie fire år etter intervensjon med MST overfor diagnostiserte rusavhengige 16-åringer fant Henggeler og medarbeidere (Henggeler, Clingempel, Brondino, & Pickrel 2002) at de unge som gjennomgikk MST-behandling fire år senere hadde signifikant lavere forekomst av voldelig kriminalitet sammenliknet med kontrollgruppen, men var ikke forskjellig når det gjaldt omfang av vinningskriminalitet og bruk av rusmidler. Som behandlingstilbud til rusavhengige unge har altså MST begrenset effekt, og ingen effekt på misbruksmønsteret.

Også når det gjelder foreldres bruk av rusmidler vil effekt av intervensjon ofte ha endringer i foreldres rusvaner som suksess-indikator. I evaluering av *langtidsvirkninger* av tidlig intervensjon er det imidlertid den unges egne rusvaner (sammenholdt med unge i kontrollgruppen) som legges inn som indikator på effekt av intervensjon. Studier av langtidseffekter av tidlig-intervensjon med hjembesøk av sykepleier (Olds m.fl 1999) til fattige, enslige gravide/småbarnsmødre viser som vi tidligere har omtalt en rekke positive resultater, slik som mindre forekomst av mishandling og omsorgssvikt i de familier som inngikk i programmet, men i tillegg klart færre lovbrudd og klart mindre forbruk av alkohol og andre rusmidler blant barna (når disse var blitt 15 år) enn det man fant i kontrollgruppen. Andre studier av tidlig intervensjon i forhold til småbarn, der formålet primært var å bedre barnets intellektuelle yteevne samt evne til å lære, viste sterkt forbedrede sosiale ferdigheter i programgruppene enn det som gjaldt kontrollgrupper. Mindre forbruk av rusmidler og alkohol,

og mindre kriminalitet var to av disse langtidseffektene (Crane & Barg 2003).

## 6.7 Oppsummering

I dette kapittelet har vi sett på tiltak rettet mot ulike målgrupper. Vi har sett at begrepsbruken i beskrivelsen av forholdet mellom "tiltak" og "målgruppe" i mange sammenhenger er komplisert. "Målgruppe" for tiltak vil i noen sammenhenger være angitt med referanse til administrative/ forvaltningsmessige forhold, i noen sammenhenger av hvilke type symptomer og symptombærere evaluator ønsker å dokumentere behandlingseffekt i forhold til.

Tiltak anvendt i forhold til tre hovedkategorier er omtalt i dette kapittelet, nemlig unge kriminelle, barn utsatt for mishandling og/ eller omsorgssvikt samt psykisk syke barn og unge. I forhold til den første av disse målgruppene har vi sett at systemorienterte kognitive atferdsprogram som MST og FFT har vist seg å gi gode resultater, med redusert risiko for tilbakefall til ny kriminalitet som viktigste resultatmål. De samme programmene har også vist seg å gi gode resultater i forhold til voldelige unge, så gode at disse programmene i USA som to av ytterst få intervensjonsformer er gitt status av "modell-program" i behandling av unge med voldelig atferd. I denne kategorien kommer også det individorienterte kognitive atferdsprogrammet ART. De nevnte programmene har vist seg å gi gode resultater under ulike betingelser forutsatt at de iverksettes i overensstemmelse med faglige forutsetninger. Muligheter for overføring til norske forhold må antas gode, noe positive norske erfaringer med MST og ART synes å bekrefte.

Fra USA foreligger det solid dokumentasjon for at hjemmebaserte helsetjenester til unge, enslige, fattige gravide- og småbarnsmødre har gitt gode resultater med redusert risiko for omsorgssvikt og mishandling, og forbedrede utviklingsmuligheter for barn også i et langtidsforløp. Også tidlig intervensjon med sikte på å bedre læringskapasitet og intellektuell yteevne hos småbarn har gitt lovende resultater, også i et langtidsperspektiv. De program det her er tale om har vært anvendt med universell innretning i forhold til barn og barnefamilier i gettopregede slumområder, barn og familier som lever under forhold som må karakteriseres som ekstremt negative.

Tilsvarende universell innretning av tiltak i norske nabolag er trolig høyst uaktuelt fordi liknende høyrisiko-områder ikke eksisterer her i landet. Ikke desto mindre finner vi familier der risiko for omsorgssvikt

og barnemishandling er høy. Amerikanske studer har imidlertid vist at det ikke er mulig å forutsi i hvilke familier med risikokjennetegn at omsorgssvikt eller mishandling vil finnes sted, for eksempel ved hjelp av standardiserte tester eller spørsmålsbatterier. Dette har vært en av grunnene til at universelle tilnæringsmåter for kostnadskrevenne hjembesøk har vært valgt.

Det australske programmet Triple-P bygger trolig helt eller delvis bro over dette dilemmaet. Programmet har en struktur og utforming der innsatsnivået avstemmes etter observert risiko i familien. Alle får litt – de familier som viser behov får mer. I Australia har Triple-P gitt gode resultater med redusert forekomst av mishandling og omsorgssvikt. Forskning på effekten av Triple-P er relativt begrenset. Programmet er dessuten ikke dokumentert brukt utenfor Australia. Overførbarheten til andre vestlige land må likevel antas å være god.

En tredje og viktig målgruppe er psykisk syke barn og unge. Flere undersøkelser, bl.a. både norske, svenske og en britisk, viser at barn i barneverntiltak har økt sannsynlighet for å få psykiske vansker og lidelser sammenliknet med andre barn og unge. En norsk studie viser at betydelig flere barn og unge i barneverntiltak trenger barne- og ungdomspsykiatrisk behandling enn de som får dette. Det påpekes i denne studien at alvorlige atferdsproblemer, rusproblemer (både blant jenter og gutter) og spiseforstyrrelser (særlig blant gutter) er omfattende. Svenske studier viser at selvmordsdødeligheten er vesentlig høyere for barn og unge som er eller har vært i barneverntiltak, enn for barn og unge i sin alminnelighet. Det bør forskes mer på psykisk helse blant barn i barneverntiltak og på hvilke tiltak som kan forebygges og behandle best de lidelsene disse barna har.

## 7 Samarbeid mellom ulike instanser

Dette kapitlet tar opp enkelte spørsmål i tilknytning til barneverntjenestens samarbeid med andre viktige hjelpetjenester og samarbeidspartnere. Det viktigste spørsmålet for oss i denne sammenheng er barneverntjenestens bruk av hjelpetiltak inn i dette samarbeidet, men også enkelte kilder som tar opp noen andre problemstillinger rundt samarbeidet blir berørt.

Barneverntjenestens samarbeid med andre instanser er svært sentralt for å få til gode løsninger og tiltak som får effekt på viktige livsområder for barnet/den unge. De tidligste samarbeidstiltakene skjer med sykehus/helsesøster, med barnehage, skole/rådgiver/skolelege/fastlege, eventuelt med pedagogisk psykologisk tjeneste og barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk eller habiliteringstjenesten. I den grad erfaring fra slike samarbeidsrelasjoner er dokumentert i forskning, redegjøres det for dette i foreliggende kapittel.

Dette kapitlet vektlegger i hovedsak norske undersøkelser.

### 7.1 Samarbeid mellom barnevern og helse-tjenesten

Dette avsnittet redegjør for litteratur som tar opp samarbeid mellom den kommunale barneverntjenesten og helsetjenesten (på ulike nivåer – både den kommunale og den spesialiserte, statlige).

#### 7.1.1 Barnevern og helsesøstertjenesten

Helsesøstertjenesten er et kommunalt lavterskeltilbud hvor barn og unge kan henvende seg direkte uten å ha gjort avtaler på forhånd. Denne tjenesten er en viktig instans både med hensyn på utredning av

---

barn og unge med psykiske og psykososiale problemer (Andersson & Kristofersen publiseres 2006).

Barneverntjenesten får en del meldinger fra og samarbeider relativt ofte med helsesøstertjenesten i kommunen, særlig når det gjelder yngre barn. Samarbeidsformene kan variere noe mellom kommunene, blant annet av hvordan tjenestene er organisert.

Rent generelt er helsesøster den tjenesteutøveren i kommunen som først har kontakt med det nyfødte barnet og familien (noen ganger kjenner helsesøster også mor/foreldrene på forhånd, spesielt i familier med flere barn). Helsesøster har som en viktig oppgave å arbeide forebyggende, det gjelder både i forhold til somatisk og psykisk helse (barnets, til dels også morens og farens) og i forhold til eventuelle problemer i barneomsorgen (samspillsproblemer, grensesetting, vanskjøtsel, omsorgssvikt, mishandling).

Resultater fra nyere norske undersøkelser viser at helsesøstertjenesten i stor grad har etablert samarbeidsformer med andre tjenester. I 87 prosent av kommunene rapporterer ledende helsesøster om faste, formaliserte samarbeidsmøter med andre kommunale tjenester og etater. Nær 70 prosent av kommunene rapporterer at helsesøstertjenesten deltar i fagnettverksgrupper for psykososiale vansker hos barn og ungdom, og tverrfaglige grupper for forebygging av psykiske vansker (Andersson, Røhme, & Hatling 2005).

Tjenestene samarbeider både om mer generelle forespørsler (anonymt, angående barn/familie NN) og i aktuelle saker – enten sakene er på meldings-, undersøkelses- eller tiltaksstadiet for barnevernet.

Helsesøster har både som offentlig ansatt og som helsearbeider plikt etter Lov om barneverntjenester til å rapportere til barneverntjenesten hvis hun får mistanke om alvorlig omsorgssvikt eller mishandling.

Kvaliteten på samarbeidet mellom tjenester kan ha stor betydning for om brukeren får et adekvat hjelpetilbud. Flere undersøkelser tyder på at tjenestene frendeles står overfor ganske store tverrfaglige utfordringer i forhold til å få tverrfaglige tilbud til å fungere godt (Andersson et al. 2005; Andersson 2006; Andersson & Kristofersen publiseres 2006). Både helsesøstere og fagpersoner ved PP-tjenesten melder om at samarbeidet med sosialetat, barnevern, fastlege og BUP vurderes å fungere mindre bra eller dårlig. Resultatene viser at 30-40 prosent av barn og unge med psykiske problemer som mottar tiltak fra disse tjenestene omfattes av dårlig fungerende samarbeid mellom de involverte instanser/aktører. De utfordringene tjenestene har med å få samarbeidet til å fungere blir dokumentert både i spørreskjema-

undersøkelser og i intervjuundersøkelser (Kristofersen 2004; Andersson et al. 2005; Andersson & Kristofersen publiseres 2006).

### 7.1.2 Barnevern og fastlege/skolelege

Det kommer færre meldinger fra fastlege/skolelege til barneverntjenesten enn fra helsesøstertjenesten. Men barneverntjenesten har også kontakt med disse sentrale legene i kommunene. Ofte vil det nok også ha vært kontakt mellom lege og helsesøster ved eventuell videre kontakt til barnevernet slik det også er i forhold til eventuell kontakt mellom helsesøster og BUP. Helsesøster har en sentral rolle i henvisninger til BUP. I en undersøkelse av fastlegens rolle i psykisk helsearbeid finner Andersson at helsesøster rapporterer å ha skrevet henvisningen for 63 prosent av barn/unge som mottar tiltak fra tjenesten og som blir henvist til BUP. For 32 prosent av denne gruppen har hun kontaktet fastlegen for å få signert henvisningen (Andersson 2006).

På liknende måte skjer det nok i en del saker også samarbeid mellom fastlege/skolelege og helsesøster når det vurderes eller er opprettet kontakt med barneverntjenesten i aktuelle saker. Særlig i saker med alvorlig mishandling eller omsorgssvikt vil ofte både lege og helsesøster være i kontakt. I kompliserte saker vil de ofte også enten kontakte BUP og/eller sykehus.

### 7.1.3 Barnevern og BUP

#### **Samarbeid mellom Aline spebarnshjem og Nic Waals institutt**

Det er nylig gjennomført et forsøk for tidlig intervensjon (spedbarnsfasen) i samarbeid mellom Alines Spedbarnshjem og Nic Waals institutt. Forsøket gikk over tre år. Deler av dette prosjektet ble evaluert av NIBR (Haaland 2005). Småbarn under fire år med mødre med alvorlig rusavhengighet (opiater) og mødre med alvorlige psykoser eller alvorlige traumer som var innskrevet ved Alines Spedbarnshjem ble automatisk også innskrevet som pasienter ved Nic Waals institutt. Disse barna fikk altså tilbud både fra barnepsykiatrien og barnevernet. De nye henvisningsrutinene førte til at sammensetningen av pasientsammensetningen ved Nic Waal ble betydelig endret. Helt små barn (under to år) registrert som pasienter ble mer enn tredoblet gjennom de nye henvisningsrutinene. Iverksatte behandlingstiltak overfor disse barna ble flere, og tid i behandling økte under forsøket. Samspillstrening mor-barn var et slikt tiltak som ble nytt for svært mange av disse barna.



Bakgrunn for forsøket var at barn løp stor risiko for feilutvikling på grunn av mødrenes dårlige fungering. På grunn av barnas svært lave alder var diagnostisering av psykisk feilfungering hos barnet svært vanskelig, men risiko for utvikling av slik feilfungering ble regnet som så stor at dette ble godtatt som tilstrekkelig grunnlag for innskriving. Resultatene fra forsøket viste at det psykiske helsevern ved disse innskrivingsrutinene i betydelig større grad enn før nådde fram med tilbud til sped- og småbarn.

Samarbeidet mellom barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien har ofte vært omtalt som uavklart og mange barn har vært påstått å være ”gråsonerbarn” i forhold til de to tjenesteområdene (NOU 2000:12). Eksempelet fra samarbeidet mellom Nic Waals institutt og Alines Spedbarnhjem er eksempel på at skottene mellom de to forvaltningsområdene kan senkes betydelig. Også i det tidligere omtalte eksempelet fra Skedsmo kommune (Haaland 2006b) har man gjennom god organisering (SAMBUS-planen) klart å bygge ned barrierer i samarbeidet som begge parter er svært godt fornøyd med og som av representant fra psykiatrien omtales som en ”eksportmodell” for samarbeid BUP – barnevern.

### **Andre erfaringer**

Både når barneverntjenesten arbeider alene med barn og familie, men særlig der hvor både flere tjenester og nivåer er involvert (kommune og stat) er det av betydning med tiltaksplaner eller individuelle planer. Noe forskning og utredning om erfaring med bruk av slike planer er utført (Gjedrem 2004; Halvorsen 2005).

Både barnets den unges fungering i familien, med venner, i barnehage skole og seinere i jobb og fungering i samband med å stifte egen familie er viktig. Mange barn trenger barnevernets hjelp, men i en god del tilfelle må hjelpen suppleres fra instanser nevnt over eller fra barnevernvakt eller politiet.

Bente Brostrøm har nevnt samarbeidet med BUP i sitt Temahefte Fra ide til virkelighet – som bla. omhandler samarbeidet mellom barnevern og BUP – og Opptappingsplanen psykisk helse i Buskerud (Brostrøm 2002).

I England er det foretatt undersøkelser av psykisk sykkelighet blant barnevernbarn. En slik undersøkelse, basert på bl.a. intervjuer og spørreskjemaundersøkelse blant barn og unge, omsorgsgivere, ansatte i sosialtjenesten og lærere, viser at blant barn i alderen 5-10 år som var i lokale barneverntiltak, var det fem ganger mer vanlig å ha en psykisk lidelse sammenliknet med barn generelt i samme aldersgruppe. 42

prosent hadde dette blant barnevernbarna mot 8 prosent blant barn generelt (Meltzer et.al.,2003). For barn og unge i alderen 11-15 år var det også nesten fem ganger så sannsynlig for barnevernbarn å ha en psykisk lidelse sammenliknet med barn generelt (henholdsvis 49 prosent og 11 prosent). Tallene er basert på intervjuer med utvalg av barn og unge, og ratene for sykkelighet er basert på diagnostiske kriterier i ICD 10 Classification of Mental and Behavioral Disorders – med krav til at problemene påfører barnet lidelse eller har en betydelig påvirkning på barnets dagligliv (Meltzer et.al., 2003: 7).

#### 7.1.4 Barnevern og sykehus/barneavdeling/-habilitering

I en del barnevernsaker med syke, skadde eller funksjonshemmede barn er det mye og nødvendig kontakt mellom spesialisthelsetjenesten og barneverntjenesten. Som nevnt i kapittel 4 er det økende bruk av medisinsk undersøkelse/behandling (trolig også habilitering) i en del barnevernsaker. I 2004 ble det som nevnt benyttet medisinsk undersøkelse/behandling i 750 barnevernsaker. Det var en økning i bruk av medisinsk undersøkelse/behandling både som hjelpetiltak og som omsorgstiltak i barneverntjenesten. Hvis foreldre ikke er villige til å la et alvorlig sykt, skadd eller funksjonshemmet barn gjennomgå adekvat medisinsk undersøkelse eller behandling (som oftest vil dette si behandling i poliklinikk eller sykehus), kan fylkesnemnda beslutte at dette skal pålegges foreldrene som omsorgstiltak. Langt de fleste barnevernstiltakene som gjaldt medisinsk undersøkelse/behandling i 2004 var frivillige (ble gitt som hjelpetiltak).

I forrige kapittel er det også drøftet hvordan barneverntjenesten arbeider i alvorlige mishandlingssaker internasjonalt. Også i Norge og Norden er barneavdelingene på de større sykehusene svært opptatt av skader på særlig små barn som kan være forårsaket av vanskjøtsel, mishandling eller overgrep. Man har ofte egne rutiner for kontakt med den kommunale barneverntjenesten/barne- og ungdomspsykiatrien når barn og unge kommer inn beruset eller forgiftet.

## 7.2 Samarbeid mellom barnevern og barnehage/skole

Skolen er en helt sentral oppvekstarena for alle barn. Etter hvert har skolen fått tildelt eksplisitte oppgaver knyttet til elevenes personlige og sosiale utvikling, et ansvar som familien tidligere var alene om p

ha. Barnevernet og skolen har her klart overlappende ansvarsoppgaver. Barnevernslovens § 3-2 foreskriver at barnevernet skal samarbeide med andre forvaltningsorgan, herunder skolen, når slikt samarbeid kan bidra til å løse felles oppgaver.

Nest etter foreldre og barnevernstjensten selv, er skole (inkludert PPT) den instans som står bak flest av de meldinger som fører til at det iverksettes tiltak hjemlet i barnevernloven. I 2004 sto skoleverket bak om lag 13 prosent av alle slike meldinger. Omlag 40 prosent av disse meldingene omhandlet atferdsproblemer hos barnet, mens knapt hver femte melding omhandlet omsorgssvikt eller mishandling i hjemmet. (Allertsen & Kalve 2006)

For barn og unge er skolen (også) en sosial arena. Flere undersøkelser har vist at barn og unge med atferdsvansker har betydelig grad av konfliktfylte relasjoner til medelever og lærere, og at disse barna ofte gir uttrykk for manglende skoletrivsel (Nordahl 2000) Nordahl (Nordahl 2001) peker på at i samarbeidet mellom barnevern og skole må det være barnets beste som settes i sentrum. Samarbeidet må bygge på likeverdighet, og fokus må rettes på de fellesoppgavene skolen og barnevernet har, hevder Nordahl (2001). Nordahl hevder at skolen lett gir barnevernets innsats i slikt samarbeid en plass "på siden" av skolens og lærernes ordinære arbeidsformer, og at skolen ser på barnevernets innsats som et arbeid som skal avlaste lærere og bidra til løsning av *skolens* problemer. Med henvisning til statistikk over hjelpetiltak i barnevernet konstaterer Nordahl at skolen i liten grad brukes som arena for skolebaserte tiltak fra barnevernets side. At dette i så liten grad gjøres står i kontrast til den sentrale rolle skolen har i oppveksten til alle barn og unge. I 2004 var det 225 barn som fikk hjelpetiltak med grunnlag i særlige opplæringsbehov, mens 3875 barn fikk fritidsaktiviteter som hjelpetiltak (Allertsen og Kalve 2006). Ut fra iverksatte hjelpetiltak virker det som om barnevernet overvurderer betydning av fritid og arenaer utenfor skolemiljøet, hevder Nordahl.

Bruk av skolefritidsordningen (SFO) som hjelpetiltak har økt de senere årene i 2004 var det vel 4.000 barn som fikk SFO som hjelpetiltak. Når SFO iverksettes som hjelpetiltak er det oftest "forholdene i hjemmet" som er grunnlag for iverksettelse. Svært ofte er det foreldrene selv som har meldt fra om dette til barnevernet (Allertsen og Kalve 2006)

Godt samarbeid mellom skole og barnevern handler også om organisering. De to sektorene tilhører atskilte kommunale administrasjoner. De tverrgående forbindelsene er begrensede, selv om faste møter inngår som rutine i mange kommuner (NOU 2000:12). Et eksempel på

velfungerende samarbeid skole – barnevern finner vi i Skedsmo kommune i Akershus (Haaland 2006a). Her har kommunen etablert en Barne- og ungdomsbasen som dels fungerer som barnevernsvakt utenom ordinær arbeidstid, og som for øvrig på dagtid arbeider med hjelpetiltak for barn, unge og deres familier på oppdrag fra barneverntjenesten. Barne- og ungdomsbasen er et lavterskeltilbud både for barn og foreldre som søker bistand, men også for ansatte i kommunen som arbeider med barn og unge, herunder lærere. Et betydelig antall henvendelser til basen kommer da også fra lærere. En hovedkategori av spørsmål fra lærere handler om hvordan de selv, som fagpersoner - kan utforme eller forbedre sitt arbeid med barn som har problemer. En annen type spørsmål handler om hvordan ulike symptomer skal forstås, for eksempel indikasjoner på selvskadning eller spiseforstyrrelser. En tredje type konsultasjon handler om å ”opptre riktig” i utforming av bekymringsmeldinger til barnevernet, en form for ”voksenopplæring” som lærere oppgav å ha stor nytte av.

Barne- og ungdomsbasen er altså et lett tilgjengelig og mye brukt konsultativt organ for skole og lærere i barnevernsfaglige spørsmål. Barne- og ungdomsbasen er også i noen grad til stede på skoler i en rolle som best kan beskrives som miljøarbeiderens. Det betyr at de i skoletid følger opp barn og unge med problemer. Disse barna trenger ikke tilhøre barnevernets klienter. På ettermiddagstid driver basen ART-trening (se kapittel 6) for unge elever med aggresjons- og voldsproblemer. Kandidatene til slik trening plukkes ut i samråd med skolen. Disse kan ha hjelpetiltak i barnevernet, men det er ingen forutsetning. Forekomst av vold blant ungdomsskoleelever i Skedsmo har vist betydelig reduksjon de senere årene. En del av forklaringen på dette kan være at unge med store aggresjonsproblemer har fått trening i å mestre voldelige impulser (Haaland 2006).

### 7.3 Samarbeid mellom barnevern og politiet

Politiet melder et betydelig antall (bekymrings)saker til barnevernet.

Ett sett av slike saker gjelder ”husbråk”- og partnervoldssaker i hustander der barn og unge under 18 år inngår. Slike saker meldes rutinemessig til barnevernet. Ved de politidistrikt som har utpekt egen familievoldskoordinator er disse rutinene kort fortalt følgende: Familievoldskoordinator i politiet gjennomgår politiets vaktlogg, gjennomgår alle saker som handler om utrykning til husbråk, i særlig grad de saker som omhandler vold mellom ektefeller/samboere, undersøker gjennom folkeregisteret de av disse sakene om det inngår mindreårige i husstanden, og melder fra til barnevernet i hjemssteds-

kommunen om så er tilfelle. Ansvar for videre undersøkelse/oppfølging ligger så i barnevernet, eventuelt med bistand fra politiet om det skulle vise seg nødvendig.

Et annet sett av saker gjelder lovbrutere under den kriminelle lavalder. Slike saker ender med påtaleunntatelse og blir rutinemessig overføring til barnevernet, som i sin tur skal foreta undersøkelser og iverksette eventuelle tiltak.

En tredje type saker gjelder mindreårige som oppbringes av- eller søker politiet p.g.a. omsorgssvikt og mishandling eller rus, kriminalitet og andre akutte livshendelser utenom vanlig arbeidstid. Disse vil av politiet bli videreformidlet til *barnevernsvakten* som gir den nødvendige akutte bistand, og som sørger for at eventuelle behov for oppfølging ivaretas av barnevernet i hjemstedskommunen. Slik ordning med barnevernvakt er noen steder etablert som interkommunalt samarbeid. I større kommuner har egen barnevernvakt, ofte samlokalisert med politiet. Ved enkelte bydelsstasjoner i Oslo politidistrikt har barnevernet utplasserte medarbeidere også i ordinær arbeidstid.

Barnevernvakt og politi står bak omtrent like mange meldinger til barnevernet, og til sammen for ca 12 prosent av alle meldingene tilsendt barnevernet i 2004. Saksinnholdet i akuttmeldinger som kommer fra politi og barnevernvakt viser stor grad av sammenfall (Allertsen og Kalve 2006).

Det tettere samarbeid mellom politi og kommunalt barnevern bidrar til at saker med akutt innhold raskere fanges opp. Ordningen med familievoldskoordinator i politiet gjør at barn eksponert for vold mellom omsorgsytere raskere kan få et tilbud om hjelp og oppfølging. Ordningen med familievoldskoordinator var forutsatt etablert ved alle politidistrikt innen første halvår 2002. Ved utgangen av 2004 viste det seg at et klart flertall av landets politidistrikt enda ikke hadde etablert ordningen. Det synes altså her å foreligge et stort forbedringspotensiale.

## 7.4 Oppsummering

Samarbeidet mellom barnevernet og helsetjenesten er viktig og omfattende. Nyere forskning viser at nær 70 prosent av kommunene her i landet rapporterer at helsesøstertjenesten deltar i fagnettverksgrupper for psykososiale vansker hos barn og ungdom, og tverrfaglige grupper for forebygging av psykiske vansker. Men i følge den samme

forskningen er samarbeidet kjennetegnet av en del mangler. Kvaliteten på samarbeidet mellom tjenester kan ha stor betydning for om brukeren får et adekvat hjelpetilbud. Flere undersøkelser tyder på at tjenestene fremdeles står overfor ganske store tverrfaglige utfordringer i forhold til å få tverrfaglige tilbud til å fungere godt. Både helse-søstere og fagpersoner ved PP-tjenesten melder om at samarbeidet med sosialetat, barnevern, fastlege og BUP vurderes å fungere mindre bra eller dårlig. Resultatene viser at 30-40 prosent av barn og unge med psykiske problemer som mottar tiltak fra disse tjenestene omfattes av dårlig fungerende samarbeid mellom de involverte instanser/aktører. De utfordringene tjenestene har med å få samarbeidet til å fungere blir dokumentert både i spørreskjemaundersøkelser og i intervjuundersøkelser.

Samarbeidet mellom barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien har ofte vært omtalt som uavklart. Mange barn er blitt hevdet å ha "gråsonestatus" i forhold til de to tjenesteområdene. Forsøk med samordnet tilbud fra de to sektorene har vist at barne- og ungdomspsykiatriens tjenester under slike betingelser når fram til langt flere småbarn i høyrisikofamilier registrert av barnevernet. Vellykket organisert samarbeid mellom kommunalt barnevern og barne og ungdomspsykiatri Akershus har virket til å bygge ned barrierer som tidligere ble opplevd å stå i veien for en fruktbar samordnet utnyttelse av ressurser innenfor de to tjenesteområdene.

Skolen er en helt sentral oppvekstarena for alle barn. Mange barn sliter med konfliktfylte relasjoner til medelever og til lærere. Samarbeid mellom skole og barnevern er blitt hevdet altfor ofte å være på skolens premisser og der det er skolens problemer som skal løses. Barnevernet er blitt anklaget for i for stor grad å vektlegge barnets fritid, og i for liten grad å vektlegge- og å bidra til skolebaserte tiltak.

Gjennom samorganisering av kommunale tjenester til barn og unge har man i Skedsmo kommune oppnådd et tettere samarbeid mellom skole- og barnevernsmyndigheter.

Politiet melder hvert år et betydelig antall saker til barnevernet. Gjennom ordningen med familievoldskoordinator ier det utviklet rutiner der vold i familier med barn under 18 år så å si umiddelbart blir meldt til barnevernet. Etablering av (inter)kommunal barnevernvakt, ofte samlokalisert med politiet, har medført at politiet letter kan "overføre" mindreårige som oppbringes på grunn av mishandling, rus eller andre akutte livshendelser til barnevernet. Saker av akutt karakter fanges gjennom dette lettere opp enn det som var tilfelle tidligere.

## 8 Kunnskapsstatus: hva vet vi og hvor går vi?

Dette kapitlet trekker trådene tilbake til utgangspunktet og de overordnede spørsmålene som ble reist, nemlig hva er kunnskapsstatus, og hvor går vi videre. Svar på det første spørsmålet vektlegger og samler hva forskningen peker på som de mest effektive og virkningsfulle tiltakene, i forhold til ulike typer problemer og ulike typer målgrupper. Svar på det siste spørsmålet inneholder anbefalinger i forhold til hvilke typer tiltak og arbeidsformer man bør prioritere framover.

### 8.1 Hva vet vi?

Vi har presentert resultater fra sentral forskning, og reist spørsmålet om hva vi har av forskningsmessig belegg når det gjelder virkninger. Vi har presentert dette i fire hovedkapitler: Omfang av hjelpetiltak, forskning om individtilpassete tiltak, forskning om familie- og nettverksorienterte tiltak, forskning om tiltak rettet mot ulike typer av målgrupper og samarbeidet mellom ulike instanser. Vi skal trekke opp hovedlinjene i det følgende.

#### **Generelt om hjelpetiltak**

Bruken av tiltak i norsk barnevern er registrert i en relativt god nasjonal statistikk. Andre land, også de andre nordiske, har en noe dårligere oversikt over bruken av tiltak i hjemmet enn det vi har. I Norge har vi relativt god kunnskap om omfanget av hjelpetiltak, både nasjonalt og regionalt.

Den siste barnevernstatistikken fra SSB viser at i alt 30.750 barn og unge tok i mot hjelpetiltak fra barneverntjenesten i løpet av 2004. I alt mottok 37.650 barn og unge et eller flere tiltak i det hele tatt, inkludert barn med kun omsorgstiltak. Det er langt mer bruk av hjelpetiltak enn bruk av omsorgs- og atferdstiltak her i landet. Tallet på barn i barneverntiltak økte i alle aldersgrupper under 18 år fra 2003 til 2004.

Gjennom flere år på nittitallet og på 2000-tallet har det vært økning i antallet barn og unge som får hjelpetiltak.

Det er oftest det lokale barnevernet som er både forslagsmyndighet, godkjennelsesmyndighet og tiltaksmyndighet for de tiltakene som settes i verk. Her i landet har vi en relativt god oversikt over omfanget av bruken av både fosterhjem, institusjoner og hjelpetiltak i hjemmet (med unntak av noen former for hjelpetiltak, som bl.a. er rubrisert i sekkeposter i statistikken). De fleste land har langt bedre oversikt over bruken av især institusjoner, men også bruken av fosterhjem, enn av ordinære tiltak i hjemmet, blant annet fordi de førstnevnte krever mer bruk av ressurser og mer ekspertise.

Ikke desto mindre har det vokset fram en stor mengde av hjelpetiltak i barnevernet både i Norge og internasjonalt. Disse kan ikke uten videre sammenliknes, for tiltakene har ofte ulike betegnelser i de enkelte land. Det er i tillegg ofte vanskelig å trekke grensen mellom barnevernet og øvrige sosial- og helsemyndigheter som jobber i forhold til vanskeligstilte barn og unge i andre land utenom de nordiske.

### **Forskning om individtilpassete tiltak**

Vi har gitt betegnelsen individtilpassete tiltak til tiltakstyper man i norsk barnevern forstår som de ”klassiske” hjelpetiltakene mens barna bor hjemme. I den gamle barnevernloven (1953-1992) ble disse kalt forebyggende tiltak. Det dreier seg om tiltak som økonomisk stønad, besøkshjem/avlastningstiltak, støttekontakt, tilsyn, barnehage, skolefritidsordning, fritidsaktiviteter, hjelp til bolig, utdanning eller arbeid, medisinsk undersøkelse eller behandling, særlige opplæringsbehov, foreldre-/barnplasser og poliklinisk barne- og ungdomspsykiatrisk behandling. I den gamle barnevernloven ble plasseringer utenfor hjemmet betraktet som omsorgstiltak. Men Lov om barneverntjenester 1992 åpnet for at plasseringer utenfor hjemmet også kunne benyttes som hjelpetiltak. Derfor innbefatter gjennomgangen av hjelpetiltak også plasseringer i beredskapshjem, fosterhjem (ulike typer), barne- og ungdomshjem, barne- og ungdomspsykiatrisk institusjon, bo- og arbeidskollektiv og rusmiddelsinstitusjon.

I forhold til den omfattende bruken av enkelte av hjelpetiltakene, for eksempel økonomisk stønad, støttekontakt, besøkshjem og barnehage har vi relativt mager forskningsbasert kunnskap om effekten av dem, både i de nordiske landene og internasjonalt.

Det foreligger mange studier om effekter av bruk av fosterhjem og institusjoner. Det foreligger derimot svært lite forskningsbasert kunnskap både når det gjelder omfanget, beskrivende studier og



effektstudier av hjelpetiltakene. Det finnes enkelte studier om økonomisk stønad, tilsyn, besøkshjem og barnehager, men mye av det er i ferd med å bli utdatert alt. Det foregår en sterk økning i bruk av skolefritidsordning som hjelpetiltak i barnevernet, men vi har ikke funnet noe forskning om virkninger av disse.

Den forskningen vi har foretatt review av, viser at mange av de plasseringsformene som har vært brukt til nå, klarer ikke i seg selv å skape de beskyttelsesfaktorene som skal til for å gi barna i en vesentlig bedre livssituasjon. Enkelte forskere understreker at dette resonnementet er klarest når det dreier seg om langvarige plasseringer. Når det gjelder både norske og internasjonale studier av plasseringer utenfor hjemmet (fosterhjem og institusjon), er det et problem at man ikke alltid får fram varigheten godt nok, eller man konsentrerer seg om plasseringer utenfor hjemmet med relativt lang varighet. Derved er ikke disse studiene alltid så gode i forhold til å gi kunnskap om plasseringer som hjelpetiltak i Norge, eller plasseringer av kort eller middels lang varighet.

Det foreligger mest både beskrivende studier og effektstudier av de mer dramatiske formene for tiltak: Plasseringer utenfor hjemmet med makt (som akutt, omsorgs- eller atferdstiltak). Dette til tross for at langt færre barn får denne typen tiltak enn alle formene som finnes for hjelpetiltak både i og utenfor hjemmet. De mildere og mykere og ”gammeldagse” formene for barneverntiltak, slik flere av de tradisjonelle hjelpetiltakene er, har vært vist mindre forskningsmessig oppmerksomhet særlig i Norge, men til en viss grad også internasjonalt.

### **Forskning om familie- og nettverksorienterte tiltak og metoder**

Felles for det vi har kalt familie- og nettverksorienterte tiltak og metoder er at de forsøker å vektlegge og ivareta forholdet mellom deltakelse og beskyttelse rundt barnet, samt deltakelse fra foreldre og nettverket rundt. Tiltakene omtales også som å være forebyggende, familiestøttende og kompetanseoppbyggende. I beskrivelsen av tiltakene vektlegges betydningen av å benytte den kapasitet familiene selv representerer. På den måten finnes til dels sterke islett av empowerment-tenkning i disse tiltaksformene.

Metodene eller tiltakene dette dreier seg om er meldingsmøte, familieråd, flipover, Marte Meo, Webster-Stratton, Parent Management Training-Oregon (PMTO), samt multisystemisk behandling (MST). De siste fire metodene skiller seg klart fra de øvrige på den måten at de er manualbaserte, og de krever sertifiserte

terapeuter til å administrere dem. Slik er det ikke med meldingsmøte, familieråd og flipover.

Samtlige metoder er relativt nye i norsk sammenheng, mens særlig de manualbaserte metodene har eksistert i en årrekke internasjonalt. Det foreligger svært mye internasjonal forskning i tilknytning til de manualbaserte metodene. Den består både av systematiske reviews og av randomiserte, kontrollerte forsøk. Det er også utført noe forskning om bruk og virkning av metodene i norsk sammenheng, i tillegg til erfaringsbaserte beskrivelser. Konklusjoner peker på at metodene er virkningsfulle, men med en del nyanser i tilknytning til hver enkelt innenfor det aktuelle nedslagsfeltet.

Det foreligger noe forskning om de tre øvrige metodene, meldingsmøte, familieråd og flipover. Denne har preg av å være erfaringsbaserte og mindre kvantitative studier. I norsk sammenheng er man også her i en tidlig fase med hensyn til bruksomfang og implementering. Den forskning og de erfaringer som foreligger så langt, tyder imidlertid på at tiltaksformene er lovende i den forstand at de møter brukernes behov. Det er likevel grunn til å understreke at det er behov for mer forskning med vekt på virkninger og utfallsmål.

### **Forskning om tiltak rettet mot ulike typer målgrupper**

I kapitlet som omtaler forskning rettet mot ulike typer målgrupper, har vi sett at begrepsbruken i beskrivelsen av forholdet mellom ”tiltak” og ”målgruppe” i mange sammenhenger er komplisert. ”Målgruppe” for tiltak vil i noen sammenhenger være angitt med referanse til administrative/ forvaltningsmessige forhold, i noen sammenhenger av hvilke type symptomer og symptomførere man ønsker å dokumentere behandlingseffekt i forhold til.

Tiltak anvendt i forhold til tre hovedkategorier er i søkelyset, nemlig unge kriminelle, barn utsatt for mishandling og/ eller omsorgssvikt samt psykisk syke barn og unge. I forhold til den første av disse målgruppene har vi sett at systemorienterte kognitive atferdsprogram som MST og FFT har vist seg å gi gode resultater, med redusert risiko for tilbakefall til ny kriminalitet som viktigste resultatmål. De samme programmene har også vist seg å gi gode resultater i forhold til voldelige unge, så gode at disse programmene i USA som to av ytterst få intervensjonsformer er gitt status av ”modell-program” i behandling av unge med voldelig atferd. I denne kategorien kommer også det individorienterte kognitive atferdsprogrammet ART. De nevnte programmene har vist seg å gi gode resultater under ulike betingelser forutsatt at de iverksettes i overensstemmelse med faglige forut-

setninger. Muligheter for overføring til norske forhold må antas gode, noe positive norske erfaringer med MST og ART synes å bekrefte.

Fra USA foreligger det solid dokumentasjon for at hjemmebaserte helsetjenester til unge, enslige, fattige gravide- og småbarnsmødre har gitt gode resultater med redusert risiko for omsorgssvikt og mishandling, og forbedrede utviklingsmuligheter for barn også i et langtidsforløp. Også tidlig intervensjon med sikte på å bedre læringskapasitet og intellektuell yteevne hos småbarn har gitt lovende resultater, også i et langtidsperspektiv. De program det her er tale om har vært anvendt med universell innretning i forhold til barn og barnefamilier i gettopregede slumområder, barn og familier som lever under forhold som må karakteriseres som ekstremt negative.

Tilsvarende universell innretning av tiltak i norske nabolag er trolig høyst uaktuelt fordi liknende høyrisiko-områder ikke eksisterer her i landet. Ikke desto mindre er det klart vi finner familier der risiko for omsorgssvikt og barnemishandling er høy. Amerikanske studier har imidlertid vist at det ikke er mulig å forutsi hvilke familier med risikokjennetegn at omsorgssvikt eller mishandling vil finne sted for eksempel ved hjelp av standardiserte tester eller spørsmålsbatterier. Dette har vært en av grunnene til at universelle tilnæringsmåter for kostnadskrevenende hjembesøk har vært valgt.

Det australske programmet Triple-P bygger trolig helt eller delvis bro over dette dilemmaet. Programmet har en struktur og utforming der innsatsnivået avstemmes etter observert risiko i familien. Alle får litt – de familier som viser behov får mer. I Australia har Triple-P gitt gode resultater med redusert forekomst av mishandling og omsorgssvikt. Forskning på effekten av Triple-P er relativt begrenset. Programmet er dessuten ikke dokumentert brukt utenfor Australia. Overførbarheten til andre vestlige land må likevel antas å være god.

En tredje og viktig målgruppe er psykisk syke barn og unge. Opptappingsplanen for psykisk helse ble vedtatt i 1998 og gjennomføres i perioden 1999-2008. Både kommunenes helsetjenester for barn og unge, spesialisthelsetjenesten (BUP) og andre samarbeidende hjelpetjenester er omtalt i denne planen (Sosial- og helsedepartementet 1999; Sosial og helsedirektoratet 2003a; Sosial og helsedirektoratet 2003b).

I tillegg iverksatte Regjeringen i 2003 en egen strategiplan for tverretattlig og tverrdepartementalt samarbeid om barns og unges psykiske helse (Helsedepartementet 2003). Da dette programmet startet var sju departementer inne i bildet. Samarbeid om barn i barneverntiltak og risikogrupper på dette feltet – som også ofte kan ha

psykiske helseproblemer, er viktig. Trolig er det underestimert for Norge hvor store disse problemene er. I følge forskning fra England er psykiske problemer av et visst omfang (slik at det fører til lidelse og/eller reduksjon i fungering i dagliglivet) fem ganger så vanlig blant barn og unge i barneverntiltak som blant barn og unge i den vanlige befolkningen (dokumentert for aldersgruppene 5-15 år).

### **Samarbeid mellom ulike instanser**

Samarbeidet mellom barnevernet og helsetjenesten er viktig og omfattende. Nyere forskning viser at nær 70 prosent av kommunene her i landet rapporterer at helsesøstertjenesten deltar i fagnettverksgrupper for psykososiale vansker hos barn og ungdom, og tverrfaglige grupper for forebygging av psykiske vansker. Men i følge den samme forskningen er samarbeidet kjennetegnet av en del mangler. Kvaliteten på samarbeidet mellom tjenester kan ha stor betydning for om brukeren får et adekvat hjelpetilbud. Flere undersøkelser tyder på at tjenestene frendeles står overfor ganske store tverrfaglige utfordringer i forhold til å få tverrfaglige tilbud til å fungere godt. Både helsesøstere og fagpersoner ved PP-tjenesten melder om at samarbeidet med sosialetat, barnevern, fastlege og BUP vurderes å fungere mindre bra eller dårlig. Resultatene viser at 30-40 prosent av barn og unge med psykiske problemer som mottar tiltak fra disse tjenestene omfattes av dårlig fungerende samarbeid mellom de involverte instanser/aktører. De utfordringene tjenestene har med å få samarbeidet til å fungere blir dokumentert både i spørreskjemaundersøkelser og i intervjuundersøkelser.

Når det gjelder samarbeidet mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk er det gjennomført flere samarbeidsprosjekter her i landet, noen av dem er fulgt av forskningsprosjekter. Det er for eksempel gjennomført forsøk med tidlig intervensjon (spedbarnsfasen) i samarbeid mellom Alines Spedbarnshjem og Nic Waals institutt i Oslo. Bakgrunnen for forsøket var at barn løp stor risiko for feilutvikling på grunn av mødrenes dårlige fungering. Resultatene fra forsøket viste at det psykiske helsevern ved disse innskrivingsrutinene i betydelig større grad enn før nådde fram med tilbud til sped- og småbarn.

Skoleverket er en del av offentlig sektor som særlig hyppig framstår som meldingsinstans til barnevernet. Plassering av barn i skolefritidsordningen (SFO) er et hyppig nyttet hjelpetiltak i barnevernet. Derimot er tilrettelagte pedagogiske hjelpetiltak i ordinær skole gang forholdsvis lite nyttet av barnevernet. Mye tyder på at samarbeidet

skole-barnevern kan forbedres, og at det ligger store mulige gevinster i et bedre utviklet slikt samarbeid.

Politiet har et løpende samarbeid i akuttsaker med barnevernet gjennom barnevernsvakt som ofte er samlokalisert med politiet. Et betydelig antall meldinger til det kommunale barnevernet går fra politi via (interkommunal)barnevernvakt til det kommunale barnevernet. I tillegg står politiet alene som meldingsinstans til kommunalt barnevern i om lag like mange saker som det barnevernvaktene melder. Saksinnhold i meldinger fra politiet og barnevernsvakta viser stor grad av sammenfall.

Et betydelig antall saker som omhandler vold i familier med mindreårige barn meldes årlig til det kommunale barnevernet via politiets familievoldskoordinatorer. Gjennom dette sikrer man slike saker følges opp, og at berørte barn får hjelp på et tidlig tidspunkt. Ordningen med voldskoordinator i politiet er langt mindre utbygd enn det som var forutsatt da ordningen i sin tid ble etablert.

## 8.2 Hvor går vi?

Variasjonsbredden og omfanget i tiltakene som brukes i barnevernet i dag, er ikke fulgt opp forskningsmessig i samme grad. Totalt sett foreligger det relativt lite forskningsbasert kunnskap om virkningene av de ulike tiltaksformene.

Metodisk kontrollerte effektstudier er vanskelige å utføre. Det kan også diskuteres om eller i hvilken grad det er etisk å tilby noen brukere nye metoder mens andre brukere får det ”gamle” man ellers ville gitt.

For å få et bedre kunnskapsbasert grunnlag å vurdere ulike typer tiltak på, er det nødvendig med mer forskning. I norsk sammenheng er det behov for bedre og mer omfattende forskning som i langt større grad vektlegger design som muliggjør konklusjoner knyttet til effekter av de tiltakene som implementeres, og som er tydelige på utfallsmål. Randomiserte kontrollerte studier er design som kan anbefales til dette.

De såkalte frivillige hjelpetiltakene er kjernen i norsk barnevernsvirksomhet etter lovendringen i 1992. De forebyggende tiltakene var også viktige før, men de ble enda mer betydningsfulle, i hvert fall ideologisk, etter lovendringen i 1992. De anvendes hyppig, og det er forsket lite på virkninger av dem. Det anbefales økt innsats her. I dag ser det paradoksalt nok ut til å foregå minst forskning på de tiltaks-

formene som er mest brukt (økonomisk stønad som barneverntiltak, besøkshjem mv.) og mest forskning på tiltak som er lite benyttet (MST, Webster Stratton, PMT, ART).

Det synes som norsk barnevern sliter med et paradoks: Barnevernet bruker i stor grad tiltak som vi har lite systematisk, forskningsbasert kunnskap om og som vi ”er usikre på” eller ”tror på” mye ut fra tradisjoner. Disse tiltakene har vært brukt i årtier, og man har verken klart å finne ut nøyaktig hvordan de virker eller klart å sette noe annet i stedet (”nye tiltaksformer”). Dette kan skyldes at de ofte skal avhjelpe akutte problemer slik at for eksempel mottakerne kan opprettholde en viss standard økonomisk og på andre måter. Det har dermed ikke vært et relevant spørsmål om ”virkninger” på for eksempel atferd. Man kan reise spørsmål om det ikke er aktuelt å rette forskningens søkelys på de tradisjonelle tiltakene, slik at man gjennom systematiske, forskningsbaserte studier kan undersøke om de virker i tråd med intensjonene.

De manualbaserte metodene MST og PMTO har klare målsettinger om hva slags type problemer de skal søke å avhjelpe, og de skal stort sett løse andre problemer enn de ”gamle tiltakene” (økonomisk stønad, støttekontakt, bruk av barnehage). Selv om det utføres mye forskning på MST og PMT relativt sett<sup>42</sup>, det fortsatt mye man ikke vet godt nok. Derfor bør forskning opprettholdes.

Fosterhjem benyttes i dagens barnevern både som hjelpetiltak og som omsorgstiltak. Denne tiltakstypen har ikke fått så ”dårlig ord” på seg som institusjonene, på tross av at en dansk studie etter en større review stiller spørsmålsteget ved effekten av fosterhjem internasjonalt. Også her bør mer forskningsinnsats inn. Det er særlig viktig å studere bruken av plasseringer som hjelpetiltak og vurdere effekter av opphold av forskjellig varighet mer inngående.

Forskning og praksis er to ulike aktiviteter. De som jobber i praksisfeltet er nødt til å foreta valg og prioriteringer selv om det ikke foreligger forskning som de kan støtte seg på. I en vanskelig situasjon må barneverntjenesten ofte handle, og hvis barnets liv og helse står i umiddelbar fare hvis barnet fortsetter å bo i hjemmet, må barnevern/ barnevernvakt noen ganger foreta raske valg. Og i mange tilfeller kan trolig både fosterhjem og institusjon være en bedre situasjon for barnet enn at det fortsetter å bo hjemme. Dette gjelder særlig hvis

---

<sup>42</sup> På bakgrunn av at de nye tiltakene fortsatt er i begrenset bruk når det gjelder omfang.

barnevernet eller andre instanser ikke klarer å forbedre barnets, den unges og eller foreldrenes situasjon på kort sikt.

Man trenger den store bredden i tiltak og kanskje en større ”vifte” av tiltak enn man har i dag. Men vi vet heller ikke nok om hva som eksisterer med hensyn på tiltakstyper i dag. Dette gjelder både i kontakten mellom barneverntjenesten og norske familier, men kanskje ikke minst i kontakten med etniske minoritetsfamilier. En del av hjelpetiltakene er uspesifisert i statistikken. Dette er et problem både for forståelsen av feltet for praktikerne selv, og innen forskning og statistikk.

Et pågående FAFO/NOVA prosjekt (med avslutning ca august 2006) vil gi svar på flere detaljer om hva som ligger i disse uspesifiserte tiltakene. Et annet NIBR-prosjekt, ”Kunnskapsinnhenting om flerkulturelt arbeid i barnevernet”, vil gi viktige bidrag når det gjelder forståelsen av barnevernets kontakt med barn og unge fra etniske minoritetsfamilier. Man undersøker hva som faktisk finnes av metoder, verktøy og tiltak i Norge og i land med strukturelle likheter med Norge. Studien vil bl.a. skille analytisk mellom bruken av ”vanlige tiltak” på innvandrere-case og bruken av tiltak spesialutviklet for innvandrere med ikke-vestlig bakgrunn. Dette prosjektet vil bli ferdigstilt rundt årsskiftet 2006-2007.

I Norge har man et godt statistikkunderlag for å drive longitudinell barnevernforskning. Resultater fra longitudinelle studier er svært nyttige og viktige. Gjennom dette er det blant annet mulige å finne ut langtidseffekter av både barneverntiltak som er gitt i alderen 0-17 år og barneverntiltak og evt. andre tiltak (sosialhjelp, trygd) som måtte være gitt i alderen 18-22/23 år. De unge kan også følges lenger enn dette (opp til 30 -35 år) for å se hva slags levekår de får som unge voksne, sammenliknet med andre unge mennesker. Det er derfor av stor betydning å forske mer longitudinelt.

Nordiske prosjekter står her i en særstilling pga de nordiske fødselsnumrene og den unike nordiske befolkningsregistersituasjonen.

I andre land kan tiltak som etter vår lovgivning er omtalt som hjelpetiltak etter Lov om barnevern (§ 4-4), ha annen hjemmel. Tiltaket kan være administrativt forankret på annen måte enn den vi ville forvente ut fra vår hjemlige praksis. I internasjonale litteratursøk blir det derfor viktig å fange opp dette.

Jo bredere og mer omfattende forskningsbasert kunnskap man får, desto bedre blir man i stand til å yte brukerne det de har behov for – i en barneverntjeneste som til enhver tid har brukerne i fokus.

På grunnlag av den forskningen vi har gjennomgått gir vi her en bred oppsummering av våre anbefalinger om videre forskningsbehov, men uten at vi i detaljert grad går inn på enkelttiltakene.

- Det er gjennomgående foretatt få studier av de tradisjonelle individrettede tiltakene (kapittel 4). Det er neppe grunn til å studere virkninger av alle disse tiltaksformene fordi de ofte iverksettes som umiddelbare kriseløsninger i akutte situasjoner. Men noen av dem har mer langsiktig karakter og involverer mange klienter og store ressurser. Disse kan man med fordel rette forskningens søkelys mot, og reise spørsmålet om de virker i tråd med intensjonene. Det dreier seg om bruk av økonomisk stønad, barnehage, SFO, barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, besøkshjem og fosterhjem (som hjelpetiltak).
- Når det gjelder de manualbaserte tiltaksformene med sertifiserte terapeuter (kapittel 5 og 6) foreligger det er en stor internasjonal forskningslitteratur for samtlige former. Flere av dem anvendes imidlertid direkte i norsk sammenheng, uten noen form for justering opp mot norsk kontekst. Det kan derfor være grunn til å studere både hvordan tiltakene anvendes i Norge, behovet for eventuell tillempling av dem, og dernest studier av virkninger.
- Enkelte nye metoder er under utprøving og utvikling i Norge, for eksempel ulike typer nærmiljøtiltak, familieråd, nettverksorienterte tiltak o.l. Man har foreløpig lite kunnskap om virkninger av disse tiltakene. Det anbefales derfor at de studeres nærmere, gjennom en kombinasjon av følgeforskning/underveisevaluering og effektevaluering.



---

# Litteratur

- Alexander, J.F. m.fl. (1976). "Systems-behavioral interventions with families of delinquents. Therapists characteristics, family behaviour and outcome". *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 656-664.
- Alexander, J.F., & B.V. Parsons (1973). "Short-Term Behavioral Intervention with Delinquent Families. Impact on Family and Recidivism". *Journal of Abnormal Psychology*, 1973.
- Allertsen, L.M., & T. Kalve (2006). *Innvandrerbarn i barnevernet 2004* (Rapport 2006/19). Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Amnesty International (2005). "Glansbildet slår sprekker. En rapport om norske kommuners arbeid mot vold mot kvinner".
- Andenæs, Agnes, Ø. Christiansen, T. Havik, K. Havnen, B. Moldestad, & K. Skollerud. (2003). "Barn og forskning underveis - resultater og perspektiver fra en undersøkelse om barn som blir plassert utenfor hjemmet". I: Jarmund Veland, red., *Barnevernboka 2003. Årbok for barnevernet* (s. 160-167). Stavanger: Senter for atferdsforskning. Høgskolen i Stavanger.
- Andersson, Helle Wessel (2006). *Fastlegens tiltak for barn og unge med psykiske problemer. Foreløpige resultater*. Trondheim: SINTEF Helse.
- Andersson, Helle Wessel, & Lars B. Kristofersen (publiseres 2006). *Opptrappingsplanens betydning for barn og unge. Sammenstilling av foreløpige funn i fire forskningsprosjekter* (Synteserapport). Trondheim: SINTEF Helse.
- Andersson, Helle Wessel, Kjerstina Røhme, & Trond Hatling (2005). *Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge*.

*Opptrappingsplanens effekt på psykisk helsearbeid i kommunene. Delrapport 2* (STF8 A055002). Trondheim: SINTEF Helse.

Andreassen, Tore (2003). *Behandling av ungdom i institusjoner. Hva sier forskningen?* Oslo: Kommuneforlaget.

Andreassen, Tore (2005). "Nye institusjonstiltak for ungdom med atferdsvansker". *Norges Barnevern*, 82: 3-10.

Andrews, D.A., & J. Bonta (1998). *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati, Ohio: Anderson Publishing.

Apeland, Anett (2005). "Parent Management Training - Oregon-modellen: allianse og samarbeid". *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 42: 611-616.

Bakken, Anders (1998). *Ungdomstid i storbyen (7/98)*. Oslo: NOVA.

Barne- og familiedepartementet (1998). *Hjelpetiltak - barnevernloven § 4-4. Retningslinjer av 10. desember 1998 til Lov om barneverntjenester av 17. juli 1992 nr. 100*. Oslo.

Barne- og familiedepartementet (2003). *Barnevernloven § 1-3 Om tiltak for ungdom over 18 år*: Brev av 1.7.2003.

Barne- og familiedepartementet (2005). *Barnevernet og det forebyggende arbeidet for barn og unge og deres familier*: Rundskriv Q-25/2005.

Barnoski, R., & S AOs (2004). *Outcome evaluations of Washington State's research-based programmes for juvenile offenders*. Washington: Washington State Institute for Public Policy.

Barton, C., J. F. Alexander, H. Waldron, C. W. Turner, & J. Warburton (1985). "Generalizing Treatment Effects of Functional Family Therapy: Three Replications". *The American Journal of Family Therapy*, 1985, Vol. 13, No.3.

Bergström, Eva , & Ann-Britt Thulin. (2003). *Individ- och familjeomsorg (IFO) - Årsredovisning 2002*.

Berrick, Jill Duerr, Richard P Barth, & Barbara Needell (1994). "A Comparison of Kinship Foster Homes and Foster Family

- 
- Homes: Implications for Kinship Foster Care as Family Preservation". *Children and Youth Services Review*, 16: 33-63.
- Biehal, Nina (2005). "Working with adolescents at risk of out of home care: The effectiveness of specialist teams". *Children and Youth Services Review*, 27 (2005): 1045-1059.
- Björk, Annastina, & Karin Jaensson (Red.). (1998). *Barn i kontaktfamilj*. Stockholm: Länsstyrelsen i Stockholms Län. Socialenheten.
- Bor, William (2004). "Prevention and treatment of childhood and adolescent aggression and antisocial behaviour: a selected review." *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2004: 373-380.
- Broström, Bente (2002). *Fra idé til virkelighet. En modell for koordinering og drift av det forebyggende barne- og ungdomsarbeidet* (Temahefte 1/02). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring - NOVA.
- Bunkholdt, Vigdis (2005a). "Barn for tiltak eller tiltak for barn?" *Norges Barnevern*, 82: 29-38.
- Bunkholdt, Vigdis (2005b). "Hvordan går det med barnevernsbarn som voksne?" *Fosterhjemskontakt*, 2006, Nr.5: 9-13.
- Bunkholdt, Vigdis, & Mona Sandbæk (2005). *Praktisk barnevernsarbeid*. (4. reviderte utgave ed.). Oslo: Gyldendal.
- Burns, Barbara, J. (2003). "Children and evidence-based practice." *Psychiatric Clinics of North America*, 2003: 955-970.
- Carlsson, Yngve (2005). *Tett på gjengen. En evaluering av gjengintervensjonsprosjektet "Tett På" i Oslo* (NIBR-rapport 2005:14). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning - NIBR.
- Carlsson, Yngve, & Thomas Haaland (2004). *Voldelige ungdomsgrupper- intervensjon på kommunenivå* (NIBR-rapport 2004:20). Oslo: NIBR.

- Chamberlain, P, & J.B. Reid (1998). "Comparison of two community alternatives to incarceration for cronic juvenile offenders". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998.
- Clausen, Sten-Erik (2001). *Kontantstøtte blant barnevernsbarn* (NIBR-notat; 2001:101.). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR).
- Clausen, Sten-Erik (2004). "Har barn som mishandles større risiko for å bli kriminelle?" *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41: 971-978.
- Collett, Albert H (2001). "Beredskapshjem for mor og barn". *Fosterhjemskontakt*, 19: 28-29.
- Connolly, Louise, John Sharry, & Carol Fitzpatrick (2001). "Evaluation of a group treatment programme for parents of children with behavioural disorders". *Child Psychology & Psychiatry Review*, 2001; 6, 4: 159-165.
- Courtney, Mark E., Irving Piliavin, Andrew Grogan-Kaylor, & Ande Nesmith (2001). "Foster Youth Transitions to Adulthood: A Longitudinal View of Youth Leaving Care". *Child Welfare*, LXXX: 685-718.
- Crane, J., & M. Barg (2003). *Do Early Child Intervention Programs Really Work? : Coalition for Evidence-Based Policy*.
- Dagenais, Christian, Jean Bégin, Camil Bouchard, & Daniel Fortin (2004). "Impact of intensive family support programs: a synthesis of evaluation studies". *Children and Youth Services Review*, 26 (2004): 249-263.
- Dagsavisen (Hong Pham). (2004, 01.08.2004). Stadig flere barn bor i fosterhjem.
- Danmarks Statistik (2005). "Flest børn med bistand får forebyggende hjælp". *Nyt fra Danmarks Statistik*.
- Dartington Social Research Unit (2001). *Matching needs and services*. (3.rd ed. ed.). Devon, UK: Dartington Academic Press.
- Dowden C, Andrews, D.A. (1998). "What works for Female Offenders". *Crime & Delinquency*, 1998.

- Eckenrode, J. m.fl. (2000). "Preventing Child Abuse and Neglect with a program of Nurse Home Visitation. The limiting effects of Domestic Violence". *JAMA*, 2000: 1385-1391.
- Egelund, Tine, & Anne-Dorthe Hestbæk (2003). *Anbringelse af børn og unge uden for hjemmet. En forskningsoversikt* (SFI 03:04). København: Socialforskningsinstituttet.
- Egelund, Tine, Anne-Dorthe Hestbæk, & Dines Andersen (2004). *Små børn anbragt uden for hjemmet. En forløbsundersøgelse af anbragte børn født i 1995* (04:17). København: Socialforskningsinstituttet.
- Egelund, Tine, & Signe Andrén Thomsen (2002). *Tærskler for anbringelse. En vignetundersøgelse af socialforvaltningernes vurdering i børnesager* (Rapport 02:13). København: Socialforskningsinstituttet.
- Eidheim, Frøydis (2001). *BRO-Teamet. En prosessevaluering av barne- og ungdomspsykiatrisk ressursteam*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning - NIBR.
- Einarsson, Jona (2003). "Familierådslag. Fra pilotprosjekt til nasjonal satsing". *Norges Barnevern*, 2003: 15-27.
- Einarsson, Jona, & Thomas Nordahl (2003). *Familierådslag. Nasjonal plan for utprøving og evaluering av metoden familierådslag* (NOVA, skriftserie 3/03). Oslo: NOVA.
- Einarsson, Jóna Hafdis, & Mona Sandbæk (1997). *Forebyggende arbeid og hjelpetiltak i barneverntjenesten. Med vekt på en myndiggjørende praksis* (Temahefte 2/97). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Engdahl, Bjørg (2003). "Hun hjelper familier i krise". *Tamamagasinet for foreldre*, 2003: 12-15.
- Fonagy, P., & A. Kurtz. (2002). "Disturbance of conduct". I: Fonagy et. al., red., *What works for whom? A critical review of treatment for children and adolescents*. New York: Guilford Press.

- Forssén, Katja. (1998). "Excluded families and social work, *Children, families and the welfare state* (s. 157-178). Turku, Finland: University of Turku.
- Fossum, Sturla , & Wily-Tore Mørch (2005). ""De utrolige årene" - empirisk dokumentert og manualisert behandling av atferdsforstyrrelser hos små barn.,". *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 2005; 42: 195-203.
- Frøyland, Liv (2006). "Kokebok-terapi eller jakt på mening?" *Embla*, 2006; 1: 29-34.
- Gautun, Heidi (2005). *Endring av barnevernets tiltaksprofil. En kartlegging av hjemmebaserte tiltak med statlig støtte*. Oslo: FAFO.
- Gjedrem, Jorunn (2004). "Tiltaksplaner og evaluering i barnevernet, hvordan kan det forankres i sosialt arbeids teori?" *Norges Barnevern*, 81: 16-23.
- Grinde, Turid Vogt (1993). *Kunnskapsstatus for barnevernet*. Oslo: Tano.
- Grinde, Turid Vogt. (1997). "Kunnskapsstatus for barnevernet: Noen utviklingstendenser 1993-1996". I: Elisabeth Backe-Hansen & Toril Havik, red., *Barnevern på barns premisser* (s. 27-46). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Grinde, Turid Vogt (Ed.). (2004). *Nordisk barnevern. Terskelen for barneverntiltak og beslutningsprosessen ved bruk av tvang*. Oslo og København: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) og Nordisk Ministerråd.
- Grøholt, Berit, Hilchen Sommerschild, & Ida Garløv (2001). *Lærebok i barnepsykiatri*. (3. utgave ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Gundersen, Knut, & Frode Svartdal (2006). "Aggression Replacement Training in Norway: outcome evaluation of 11 Norwegian student projects." *Scandinavian Journal of Educational Research*, 50.
- Guterman, Neil B. (1999). "Enrollment Strategies in Early Home Visitation to Prevent Child Abuse and Neglect and the "Univeral versus Targeted" Debate: A Meta-analysis of

---

Populatiuon-based and Screening-based Programs." *Child Abuse & Neglect*, 23.

- Hafstad, Reidun , & Haldor Øvreeide (2004). "Marte Meo - en veilednings- og behandlingsmetode". *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 2004; 41: 447-456.
- Haley, Jay (1963). *Strategies of Psychotherapy*. New York: Grunne and Stratton.
- Halvorsen, Anne H. (2005). "Erfaringer med bruk av planer og evaluering i barnevernet". *Norges Barnevern*, 82: 3-14.
- Harder, Jeanette (2005). "Prevention of child Abuse and Neglect: An Evaluation of a Home Visitation Parent Aide Program Usdin Residivism Data." *Research on Social Work Practice*, 15.
- Havik, Toril (2004). "Plassering utenfor hjemmet som hjelpetiltak - Når skjedde det, og hvordan gikk det?" *Norges Barnevern*, 81: 30-40.
- Helsedepartementet (2003). .... *sammen om psykisk helse... Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse*. Oslo: Helsedepartementet i samarbeid med Barne- og familiedepartementet, Justisdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, Kultur- og Kirkedepartementet, Sosialdepartementet og Utdannings- og forskningsdepartementet.
- Henggeler, S., M. Rowland, C. Halliday-Boykins, A. Sheidow, D. Ward, J. Randall, S. Pickrel, P. Cunningham, & J. Edwards (2003). "One-year follow-up of Multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis." *Journal of American Academic Child Adolesc. Psychiatry*, 2003; 42:5: 543-551.
- Henggeler, S.W., D.W. Clingempel, M.J. Brondino, & S.G. Pickrel (2002). "Four-Year Follow-up of Multisystemic Therapy with Substance-Abusing and Substance-Dependent Juvenile Offenders". *Journal of American of Acad. Child and Adolescent Psychiatry*, 41:7, July 2002.
- Henggeler, Scott, Sonja K. Schoenwald, Charles M. Borduin, Melisa D. Rowland, & Philippe B. Cunningham (2000). *Multisystemisk*

*behandling av barn og unge med atferdsproblemer*. Oslo: Kommuneforlaget.

- Hestbæk, Anne-Dorthe, Andreas Lindemann, Vibeke Lehmann Nielsen, & Mogens Nygaard Christoffersen (2006). *Nye regler - ny praksis. Ændringer i servicelovens børneregler 2001. Afslutningsrapport*. Odense og København: Styrelsen for Social Service og Socialforskningsinstituttet.
- Hjern, A, & B Vinnerljung (2002). "Healthcare for children in foster care and residential care". *Acta Pædiatrica*, 91 (2002): 153-154.
- Hjern, A, B Vinnerljung, & F Lindblad (2004). "Avoidable mortality among child welfare recipients and intercountry adoptees: a national cohort study". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58: 412-417.
- Holtan, Amy. (2002). *Barndom i fosterhjem i egen slekt. Avhandling dr.polit.*, Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Hove, Harald, & Alice Kjellevoid. (2000). "Lov om barneverntjenester - frivillige hjelpetjenester". I: Asbjørn Kjønstad, Jan Fridthjof Bernt, Alice Kjellevoid, & Harald Hove, red., *Sosial trygghet og rettssikkerhet - under sosialtjensteloven og barneverntjenesten* (s. 387-410). Bergen: Fagbokforlaget.
- Howell, James C. (1998). "Promising Programs for Young Gang Violence Prevention and Intervention". I: Rolf Loeber & David P. Farrington, red., *Serious & Violent Juvenile Offenders*: Sage Publication.
- Hughes, Jean , & Laurie Gottlieb ( 2004). "The effects of the Webster-Stratton parenting program on maltreating families: fostering strengths". *Child Abuse & Neglect*, 2004; 28: 1081-1097.
- Haaland, Thomas (2005). *Når man intervenerer tidlig. Innslusing av småbarn i barnpsykiatrien etter innføring av nye inntaksrutiner* (Notat 2005:101). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Haaland, Thomas (2006a). *Barne- og ungdomsbasen i Skedsmo, et nyttig verktøy i arbeidet med barn og ungdom* (2006:103). Oslo: NIBR.



- Haaland, Thomas (2006b). *Ungdomsundersøkelsene I Skedsmo 2000, 2002 og 2005*. (2006:107). Oslo: NIBR.
- Haaland, Thomas, Sten-Erik Clausen, & Berit Schei (Red.). (2005). *Vold i parforhold - ulike perspektiver. Resultater fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge*. Oslo: NIBR-rapport 2005:3.
- Haas, L. J., J. F. Alexander, & C. H. Mas. (1988). "Functional Family Therapy: Basic Concepts and Training Program". I: H. A. Liddle, D. C. Breunlin, & R. C. Schwartz, red., *Handbook of Family Therapy Training and Supervision*. New York: Th Guilford Press.
- Iversen, Oddmar, & Per Arne Rød (1996). *Forebyggende barnevern i skolefritidsordningen. En evaluering av skolefritidsordningen som forebyggende arena* (Rapport 3/1996). Bergen: Universitetet i Bergen. Barnevernets utviklingscenter på Vestlandet.
- Johansen, Wenche May (1996). "Marte Meo metoden". *Spesialpedagogikk*, 1996:5,; 11-16.
- Johnsson, Lisbeth, & Margareta Regnér (2003). *Ensamma föräldrar och vanliga familjer. En studie av insatsen kontaktfamilj inom socialtjänsten* (Skriftserien 2003:8). Göteborg: Göteborgs Universitet. Institutionen för socialt arbete.
- Jones, Lisa, David Finkelhor, & Kathy Kopiec (2001). "Why is sexual abuse Declining? A survey of state child protection amistrations". *Child Abuse & Negelct*, 2001.
- Kalve, Trygve (2003). "Multisystemisk terapi - ny behandling av unge med åtferdsproblem". *Samfunnsspeilet*, 2003.
- Killén, Kari (2004). *Sveket. Omsorgssvikt er alles ansvar*. (3.utgave ed.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Kjelsberg, Ellen, M. Winther, & Dahl. A. A. (1995). "Overdose deaths in young substance abusers: accidents or hidden suicides?" *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91.
- Kjønstad, Asbjørn, Jan Fridthjof Bernt, Alice Kjellevold, & Harald Hove (2000). *Sosial trygghet og rettsikkerhet - under*

*sosialtjenesteloven og barneverntjenesten*. (2. utgave ed.).  
Bergen: Fagbokforlaget.

Klefbeck, Johan , & Terje Ogden (2003). *Nettverk og økologi*. (2. rev. utgave ed.). Oslo.: Universitetsforlaget.

Klein, Malcolm (1995). *The American street gang: Its nature, prevalence and controll*. New York: Oxford University Press.

Kokkersvold, Else (1991). "Tilsyn som forebyggende barnevern - dilemmaer i praksis". *Barnevernpedagogen*, 16: 18-23.

Kristofersen, Lars B. (2004). *Opptrappingsplanens betydning for barne- og ungdomspsykiatri og barnevern. En underveisrapportering for perioden 1999-2002* (NIBR-notat 2004:112). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning - NIBR.

Kristofersen, Lars B. (2005). *Barnevernbarnas helse. Uførhet og dødelighet i perioden 1990-2002* (NIBR-rapport 2005:12). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

Kristofersen, Lars B., Christoper Bratt, & Nora Gotaas (2004). *Nærmiljøtiltak i barneverntjenesten. Evaluering av et prosjekt i Buskerud. (Child care measures in the child's immediate environment. An evaluation of a project in Buskerud county, Norway) (in Norwegian, with a summary in English)* (NIBR-rapport 2004:3 (NIBR Report 2004:3)). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning (Norwegian Institute for Urban and Regional Research).

Laming, Lord (Ed.). (2003). *The Victoria Climbié Inquiry. Summary and Recommendations*. London: HMSO Crown copyright.

Landenberger, Nina, & Mark W. Lipsey (2005). "The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment". *Journal of Experimental Criminology*, 2005: 251-276.

Lindsey, D., & N. Trocmé (1994). "Have child protection efforts reduced child homicides? An examination of data from Britain and North America". *British Journal of Social Work*, 1994/24: 715-732.

- Lindsey, Duncan, Sacha Martin, & Jenny Doh (2002). "The Failure of Intensive Casework Services to Reduce Foster Care Placements: An Examination of Family Preservation Studies". *Children and Youth Services Review*, 24, Nos 9/10 pp: 743-775.
- Lipsey, Mark W., & David Wilson, B. (1999). *Effective Intervention for Serious Juvenile Offenders*. (Loeber, Rolf and Farrington David, P. ed.): Sage Publikations.
- Littell, Julia (2004). "Lessons from a systematic review of effects of multisystemic therapy". *Children and Youth Services Review*, 2004: 445-463.
- Littell, Julia , Melania Popa, & Burnee Forsythe (2005). *Multisystemic Therapy for social, emotional and behavioural problems in youth aged 10-17*. København: Nordic Campbell Center.
- Lov om barnevern. (1953). "Lov om barnevern av 17.juli 1953. Oslo: Grøndahl & Søn.
- Lov om barneverntjenester (1992/2000). *Lov av 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester (Barnevernloven) med endringer, sist ved lov av 11.juni 1999 nr.38 (i kraft 1. desember 1999) samt forskrifter*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Lov om barneverntjenester (1992/2005). Lov av 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester (Barnevernloven) med endringer, sist ved lov av 21.12.2005 nr.122 samt forskrifter, *Lovdata*.
- Lurie, Jim, & Graham Clifford (2005). *Parenting a Young Child with Behavior Problems. Parents' experiences before, during and after Webster-Stratton Parent Training*. Trondheim: Barnevernets utviklingscenter i Midt-Norge.
- MacMillan, HL (2000). "Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment." *Canadian Medical Association Journal*.
- Madsen, Sven Aage (1993). "Familiebehandling virker". *Socialrådgiveren* 6-8.
- Malmgren, Kimber, & Sheri Meisel (2004). "Examining the Link Between Child Maltreatment and Delinquency for Youth With Emotional And Behavioral Disorders". *Child Welfare*, 2004.

- Manby, Martin (2005). "Evaluation of the impact of the Webster-Stratton parent-child videotape series on participants in a Midland town in 2001-2002". *Children & Society*, 2005; 19: 316 -328.
- Markham, Annette M. (2004). "Internet communication as a tool for qualitative research". I: David Silverman, red., *Qualitative Research. Theory, Method and Practice* (2. edition ed., s. 95-124). London - Thousand Oaks - New Dehli: Sage Publications.
- McLennan, JD , HL MacMillan, & Jamieson. E (2004). "Canada's programs to prevent mental health problems in children: the research practice gap". *Canadian Medical Association Journal*, 171: 1069-1071.
- Meltzer, Howard, Tania Corbin, Rebecca Gatward, Robert Goodman, & Tamsin Ford (2003). *The mental health of young people looked after by local authorities in England. Summary report*. Norwich, UK: National statistics/ Her Majesty' Stationary Office (HMSO).
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mjeldheim, Bjørg (1993). "Marte Meo-metoden". *Barnevernpedagogen*, 1993: 1, 6-13.
- Moran, P., D. Ghate, & A. van der Merwe (2004). *What works in Parenting Support? A Review of the International Evidence* (Research Report No 574): Policy Research Bureau.
- Natrud, Anne (2004). "Aggression Replacement Training - et lovende metodeprogram". *Norges Barnevern*, 2004.
- Nordahl, Thomas. (2000). *En skole - to verdener. Et teoretisk og empirisk arbeid om problematferd og mistilpasning i et elev-lærer perspektiv*. Det utdanningsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo.
- Nordahl, Thomas (2001). "Muligheter og utfordringer i samarbeidet mellom barnevern og skole". *Norges Barnevern* 10-17.
- NOU (1985:18). "Lov om sosiale tjenester m.v."

- NOU (2000:12). *Barnevernet i Norge. Tilstandsvurderinger, nye perspektiver og forslag til reformer*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.
- Nyberg, Eva (2002). *The Nordic research on family group conference*. Stockholm: Department of social Work.
- Nygren, Pär (2000). *I krysningsfeltet mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatri. Dobbeltklientprosjektet - delrapport I* (Rapportserien nr. 1/2000). Oslo: Oslo kommune. Barne- og familieetaten.
- Ogden, Terje (1998). "Multisystemisk terapi". *Spesialpedagogikk*, 1998: 1, 4-14.
- Ogden, Terje (1999). *Barn og ungdoms levekår i Norden. Marginalisering av barn og unge i Norden - en kunnskapsstatus* (TemaNord 1999:547). København: Nordisk Ministerråd.
- Ogden, Terje (2000). "Alvorlige atferdsproblemer hos barn og unge: Familie- og nærmiljøbaserte tiltak". *Norges Barnevern*, 2000: 4-14.
- Ogden, Terje (2002). "Multisystemisk behandling av atferdsproblemer - teori og forskningsgrunnlag". *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 2002: 39-58.
- Olds, D, Eckenrode J, & Kitzman H (2005). "Clarifying the impact of the Nurse-Family Partnership on child maltreatment: response to Chaffin (2004)". *Child Abuse & Neglect*, 29: 229-233.
- Olds, D, & J. Korfmacher (1998). "Findings from a Program of Research on Prenatal and Early Childhood Home Visitation: Special Issue Introduction". *Journal of Community Psychology*, 26.
- Olds, D. m.fl. (1998). "The Promise of Home visitation: Results of two Randomized Trials". *Journal of Community Psychology*, 26.
- Olds, D.L. m.fl. (1997). "Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: fifteen-year follow-up of a randomized trial,". *JAMA*, 1997: 637-643.

- Omre, Cecilie (2000). "Familieråd - en faglig utfordring for barnevernet i Norden". *Embla (Fagtidsskrift for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere)*, 5: 36-43.
- Parton, Nigel (2006). *Safeguarding Childhood. Early Intervention and Surveillance in a Late Mordern Society*. Houndmills, UK: Palgrave Macmillan.
- Patterson, J. m.fl (2002). "Improving mental health through parenting programmes: block randomised controlled trail". *Arch Dis Child*, 2002: 472-477.
- Patterson, J. m.fl (2005). "Parents' perceptions of the value of the Webster-Stratton parenting programme: a qualitative study of a general prctice based initiative". *Child: Care, Health & Development*, 2005: 1, 53-64.
- Perkins-Dock, Robin (2001). "Family Interventions with Incarcerated Youth: A review of the Litterature". *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 2001.
- Randall, J., & P. Cunningham (2003). "Multisystemic therapy: a treatment for violent substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders." *Addictive Behaviors*, 2003: 63, 4 1731-1739.
- Reinertsen, Kristin, & Elisabeth Baltzer (1998). "Marte Meo-metoden i skole og barnehage". *Spesialpedagogikk*, 1998: 4, 40-43.
- Roman, Stefan, Margareta Johansson, & Kerstin Claesson (2002). *Kontaktfamilj - för vem?* Jönköping: Sociala Avdelningen - Länsstyrelsen Jönköpings Län.
- Roug, Pernille (2002). *Marte Meo i praksis. Bedre samspill ved egen kraft*. København: Gyldendalske Boghandel.
- Sallnäs, Marie (2000). *Barnavårdens institutioner - framväxt, ideologi och struktur* (Akademisk avhandling för filosofie doktorsexamen). Stockholm: Stockholms Universitet.
- Sandbæk, Mona (1995). *Fikk barna hjelp? En studie av barns kontakt med hjelpeapparatet, sett med de foresattes øyne* (Rapport 5/1995). Oslo: Barnevernets Utviklingscenter.

- Sanders, M. (1999). "Tripple P-Positive Parent Program: Towards an empirically validated Multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behaviour and emotional problems in children." *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2.
- Sanders, M. m.fl. (2004). "Does Parental Attributional Retraining and Anger Management Enhance the Effects of the Triple P-Posistive Parenting Program at Risk of Child Maltratment." *Behvior Therapy*, 2004.
- Schjelderup, Liv , C. More, & E. Marthinsen (Red.). (2005). *Nye metoder i et moderne barnevern*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Schjelderup, Liv og Omre, Cecilie (2003). "Kan sviktende familier verne sine barn gjennom anvendelse av metoden familierådslag?" *Fokus*, 2003: 141-149.
- Schoenwald, Sonja K. m.fl (2003). "Transportability and Multisystemic Therapy: Evidence for Multilevel Influences". *Mental Health Services Research*, 2003: 223-239.
- Scholte, Evert M. (1998). "Psychosocial Risk Characteristics of Children in Welfare Programmes in Holland. The role of risk factor analysis in the planning of welfare services for troubled children". *Childhood*, 5: 185-205.
- Scott, Stephen m.fl (2001). "Multicentre controlled trail of parentinggroups for schildhood antisocial behaviour in clinical practice". *British Medical Journal (BMJ)*, 2001: 1-6.
- Sjøvoll, Mette Sund (2001). "Utvikling av foreldresamarbeid. Samfunnspsykologisk arbeid i Trondheim kommune". *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 2001: 4, 318-324.
- Skivenes, Marit, & Astrid Strandbu (2004). "Barn og familieråd. En analyse av det organisatoriske rammeverket for barns medvirkning i barnevernet". *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 7: 213-228.
- Socialstyrelsen (2003). "Effekter för brukaren - Barn och ungdom". *Nyhetsinformation* 14.

- Socialstyrelsen (2005). *Barn och unga - insatser år 2004* (Sveriges officiella statistik. Socialtjänst 2005:8.). Stockholm.
- Solberg, Anne (2004). "Hvordan forholder barn seg til vold i hjemmet". *Norges Barnevern*, 2004.
- Solholm, Roar m.fl (2005). "Parent management training - Oregon modellen. Teori, handlingsprogram og implementering i Norge." *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 2005: 587-597.
- Sosial- og helsedepartementet (1999). *Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. (Rundskriv I-4/99). Oslo.
- Sosial og helsedirektoratet (2003a). *Opptappingsplanen for psykisk helse. Status 2003. Sosial og helsedirektoratets vurderinger* (Rapport 15-1127). Oslo.
- Sosial og helsedirektoratet (2003b). *Opptappingsplanen for psykisk helse. Sosial- og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003-2006* (Rapport 15-1128). Oslo.
- Statistisk sentralbyrå. (2003). *Barnevern 2002: Fleire barn får hjelp*, [[www.ssb.no](http://www.ssb.no)] 14. oktober 2003].
- Statistisk sentralbyrå. (2004). *36 000 barn med tiltak frå barnevernet. Barnevern, 2003*, [[www.ssb.no](http://www.ssb.no)] 25. august 2004].
- Statistisk sentralbyrå. (2005a). *9.900 barn var nye i barnevernet siste år. Barnevern 2004*, [[www.ssb.no](http://www.ssb.no)] 20. september 2005].
- Statistisk sentralbyrå. (2005b). *21 300 undersøkingar i barnevernet*, [[www.ssb.no](http://www.ssb.no)] 29. september 2005].
- Stewart-Brown, S. m.fl (2004). "Impact of a general practice based group parenting programme: quantitative and qualitative results from a controlled trial at 12 months." *Archives of disease in Childhood*, 2004: 519-525.
- Strøm, Ingrid, & Anne Øren Aspheim (1999). "Marte Meo-metoden i arbeidet med de ustyrlige barna og deres foreldre." *Fokus*, 1999: 181-191.



- Sundell, Knut (2002). *Familierådsdag i Sverige. Socialtjänstens fortsatta insatser till barn och föräldrar*. Stockholm: Forsknings- och Utvecklingsenheten.
- Sundt, Hege (2005). "Overgang til selvstendig tilværelse - ettervernseminar i september". *Fosterhjemskontakt*, 2005: 8.
- Sørensen, Harald Morten (2005). "Foredreskap kan bygges". *Embla (Fagtidsskrift for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere)*, 2005: 18-25.
- Sørli, Mari-Anne (2000). *Alvorlige atfersproblemer og lovende tiltak i skolen. En forskningsbasert kunnskapsstatus*. Oslo: Praxis Forlag.
- Taylor, Kenneth I. (2005). "Understanding Communities Today: Using Matching Needs and Services to Assess Community Needs and Design Community-Based Services". *Child Welfare*, LXXXIV: 251-264.
- Tveit, Arne (2002). "Små barn med atferdsvansker". *Spesialpedagogikk*, 2002: 16-18.
- U.S. Department of Health and Human Services (2004). *Child Maltreatment 2002*. Washington DC: Government Printing Office.
- Velle, Vegard (1999). "Totalomsorg inn igjen: behandling av ungdom med alvorlige atferdsvansker". *Embla (Fagtidsskrift for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere)*, 1999: 6-7.
- Vinnerljung, B, & M Ribe (2001). "Mortality after care among young adult foster children in Sweden". *International Journal of Social Welfare*, 10: 164-173.
- Vinnerljung, Bo (1995). "Mortalitet bland fosterbarn som placerats före tonåren". *Socialvetenskaplig tidskrift* 60-72.
- Vinnerljung, Bo (1996a). *Fosterbarn som vuxna*. Lund: Arkiv Förlag.
- Vinnerljung, Bo (1996b). "Hur vanligt er det att ha varit fosterbarn?" *Socialvetenskaplig tidskrift*, 3: 166-179.

- Vinnerljung, Bo (1996c). *Svensk forskning om fosterbarnsvård. En översikt*. Lund: Centrum för utvärdering av socialt arbete. Liber Utbildning.
- Vinnerljung, Bo (1997). "Etter "langvarig omsorg" - fosterbarn som voksne". *Norges Barnevern*, 74: 21-27.
- Vinnerljung, Bo (2006). "Fosterbarn som unga vuxna - en översikt av resultat från några nationella registerstudier". *Socialmedicinsk tidskrift*, 83: 23-35.
- Wolfe, D.A. m/fl (2003). "The effects of Children's Exposure to Domestic Violence: A Meta-Analysis and Critiwue." *Clinical Child and Family Review*, 6.
- Woolfenden SR, K Williams, & J Peat (2001). *Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorders and elingquency aged 10-17*.
- Zetlin, Andrea G., Lois A. Weinberg, & Christina Kimm (2004). "Helping social workers address the educational needs of foster children". *Child Abuse & Neglect* 811-823.

## Vedlegg 1

# Oversikter over internettbaserte søk etter forskning fra en rekke land samt relevante institusjoners nettsider:

Av Inger-Helene Wang Andresen

På disse nettsidene er det søkt etter institusjonenes/organisasjonenes presentasjon av egen FoU innen feltene barn – barnevern - sosiale forhold. Med andre ord ikke søk i bibliografisk forstand, men en fremhenting av dokumentlignende informasjon om aktuell forskning på områdene.

Ordningen er alfabetisk etter land.

Tilslutt er det en liten oversikt over eksempler på noen av metodenes egne nettsider. For ordens skyld presiseres at disse lenkene har vært aktive våren 2006, men vi kan ikke garantere lenkenes varighet utover dette.

### **Australia:**

- **Australian Government, Australian Institute of Family Studies, National Child Protection Clearinghouse**  
(<http://www.aifs.gov.au/nch/research/menu.html>)
- **Australian Government, Australian Institute of Family Studies /Research**
- (<http://www.aifs.gov.au/institute/research/researchmenu.html>)

- **Australian Research Alliance for Children & Youth**  
(<http://www.aracy.org.au/projects.htm>)

**Belgia:**

- **Social Square >Enfance-Jeunesse**  
([http://www.socialsquare.com/index.php?sec\\_id=4](http://www.socialsquare.com/index.php?sec_id=4))

**Canada:**

- **Bell Canada Child Welfare Research Unit**
- (<http://www.cecw-cepb.ca/bccwru/bccwru.html>)
- **The Centre of Excellence for Child Welfare /Research**  
(<http://www.cecw-cepb.ca/Pubs/PubsResearch.shtml>)
- **- Current Research on Child Care Effects**  
(<http://www.excellence-earlychildhood.ca/documents/McCartneyANGxp.pdf>)

**Danmark:**

- **Familiestyrelsen** (<http://www.familiestyrelsen.dk/>)
- **Ministeriet for familie- og forbrugeranliggender**  
(<http://www.minff.dk/ministeriet/familie/>)
- **The Nordic Cochrane Centre** (<http://www.cochrane.dk/>)
- **Nordisk Campbell Center** (<http://www.sfi.dk/sw22405.asp>)
- **Forskningsoversikter** (<http://www.sfi.dk/sw24180.asp>)
- **Social.dk (den sociale portal)/Børn, unge og familie**  
([http://www.social.dk/boern\\_unge\\_og\\_familie.html](http://www.social.dk/boern_unge_og_familie.html))
- **Socialforskningsinstituttet (Danmark)** (<http://www.sfi.dk/>)
- **Retsinformation** (<http://www.retsinfo.dk/>) er Danmarks juridiske online informasjonssystem for dansk lovgivning bl.a.

**Finland:**

- **Ministry of Social Affairs and Health/Family policy and services**  
(<http://www.stm.fi/Resource.phx/eng/subj/famil/index.htx>)

**Frankrike:**

- **Ministère de la santé et des solidarités**  
(<http://www.sante.gouv.fr/>)

**Island:**

- **Government Agency for Child Protection**  
(<http://www.kinder-jugendhilfe.info/>)

**Nederland:**

- **Ministry of Health, Welfare and Sport/Youth**  
([http://www.minvws.nl/en/themes/youth\\_policy/default.asp](http://www.minvws.nl/en/themes/youth_policy/default.asp))
- **Netherlands Institute for Care and Welfare (NIZW)**  
(<http://www.nizw.nl>)

**Norge:**

- **Barnevernnett.no** (Ophørt 14.9.2004)  
(<http://www.barnevernnett.no/forskning/forskningstart.html>)
- **Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat)**  
(<http://www.bufetat.no/>)
- **Bufetat - Barnevern**  
([http://www.bufetat.no/?module=Articles;action=ArticleFolde\\_r.publicOpenFolder;ID=218](http://www.bufetat.no/?module=Articles;action=ArticleFolde_r.publicOpenFolder;ID=218))
- **Helsebiblioteket**  
(<http://www.shdir.no/helsebiblioteket/?sessionid=3248233892>)
- **Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten**  
(<http://www.kunnskapssenteret.no/index.php?back=2&artikkelid=69>)
- **Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA)**  
(<http://farm.gan.no/nova/index.gan?id=11&subid=0&visAlle=1&prosjstatus=0>)
- **Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR)**  
(<http://www.nibr.no>)
- **Norsk senter for barneforskning**  
(<http://www.svt.ntnu.no/noseb/>)

- **The Norwegian Branch of the Nordic Cochrane Centre**  
(<http://www.cochrane.no/>)
- **Lovdata** (<http://www.lovdata.no/info/gratis.html>). Norske lover gratis på internett

**Storbritannia:**

- **Cochrane** (<http://www.cochrane.org/index0.htm>)
- **The Cochrane Library**  
(<http://www.cochrane.org/reviews/clibintro.htm>)
- **England. Department for education and skills / Children and families / Programme of research**  
(<http://www.dfes.gov.uk/research/programmeofresearch/index.cfm?type=0>)
- **NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence)** (<http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=home>)
- **Social Science Information Gateway**  
(<http://www.sosig.ac.uk/roads/subject-listing/World-cat/child.html>)
- **SIRCC (The Scottish Institute for Residential Care)**  
(<http://www.sircc.strath.ac.uk/research/index.html>)
- **Thomas Coram Research Unit (The Institute of Education, University of London)**  
(<http://ioewebserver.ioe.ac.uk/ioe/cms/get.asp?cid=470&4700=890>) (15.03.2006)

**Sverige**

- **Lunds Universitet, Socialhögskolan**  
(<http://www.soch.lu.se/forsk.htm>)
- **Socialstyrelsen/Barn och ungdom**  
([http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/barn\\_Ungdom/](http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/barn_Ungdom/))
- **Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete – socialhögskolan** (<http://www.socarb.su.se/>)
- **Svensk lagsamling- Rättsnätet** (<http://www.notisum.se/>)

## Tyskland

- **Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend/Kinder und Jugend**  
(<http://www.bmfsfj.de/Politikbereiche/kinder-und-jugend.html>)
- **Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland**  
(<http://www.kinder-jugendhilfe.info/>)

## USA

- **The Campbell Collaboration**  
(<http://www.campbellcollaboration.org/>)
- **Center for Social Services Research/School of Social Welfare at UC, Berkeley, CA** (<http://cssr.berkeley.edu/>)
  - **Child Welfare Research Center**  
(<http://cssr.berkeley.edu/CWSCMSreports/>)
- **(Directory for Child welfare) Childwelfare.com** (Child Welfare Research Institute)  
(<http://www.childwelfare.com/index.htm>)
- **Oregon Social Learning Centre /Projects**  
(<http://www.oslc.org/projects.html>) (har bl.a. et norsk prosjekt om PMT)
- **United States Department of Health and Human Services/Families & Children** (<http://www.hhs.gov/>)
- **United States Department of Health and Human Services – Office of the Surgeon General**  
(<http://www.surgeongeneral.gov/>)
- **13 Indicators of Quality Child Care: Research Update presented** to: Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation and Health Resources and Services Administration/Maternal and Child Health Bureau, US Department of Health and Human Services ... (2002)  
(<http://aspe.hhs.gov/hsp/ccquality%2Dind02/>)

**OECD/Family-friendly Policies/Early Childhood Education and Care**  
– Useful Research Links.

([http://www.oecd.org/document/20/0,2340,en\\_2649\\_34819\\_1941780\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/20/0,2340,en_2649_34819_1941780_1_1_1_1,00.html))

Dette nettstedet består av en lenkesamling til en lang rekke institusjoner som driver forskning blant annet innen feltet barnevern.

#### **Eksempler på noen av metodenes egne nettsider**

- **icart (International Center for Aggression Replacement Training)** (<http://www.aggressionreplacementtraining.org/>)
- **ART Sverige** (<http://www.stat-inst.se/zino.aspx?articleID=228>)
- **ART Norge** (<http://www.ungdomsalternativet.no/art.htm>)
- **MST Services (Multisystemic Therapy)**  
(<http://www.mstservices.com/>)
- **De utrolige årene - program for foreldre, lærere, barn/Carolyn Webster-Stratton (RBUP Nord, Universitetet i Tromsø)** (<http://www.deutroligearene.no/>)
- **Atferdssenteret (PMT)** (<http://www.atferd.unirand.no/>)
- **The Lovaas Institute** (<http://www.lovaas.com/>)



## Vedlegg 2

# Andre kunnskapsstatuser og undersøkelser av relevans

- Andersson, G., & M. Bangura Arvidsson (2001). *Vad vet vi om insatsen kontaktperson/-familj? En kunskapsöversikt* (Meddelanden från Socialhögskolan 2001:1). Lund: Lunds universitet.
- Andersson, Helle Wessel, Solveig Osborg Ose, Ivar Pettersen, Kjerstina Røhme, Marit Sitter, & Marian Ådnanes (2005). *Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge* (Rapport 03/05). Trondheim: SINTEF Helse.
- Backe- Hansen, Elisabeth (2004). *Barn og unges håndtering av vanskelige livsvilkår. Kunnskapsbidrag fra 36 studier av barnefattigdom* (Rapport 12/04). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring - NOVA.
- Baudier, Francois (2005). *Commision "Perinatalité, enfants et adolescents"*. Travaux préparatoires à l' ébolation du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. Paris: Ministère de la santé et des solidarités).
- Grinde, Turid Vogt (1993). *Kunnskapsstatus for barnevernet*. Oslo: Tano.
- Grinde, Turid Vogt. (1997). "Kunnskapsstatus for barnevernet: Noen utviklingstendenser 1993-1996". I: Elisabeth Backe-Hansen & Toril Havik, red., *Barnevern på barns premisser* (s. 27-46). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Halvorsen, Anne, Ragnhild Jensen, Gro Kvåle, & Solveig Sagatun (2005). *Systematisk oversikt over forskningsoppsummeringer*

*om effekter av ulike hjemmebaserte tiltak i barnevernet.*  
Kristiansand: Høgskolen i Agder - Praxis Sør.

Myrvold, Trine Monica (2001). *Smått og godt? Om de minste kommunenes evne til å imøtekomme generalistkommunekravet. En kunnskapsoversikt og en indikatordiskusjon* (NIBR Prosjektrapport 2001:1). Oslo: NIBR.

Ogden, Terje (2002). *Children and adolescents life conditions in th Nordic Countries. Marginalisation of children and adolescents* (Tema Nord 2002:53). Copenhagen: Nordic Council of Ministers.

Rutter, Michael, Henri Giller, & Ann Hagell (1998). *Antisocial Behavior by Young People: The main messages from a major new review of the research*. London.: Department of Health.

Sandbæk, Mona (Ed.). (2004). *Barns levekår. Hva betyr familienes inntekt?* Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring - NOVA-rapport 11/04.

#### **Annen litteratur om hjelpetiltak i barnevernet**

Backe-Hansen, Elisabeth (1995). *Hjelpetjenestene og barna. Rapport fra prosjekt Oppvekstnettverk* (Rapport 4/1995). Oslo: Barnevernets Utviklingscenter.

Backe-Hansen, Elisabeth. (2000). *Rettferdiggjøring av omsorgsovertakelse. En beslutningsteoretisk analyse av barneverntjenestens argumentasjon i en serie typiske saker om små barn. Dr. avhandling*. Universitetet i Oslo, Oslo: NOVA Rapport 2/2001.

Backe- Hansen, Elisabeth, Terje Galtung, Turid Vogt Grinde, Kjell Hagen, Karen Hassel, Otto Heramb, Arne Holtet, Katrin Koch, Fredrikke Lynnum, Anne Poulsson, & Knut Rønbeck (2002). *Vurderingsgrunnlaget i alvorlige barnevernssaker*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).

Backe-Hansen, Elisabeth, & Terje Ogden (Red.). (1998). *10-åringer i Norden. Kompetanse, risiko og oppvekstmiljø*. (Vol. Nord 1998:003). København: Nordisk Ministerråd.

- Gautun, Heidi (2005). *Endring av barnevernets tiltaksprofil. En kartlegging av hjemmebaserte tiltak med statlig støtte*. Oslo: FAFO.
- Ogden, Terje (1995). *Kompetanse i kontekst. En studie av risiko og kompetanse hos 10- og 13-åring* (Rapport 3/1995). Oslo: Barnevernets Utviklingssenter.
- Sallnäs, Marie (2006). "Omsorg utenfor hjemmet - mellom fosterhjem og institusjonsomsorg". *Norges Barnevern*, 2006, Nr.1: 11-22.
- Sandbæk, Mona (1995). *Fikk barna hjelp? En studie av barns kontakt med hjelpeapparatet, sett med de foresattes øyne* (Rapport 5/1995). Oslo: Barnevernets Utviklingssenter.
- Sandbæk, Mona. (2002). *Barn og foreldre som aktører i møte med hjelpetjenester. Dr. polit.-avhandling*. NTNU, Trondheim.
- Sinclair, Ian (2005). *Fostering Now. Messages from Research*: Department of Education and Skills, London, UK.
- Sinclair, Ian , Claire Baker, Kate Wilson, & Ian Gibbs. (2005). "York Research on Foster Care and Adoption : "Study 3", *Foster Children: Where They Go and How They Get On* (s. 1-6). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Stein, Mike (2004). *What works for young people leaving care?* (2. ed.). Ilford, UK: Barnardo's
- Sørli, Mari-Anne, Karen Havnen, & Bernt Olav Utgaard (red.). (1994). *Idébank for barnevernet 1994*. Oslo - Bergen - Trondheim: Barnevernets Utviklingssenter Oslo - Barnevernets kompetansesenter på Vestlandet - Barnevernets kompetansesenter i Midt-Norge.

### **Pågående relevant forskning ved NIBR og andre institutter**

NIBR : Kunnskapsinnhenting og flerkulturelt arbeid i barnevernet

FAFO/NOVA: Kommunenes bruk av hjelpetiltak i barnevernet

NOVA: Statlige hjelpetiltak i barnevernet: kunnskapsstatus ang. evt. økonomisk kriteriefordeling mellom barnevernregioner