

# Kunnskapsoppsummering

# Vold mot barn og systemsvikt

ELISABETH BACKE-HANSEN,  
INGRID SMETTE & CAMILLA VISLIE

NOVA

Velferdsforskningsinstituttet

HØGSKOLEN I OSLO  
OG AKERSHUS



# Kunnskapsoppsummering

# Vold mot barn og systemsvikt

ELISABETH BACKE-HANSEN  
INGRID SMETTE  
CAMILLA VISLIE

Norsk institutt for forskning om  
oppvekst, velferd og aldring  
NOVA Rapport 4/2017

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) er et forskningsinstitutt ved Senter for velferds- og arbeidslivsforskning (SVA) på Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA).

Instituttet har som formål å drive forskning og utviklingsarbeid som kan bidra til økt kunnskap om sosiale forhold og endringsprosesser. Instituttet skal fokusere på problemstillinger om livsløp, levekår og livskvalitet, samt velferdssamfunnets tiltak og tjenester.

© Velferdsforskningsinstituttet NOVA  
Høgskolen i Oslo og Akershus 2017

ISBN (trykt utgave) 978-82-7894-617-6

ISBN (elektronisk utgave) 978-82-7894-618-3

ISSN 0808-5013 (trykt)

ISSN 1893-9503 (online)

Illustrasjonsfoto: © colourbox.no  
Desktop: Torhild Sager  
Trykk: Allkopi

**Henvendelser vedrørende publikasjoner kan rettes til:**

NOVA, HiOA  
Stensberggata 26 · Postboks 4, St. Olavs plass, 0130 Oslo  
Telefon: 67 23 50 00  
Nettadresse: [www.hioa.no/nova](http://www.hioa.no/nova)

# Forord

Denne kunnskapsoversikten er skrevet på oppdrag av Barne- og likestillingsdepartementet som kunnskapsgrunnlag for Barnevoldsutvalgets arbeid. Rapporten ble overlevert Barnevoldsutvalget i april 2016, men blir publisert og offentlig tilgjengelig i juni 2017 i forbindelse med utvalgets overlevering av sin NOU.

Å arbeide med denne kunnskapsgjennomgangen har vært et spennende og lærerikt oppdrag. Samtidig har en stor mengde litteratur om mange viktige temaer måtte samles inn, bearbejdes og formidles i en brukbar form på svært kort tid, og vi kunne ønsket oss bedre anledning til å fordype oss i materialet nettopp fordi det er så viktig.

Vi vil takke spesialpsykolog Solveig Karin Bø Vatnar for innsiktsfulle og nyttige kommentarer til utkastet til kunnskapsoversikten. Videre vil vi takke Barnevoldsutvalgets sekretariat for nyttige innspill underveis. Sist, men ikke minst, vil vi takke NOVAs forskningsbibliotekar, Tordis Korvald, for uvurderlig hjelp i søket etter litteratur.

Oslo, juni 2017

Elisabeth Backe-Hansen, Ingrid Smette og Camilla Vislie



# Innhold

<b>Sammendrag</b> .....	7
<b>1 Innledning</b> .....	13
1.1 Bakgrunnen for oppdraget.....	13
1.2. Definisjoner og avgrensninger.....	14
1.3 Teoretiske perspektiver på risiko.....	16
1.4 Struktur i kunnskapsgjennomgangen .....	18
<b>2 Metode</b> .....	21
2.1 Søkestrategier og databaser .....	21
2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	23
2.3 Kryssreferanser, nettbaserte søk og bruk av fagpersoner .....	24
<b>3 Profesjonelles beslutninger i alvorlige saker</b> .....	25
3.1 Innledning .....	25
3.2 Grunnlaget for en beslutning må være gyldig informasjon .....	26
3.3 Vanlige resonneringsfeil i profesjonelt arbeid med utsatte barn .....	28
3.4 Når beslutninger skal tas i samarbeid mellom flere .....	30
3.5 Beslutningsproblemer i en kultur preget av frykt og tildeling av skyld.....	31
3.6 Oppsummering .....	32
<b>4 Tverrfaglig og tverretattlig samarbeid – årsaker til svikt og virkemidler for forbedring</b> .....	33
4.1 Innledning .....	34
4.2 Den norske samordningskonteksten .....	35
4.3 Barrierer for funksjonelt samarbeid som årsaker til systemsvikt .....	38
4.4 Kan barrierene overkommes, og i tilfelle hvordan?.....	46
4.5 Når utgangspunktet er «wicked problems» .....	50
4.6 Avslutning .....	54
<b>5 Eksempler på tverrfaglig og tverretattlig samarbeid</b> .....	55
5.1 Innledning .....	55
5.2 Meldinger til barneverntjenesten om vold, omsorgssvikt og overgrep .....	57
5.3 Barnehusene – et forsøk på å gi ofre bedre og mer enhetlig behandling .....	58
5.4 Evaluering av Multi-Agency Safeguarding Hub (MASH).....	60
5.5 Konsultasjonsteam-modellen i Vest-Norge .....	64
5.6 Helhetlig organisering av tjenester for barn og unge .....	66
5.7 Evaluering av interkommunalt samarbeid i barnevernet.....	68
5.8 Følgeevaluering av prosjektet «Bedre tverrfaglig innsats» .....	70
5.9 Betydningen av bestemmelsene om taushetsplikt.....	73
5.10 Avslutning .....	74
<b>6 Virkemidler for å forebygge svikt: Ulike tilnærminger til risikohåndtering</b> .....	77
6.1 Introduksjon .....	77
6.2 Aktuariske og strukturerte beslutningsverktøy .....	78

6.3 Profesjonelles relasjonsbaserte arbeid med utsatte barn og familier.....	86
6.4 Systemtilnærming til risiko og feil .....	90
6.5 Et folkehelseperspektiv på risikohåndtering .....	95
6.6 Sammenligning og avsluttende diskusjon .....	96
<b>7 Ordninger for gjennomgang av barnedødsfall. Internasjonale erfaringer .....</b>	<b>101</b>
7.1 Innledning .....	101
7.2 Bakgrunn og hovedtilnærminger .....	103
7.3 Hva oppnår vi med analyser av barnedødsfall? .....	111
7.4 Oppsummering .....	117
<b>8 Konklusjoner og kunnskapshull .....</b>	<b>121</b>
8.1 Forklaringer på svikt i det offentlige tjenesteapparatet.....	121
8.2 Virkemidler for å forbedre tjenesteapparatets håndtering av vold mot barn og effekten av disse .....	123
8.3 Ordninger for gjennomgang av barnedødsfall.....	125
8.4 Fokus på alvorlige saker – uintenderte konsekvenser? .....	126
8.5 Kunnskapshull .....	128
8.6 Fokus på utfallet for dem det gjelder? .....	132
<b>Summary .....</b>	<b>133</b>
<b>Litteratur.....</b>	<b>135</b>
Appendix 1. Søkestrenger i forskningsdatabaser.....	143
Appendix 2: Mer inngående om barneverntjenesten.....	145
Appendix 3: Oversikt over analyser av Serious Case reviews .....	155



# Sammendrag

Kunnskapsoppsummeringen «Vold mot barn og systemsvikt» er utformet på oppdrag av Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet for å bistå det regjeringsoppnevnte Barnevoldsutvalget. Utvalgets mandat er todelt. Den første delen er «å vurdere alvorlige saker der barn og ungdom har blitt utsatt for grov vold, seksuelle overgrep og alvorlig omsorgssvikt. Det forutsettes at dette har fått alvorlige følger for barnets liv, og at det er spørsmål om svikt i tjenesteapparatets håndtering av saken». I lys av dette arbeidet skal utvalget vurdere om det skal opprettes en permanent «havarikommisjon» for slike saker. Den andre delen av mandatet er en gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget på dette feltet.

NOVA fikk oppdraget med å utforme kunnskapsoversikten. Formålet var å lage en oppdatert og relevant oversikt over forskning, i Norge og internasjonalt, som belyser offentlige tjenesters håndtering av saker der barn og unge har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og alvorlig omsorgssvikt. Det skulle være et særlig fokus på årsaker til og virkemidler for å forhindre alvorlige utfall. I oppdraget lå det en føring om at arbeidet skulle ses i sammenheng med at en av utvalgets to oppgaver er å avdekke hvorvidt, i hvilken grad og på hvilken måte det har forekommet svikt i det offentlige hjelpeapparatets håndtering av disse sakene. Samlet skal oversikten gi en oversikt over eksisterende, relevant forskning, og, så langt det er mulig, identifisere kunnskapshull. Framgangsmåten for å finne relevant litteratur er beskrevet i kapittel 2. Kunnskapsoversikten er så organisert etter to overordnede tema: årsaker til svikt og mulige virkemidler mot svikt.

## Tre sentrale begreper i kunnskapsoversikten

I arbeidet med kunnskapsoversikten har det vært nødvendig å gå nærmere inn i tre begreper. Det første begrepet er begrepet alvorlige saker og alvorlige følger, slik det brukes i utvalgets mandat. Mye av forskningen er svært generell, og gjør det vanskeligere å skille ut konsekvenser av mer alvorlig vold, overgrep og mishandling. En del av litteraturen handler om alvorlige saker spesielt, men da primært om barnedødsfall.

Det andre begrepet er *svikt*. Oppdragsgivers eksempler på systemsvikt er manglende eller mangelfull samhandling eller kommunikasjon mellom tjenester, mangelfullt regelverk, svak forståelse av eksisterende regelverk, manglende

kunnskap, organisasjonskultur, at essensielle tjenester eller samordningsmekanismer er fraværende, eller andre forhold. Begrepet er med andre ord svært vidt. Ikke minst brukes også betegnelsen systemsvikt om feil på ulike nivåer – for eksempel feil begått av enkeltpersoner (ikke fulgt regler eller prosedyrer), feil i tilknytning til vertikal organisering av tjenester innen samme sektor (f.eks. manglende system for utveksling av informasjon eller for samarbeid om tjenesteyting som krever innsats fra mer enn en instans eller forvaltningsnivå), og ved det som kan kalles horisontal samhandling og samordning *mellom* tjenester på tvers av sektorer. Et problem med begrepet systemsvikt som forklaring på at noe har gått galt, er følgelig at det lett blir uklart hva slags aktør(er) ‘systemet’ er eller refererer til. Igjen har vi vært nødt til å forholde oss til vide og lite presise definisjoner, ettersom dette preger litteraturen vi har gjennomgått.

Et tredje begrep er risiko. Et perspektiv vi har tatt utgangspunkt i når vi har gjennomgått litteraturen, er at den overordnet handler om *risiko*: Hvordan profesjonelle kan vurdere risiko for overgrep, hvordan profesjonelle kan redusere risiko for det enkelte barn, og hvordan tjenesteapparatet som system håndterer risiko. At risikobegrepet er sentralt, er i tråd med utviklingstrekk i samfunnet generelt. Dessuten er risiko på individuelt nivå sentralt innen barnevernet, ettersom mer inngripende tiltak må begrunnes med risiko for framtidig skjevutvikling. I samfunn med et godt utbygd tjenesteapparat, slik som dagens norske samfunn, forventer befolkningen at myndighetene tar ansvar for å redusere og kontrollere risiko på en rekke områder, for eksempel barns risiko for å bli utsatt for vold. Det er rimelig å anta at man i dag, i større grad enn før, har en oppfatning av at risikoen barn er utsatt for, er målbar og håndterbar, slik at skade for barn kan predikeres og unngås.

### Beslutningsprosesser hos individuelle profesjonelle

Ett tema i forskningslitteraturen som kan knyttes til spørsmålet om hvordan forhindre svikt i tjenesteapparatet, er beslutningsprosesser hos individuelle profesjonelle. Et sentralt perspektiv i denne litteraturen er at det er umulig å unngå alle feil i menneskelig beslutningsatferd, men at det er viktig å skille mellom unngåelige og uunngåelige feil. I denne, primært britiske, litteraturen, understrekes det at den viktigste årsaken til uunngåelige feil er kunnskapsmangel – altså at man på det tidspunkt beslutningen ble fattet ikke hadde kunnskapen som ville gjort det klart at en ulykke kom til å skje. De unngåelige feilene, derimot, skyldes mekanismer som kan motarbeides. Metoder for å motarbeide slike feil kan for eksempel

være diskusjoner mellom flere, kontrafaktisk tenkning eller «hva hvis»-tenkning. Det viktigste er at man anerkjenner at feil alltid vil kunne skje i menneskebehandlingssystemer. Spørsmålet blir dermed ikke hvordan unngå feil, men hvordan minimere dem og forsøke å unngå at feilene får betydning for klienter eller brukere.

### Beslutninger på systemnivå: tverrfaglig og tverretatlig/tverrsektorielt samarbeid

I utvalgets mandat vektlegges samordningsproblemer mellom tjenester som mulig årsak til svikt. Litteraturen om samordning i tjenesteapparatet omhandler imidlertid i stor grad utfordringer i samarbeid generelt, ikke samordning som årsak til svikt spesielt. En viktig, overordnet forståelse er at samordningsproblemer ofte dreier seg om såkalte «wicked problems» eller gjenstridige problemer, det vil si problemer som er komplekse, har kompliserte årsaksforhold, og som det gjerne ikke finnes en løsning på. Slike problemer kjennetegnes av at de gjerne må løses av flere personer med supplerende kompetanse, som ofte vil være ansatt på flere steder.

Det finnes en meget omfattende litteratur både om barrierer for godt samarbeid og samordning, og tiltak som kan bedre samarbeidet. Med utgangspunkt i litteraturen beskriver vi barrierer og løsningsforslag når det gjelder samarbeidsrelasjoner, samarbeidsprosesser og ressurser. Likeledes løfter vi fram kunnskap om ulike måter samarbeidet kan være forpliktende på. For vårt formål, har det imidlertid igjen vært vanskelig å vite hva som er viktigst av disse momentene i de mest alvorlige sakene, og hva som gjelder mer generelt. Det er også et poeng at lite av den litteraturen vi har gjennomgått, diskuterer hva «wicked problems» innebærer for barrierer og tiltak når samordningen må skje horisontalt.

### Eksempler på prosjekter

I kunnskapsgjennomgangen presenterer vi i alt sju eksempelprosjekter. Tre av disse forholder seg på ulike måter til samarbeid og samordning av alvorlige saker med vold, omsorgssvikt og overgrep, mens tre forholder seg mer generelt til tverrfaglig og tverretatlig/tverrsektorielt samarbeid. Det siste eksempelet omhandler taushetsproblematikken generelt. Prosjektene gir noen antydninger om hva som kan være spesielt viktig i de alvorlige sakene, men i og med at tematikken ikke diskuteres i prosjektene, er det også vanskelig å trekke klare konklusjoner om hva vi kan lære av dem med tanke på de alvorligste sakene.

## Tilnærminger til risikohåndtering

Vi presenterer fire tilnærmingsmåter til risikohåndtering: to på individnivå og to på systemnivå. For det første, litteratur om ulike former for statistiske (aktuariske) og strukturerte verktøy som skal bistå profesjonelle i deres beslutninger. For det andre, litteratur som, ofte med et kritisk perspektiv på strukturerte verktøy, argumenterer for at profesjonelles relasjonelle arbeid er det viktigste verktøyet for å identifisere og redusere risiko for at barn skal bli utsatt for vold. Mens det er liten uenighet i litteraturen om barrierer og tiltak knyttet til tverrfaglig og tverretatlig samarbeid, er det mye diskusjon og uenighet når det gjelder bruken av strukturerte verktøy versus mer relasjonelle tilnærmingsmåter.

Når det gjelder virkemidler for å håndtere risiko rettet mot organisasjons- og systemnivå, diskuterer vi også to tilnærminger. Den ene er systemtilnærminger der feil forstås som en uunngåelig del av et system, og der forbedringer skjer gjennom å forstå og erkjenne kompleksitet og uforutsigbarhet, også i arbeidet med å beskytte barn. Systemtilnærming presenteres som et mottiltak mot blant annet skyldkultur, som blir beskrevet som en konsekvens av nyliberale styringssystemer og mediefokus på tragiske barnedødsfall. Her igjen er det flere synspunkter i litteraturen. Den andre tilnærmingen til risikohåndtering handler mer spesifikt om barnedødsfall, og diskuteres i et eget kapittel.

## Håndtering av barnedødsfall

En del av utvalgets mandat er å utrede om det er hensiktsmessig å opprette en form for «havarikommisjon» for å analysere og lære av saker der barn er utsatt for alvorlig vold og det er mistanke om systemsvikt. Vi presenterer og diskuterer derfor litteratur om ordninger for gjennomgang av barnedødsfall i nordiske og i et utvalg andre, i hovedsak engelskspråklige, land og beskriver hovedtyper av slike ordninger. Vi redegjør for hvordan litteraturen har forholdt seg til effekten av slike ordninger når det gjelder, på den ene siden, å redusere risiko for barnedødsfall, og på den andre siden, redusere risiko for systemsvikt.

## Kunnskapshull

Rapportens siste kapittel presenterer kunnskapshull vi har identifisert på bakgrunn av vår litteraturgjennomgang, og som vi vurderer som relevante for utvalgets arbeid. Noen kunnskapshull er mer overordnede, for eksempel at man savner litteratur om betydningen av barnets etnisk tilhørighet og det å anlegge et barneperspektiv på arbeidet. Det kan tilføyes at kjønn heller ikke pleier å inngå

som en variabel i forskningen vi har sett. Noen kunnskapshull er mer knyttet til metodikk og tilnæringsmåter for forskningen, for eksempel analyser av hva det eventuelt betyr at man samarbeider horisontalt i stedet for vertikalt.

Helt til slutt stiller vi et overordnet spørsmål. For selv om alle er enige om at hensikten er bedre tjenester til barn, unge og deres familier, finner vi relativt sjelden at dette trekkes inn som et premiss for tenkningen om samarbeid. Spørsmålet er hva som ville skjedd hvis man snudde på perspektivene og tok utgangspunkt i nettopp klientenes eller brukernes forståelse og ønsker.



# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunnen for oppdraget

Kunnskapsoppsummeringen «Vold mot barn og systemsvikt» er utformet på oppdrag av Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet for å bistå det regjeringsoppnevnte Barnevoldsutvalget som ble varslet i Regjeringens tiltaksplan «En god barndom varer livet ut» (2014)<sup>1</sup>, og oppnevnt i november 2015<sup>2</sup>. Utvalgets mandat er todelt. Den første delen er «å vurdere alvorlige saker der barn og ungdom har blitt utsatt for grov vold, seksuelle overgrep og alvorlig omsorgssvikt. Det forutsettes at dette har fått alvorlige følger for barnets liv, og at det er spørsmål om svikt i tjenesteapparatets håndtering av saken». I lys av dette arbeidet skal utvalget vurdere om det skal opprettes en permanent «havarikommisjon» for slike saker. Den andre delen av mandatet er en gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget på dette feltet. I mandatet nevnes følgende kilder til kunnskap: a) Relevant forskning i Norge og internasjonalt, b) Arbeider fra beslektede utvalg og ekspertgrupper og c) Informasjon om relevante tjenester i Norge og andre land. Av mandatet framgår det at utvalget kan innhente informasjon gjennom intervjuer, i tillegg til skriftlige kilder, og at utvalget kan innhente delutredninger fra forskningsmiljøer og andre fagmiljøer.

NOVA ble tildelt oppdraget med en ramme på to måneder. Formålet med kunnskapsoppsummeringen var å lage en oppdatert og relevant oversikt over forskning, i Norge og internasjonalt, som belyser offentlige tjenesters håndtering av saker der barn og unge har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og alvorlig omsorgssvikt. Det skulle være et særlig fokus på årsaker til og virkemidler for å forhindre alvorlige utfall. I oppdraget lå det en føring om at arbeidet skulle ses i sammenheng med at en av utvalgets to oppgaver er å avdekke hvorvidt, i hvilken grad og på hvilken måte det har forekommet svikt i det offentlige hjelpeapparatets håndtering av disse sakene. Samlet skal dette gi en oversikt over eksisterende, relevant forskning, og, så langt det er mulig, identifisere kunnskapshull.

---

<sup>1</sup> Se [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/foa/bld\\_overgrep\\_web.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/foa/bld_overgrep_web.pdf), tiltak nr. 18.

<sup>2</sup> Se <https://www.regjeringen.no/no/dep/bld/org/styrer-rad-og-utvalg/eksisterende/barnevoldsutvalget/id2470018/>

## 1.2. Definisjoner og avgrensninger

### 1.2.1 GROV VOLD, SEKSUELLE OVERGREP OG ALVORLIG OMSORGSSVIKT

Med utgangspunkt i utvalgets mandat har det vært viktig å undersøke nærmere hvilke innfallsvinkler som gjenfinnes i litteraturen om avgrensning av alvorlige fra mindre alvorlige saker, om henholdsvis fysisk vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt (*neglect*), hver for seg eller i sammenheng. Alvorlig utfall blir i utvalgets mandat definert som grov vold, seksuelle overgrep og alvorlig omsorgssvikt som får alvorlige følger for et barns liv. Å trekke grenser mellom alvorlige og mindre alvorlige saker kan imidlertid være vanskelig. Studier viser for eksempel at vold i oppdragelsen, som i litteraturen defineres som vold hvis hensikt er å påføre smerte, men ikke skade (Straus & Donnelly, 2001), kan ha alvorlige følger for barns liv fordi et av dens karakteristika er at den er vedvarende og at denne type vold kan eskalere i grovhet i forbindelse med økt konfliktnivå i familien. I internasjonal litteratur framheves det videre at det er viktig å fange opp saker hvor volden eller overgrepene ikke nødvendigvis har hatt fatalt eller svært alvorlig utfall, fordi også disse sakene representerer «et vindu inn til systemet» (vår oversettelse) (Vincent, 2004 referert i Brandon mfl., 2012, s. 1–2). Vi anser det likevel som mest hensiktsmessig å rette hovedfokus på forskning om saker med fatalt eller svært alvorlig utfall for barnet. Vi vil presisere at fenomener som omskjæring og tvangsekteskap ligger utenfor utvalgets arbeid, og vil ikke inkludere disse fenomenene i kunnskapsoppsummeringen.

Den relevante litteraturen om alvorlige og fatale saker der barn er utsatt, omhandler i hovedsak vold i nære relasjoner, dvs. vold, overgrep og omsorgssvikt innenfor en form for familieorganisering – det være seg i biologisk familie, steffamilie, storfamilie eller for eksempel fosterhjem. Vi har i dette oppdraget ikke hatt rom for å gå inn i den svært omfattende, internasjonale litteraturen om vold og overgrep i barneverninstitusjoner og andre spesialinstitusjoner for barn og unge, eller om vold og overgrep i fosterhjem. Det har heller ikke vært rom for å gå nærmere inn på litteraturen om vold og overgrep mellom mer eller mindre jevnaldrende barn og unge, for eksempel i form av alvorlig mobbing eller seksuell trakassering, eller overgrep begått av eldre unge mot yngre. Det kan imidlertid godt tenkes at noe av litteraturen vi gjennomgår, som jo er rettet mot å identifisere og foreslå tiltak knyttet til systemsvikt, også vil være relevant med tanke på disse fenomenene.



### 1.2.2 SYSTEMSVIKT

Det andre sentrale begrepet i utvalgets mandat er *svikt*, nærmere bestemt i tjenesteapparatets håndtering av den typen saker som inngår i utvalgets mandat. En viktig hensikt er å avdekke *hvorvidt, i hvilken grad og på hvilken måte* det har forekommet svikt i det offentlige tjenesteapparats håndtering av disse sakene. Utvalget skal gi anbefalinger som kan bidra til at fremtidige tilfeller forebygges og forhindres.

Denne formen for svikt omtales i norsk litteratur og offentlighet som *systemsvikt*. Oppdragsgivers eksempler på systemsvikt er manglende eller mangelfull samhandling, eller kommunikasjon mellom tjenester, mangelfullt regelverk, svak forståelse av eksisterende regelverk, manglende kunnskap, organisasjonskultur, at essensielle tjenester eller samordningsmekanismer er fraværende, eller andre forhold. Begrepet er med andre ord svært vidt. Ikke minst brukes også betegnelsen systemsvikt om *feil på ulike nivåer* – for eksempel feil begått av enkeltpersoner (ikke fulgt regler eller prosedyrer), ved vertikal organisering av tjenester innen samme sektor (f.eks. manglende system for utveksling av informasjon eller for samarbeid om tjenesteyting som krever innsats fra mer enn en instans eller forvaltningsnivå), og ved det som kan kalles horisontal samhandling og samordning *mellom* tjenester på tvers av sektorer.

Begrepet «svikt» kan forstås som svakhet eller mangel. Når noe svikter, er det noe som slår feil, blir borte eller uteblir. I den internasjonale litteraturen brukes i noen grad begreper som «system(s) failure», men også begreper som «errors», «deficit» eller «mistakes», det vil si feil. Som søkeord i forskningsdatabaser, viste det seg imidlertid at begrepene «system(s) failure» eller den alternative oversettelsen «system(s) deficiencies» ikke fungerte som nøkkelord for å fange opp litteraturen vi var ute etter.

Et problem med begrepet systemsvikt som forklaring på at noe har gått galt, er at det er uklart hva slags aktør(er) «systemet» er eller refererer til. Innenfor rammen av denne kunnskapsoppsummeringen har vi ikke gått nærmere inn i spørsmålet om det også i Norge er en tendens til å klandre individuelle profesjonelle for feil i alvorlige saker, slik vi har sett det i England. Vår antagelse er at gjennomgangen utvalget skal foreta av et utvalg saker med alvorlig utfall, i seg selv vil bidra til å opplyse dette spørsmålet, og sikkert også bidra til å legge premissene for den videre utviklingen på dette området i Norge. Vi vil imidlertid påpeke at saker som vedrører alvorlig mishandling, overgrep og omsorgssvikt mot barn og unge blir håndtert av instanser med personer som er ansvarlige for

beslutninger og handlinger, slik at det på et nivå alltid vil være snakk om menneskelig svikt når noe går galt. Spørsmålet er også om det går an å unngå fokuset på at noen må ha gjort en feil når disse sakene med dødsfall eller andre hendelser som kan oppleves å krenke allmennhetens rettsoppfatning blir gjort kjent for offentligheten. Det vil også være enkeltpersoner og grupper som begår både unngåelige og *unngåelige* feil i løpet av de kompliserte prosessene disse sakene medfører, i samspill med ulike systemfaktorer.

### 1.3 Teoretiske perspektiver på risiko

No longer do we see accidents as meaningless, uncontrollable events. On the contrary, s. accidents are evidence that a particular risk was not managed well enough. And behind the mismanagement, there was a person, or multiple people ... we expect experts to make accidents comprehensible. We want them to explain which risk factors were not controlled, where, when, and by whom. Accidents are no longer accidents at all. They are failures of risk management (Dekker 2007, s.x sitert i Munro, 2010b)

Et perspektiv vi har tatt utgangspunkt i når vi har gjennomgått litteraturen, er at den overordnet handler om *risiko*: Hvordan profesjonelle kan vurdere risiko for overgrep, hvordan profesjonelle kan redusere risiko for det enkelte barn og hvordan tjenesteapparat som system håndterer risiko. At risikobegrepet er sentralt, er i tråd med utviklingstrekk i samfunnet generelt. Begrepet risikosamfunn har fått stort gjennomslag siden det ble lansert av den tyske sosiologen Ulrich Beck på begynnelsen av 1990-tallet. Beck definerer risikosamfunn som kjennetegnet av:

...en systematisk tilnærming til å håndtere fare og usikkerhet påført og introdusert av modernisering i seg selv (Beck & Ritter, 1992, s. 21) (vår oversettelse).

Man kan tenke at det å forklare feil eller ulykker med systemsvikt, forutsetter en sterk forventning om at systemene skal være i stand til å sikre oss mot fare og usikkerhet på de fleste områder. På den måten er systemsvikt som begrep nært knyttet til Beck og flere forfatteres begrep om risikosamfunn.

Samtidig er begrepet risiko langt fra nytt i diskusjoner om beskyttelse av barn. I en historisk analyse av framveksten av barnevern (*child protection*), viser Ferguson (2004) at det allerede på 1800-tallet vokste fram en forståelse av at risiko for skade på barn kunne forutses, håndteres og i siste instans forhindres –

hvis de riktige undersøkelses- og korrigerings-teknikkene ble benyttet. Ferguson viser at det hersket en forståelse blant datidens eksperter av at det var mulig å få en endelig slutt på at barn ble påført overlatt skade. Ferguson hevder også at for- kjemperne for dette standpunktet var så overbevist om at de hadde rett at beret- ninger om barnedødsfall ble bagatellisert. Slike beretninger var ubehagelige påminnelser om at framskrittene ikke var så store som man ønsket. Han argu- menterer videre for at barnemishandling ble gjenoppdaget som fenomen på 70- tallet (i USA på slutten av 1950-tallet). På denne tiden var det også en økende erkjennelse av at perfekt kunnskap og perfekte systemer var umulig å oppnå, og at det ikke er mulig å eliminere feil og tragedier fullstendig. Det vokste i stedet fram en forståelse av at det beste man kunne håpe på var gode nok systemer for tidlig avdekking og tidlig intervensjon, systemer som ville kunne minimere, om ikke eliminere skader barn blir påført.

Tilsvarende har et premiss om nødvendigheten av risikovurderinger eksistert i norsk barnevernlovgivning helt siden lov om barneverntjenester av 1953 ble vedtatt. Der framgikk det at vernetiltak, det vil si både forebyggende tiltak i hjemmet og omsorgsovertakelse, kunne iverksettes:

... når barnet blir slik behandlet eller lever under slike forhold at dets helse (fysisk-psykisk) eller utvikling utsettes for skade eller alvorlig fare.

I samfunn med et godt utbygd tjenesteapparat, slik som dagens norske samfunn, forventer befolkningen at myndighetene tar ansvar for å redusere og kontrollere risiko på en rekke områder, for eksempel når det gjelder beskyttelse av barn (Munro, 2010b). Folks forventninger til myndigheter og tjenesteapparatets evne til å håndtere risiko er derfor trolig langt høyere i dag enn de var på 50-tallet. Det er rimelig å anta at man i dag, i større grad enn før, har en oppfatning av at risikoen barn er utsatt for, er målbar og håndterbar, slik at skade for barn kan predikeres og unngås.

I Lov om barneverntjenester av 1992 er bestemmelse knyttet til hjemmelen for å overta omsorg en forlengelse av bestemmelsen fra 1953:

... dersom det er overveiende sannsynlig at barnets helse eller utvikling kan bli alvorlig skadd fordi foreldrene er ute av stand til å ta tilstrekkelig ansvar for barnet<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Lov om barnevern § 16 a), Lov om barneverntjenester § 4-12d

I likhet med bestemmelsen fra 1953, krever denne bestemmelsen at barneverntjenesten foretar en prediktiv risikovurdering på barnets vegne. Til forskjell fra formuleringen fra 1953, peker imidlertid den nye bestemmelsen mot en mer teknisk vurdering av risiko, gjennom begrepet sannsynlighet. Nærmere bestemt er det snakk om prediksjon av individuell risiko med sikte på å forebygge at den uønskede situasjonen inntreffer, eller redusere skadevirkningene hvis så skulle skje. Her er det snakk om risiko for individuelle barn, og da er det vanlig å definere risiko som:

... en omstendighet eller hendelse som øker (den statistiske) sannsynligheten for at noe ikke ønskelig skal inntreffe (Lagerberg & Sundelin, 2000 s.379).

En konsekvens av denne forståelsen av den mer tekniske forståelsen av risikovurdering, er at det i dag er stort fokus på å utvikle verktøy som kan identifisere kjennetegn ved omstendigheten eller hendelsen som utgjør en risiko, til forskjell fra kjennetegn som ikke utgjør en risiko. Tanken bak slike verktøy er at man, ved hjelp av kunnskap om forekomsten av disse risikofaktorene i ulike grupper, kan predikere sannsynligheten for at et uønsket utfall vil forekomme i gruppene der de identifiserte risikofaktorene forekommer over et visst nivå.

I søk etter litteratur har vi ønsket å finne forskning som omhandler risiko både i et individ- og et gruppeperspektiv, forskning som omhandler individuelle profesjonelles håndtering av risiko, og forskning som diskuterer hvordan organisasjoner og systemer er bygd opp for å håndtere risiko.

## 1.4 Struktur i kunnskapsgjennomgangen

Det neste kapitlet i kunnskapsoversikten, kapittel to, gir en beskrivelse av søkestrategiene vi har brukt for å finne litteraturen vi presenterer og diskuterer i kunnskapsgjennomgangen. Kapitlet gir også et overordnet bildet over resultatene av søket – det vi si hvor mye litteratur vi har funnet om de ulike temaene og hva som kjennetegner denne litteraturen.

Kunnskapsoversikten er organisert etter to overordnede temaer, nemlig forklaringer på svikt og virkemidler for å unngå svikt. I tråd med dette omhandler kapittel tre til fem forklaringer på svikt. Vi har kategorisert litteraturen i forhold til om svikten forstås som resultat av feilaktige beslutninger tatt av individuelle profesjonelle, eller på systemnivå.

I kapittel tre presenterer vi studier som undersøker beslutningsprosesser hos individuelle profesjonelle. Et sentralt poeng i studiene vi diskuterer er da skillet mellom *u*unngåelige og unngåelige feil.

I kapittel fire presenterer vi litteratur som fokuserer på organisasjons- og systemnivå. I utvalgets mandat vektlegges samordningsproblemer mellom tjenester som mulig årsak til svikt. Litteraturen om samordning i tjenesteapparatet omhandler imidlertid i stor grad utfordringer i samarbeid generelt, ikke samordning som årsak til svikt spesielt. Kapitlet drøfter derfor samordningsproblemer i arbeid med sårbare barn.

Kapittel fem viderefører diskusjonen om tverrfaglig samarbeid og samordning ved å presentere eksempler på i hovedsak norske og nordiske prosjekter som er etablert for å bedre samarbeid mellom og samordning av tjenester som kommer i kontakt med voldsutsatte barn. I likhet med det foregående kapitlet, bidrar drøftingen av disse tiltakene til kunnskap om hvordan man kan bedre samordning, men uten at vi automatisk kan dra slutninger om at tiltakene kan bidra til å forhindre svikt.

I den neste delen av kunnskapsgjennomgangen, kapittel seks og sju, fortsetter vi drøftingen av litteratur som direkte omhandler virkemidler for å unngå svikt. I tråd med perspektivene på risiko og risikohåndtering som vi presenterte tidligere i innledningen, forstår vi virkemidler for å unngå svikt som ulike måter å håndtere risiko på. Et sentralt skille i litteraturen er igjen mellom virkemidler som retter seg mot individuelle profesjonelle, og litteratur som har fokus på organisasjons- og systemnivå.

I kapittel seks presenterer vi fire ulike tilnærminger til å håndtere risiko. Når det gjelder virkemidler som er rettet mot individuelle profesjonelle og deres beslutningsfatting, har vi identifisert to hovedretninger: For det første, litteratur om ulike former for statistiske (aktuariske) og strukturerte verktøy som skal bistå profesjonelle i deres beslutninger. For det andre, litteratur som, ofte med et kritisk perspektiv på strukturerte verktøy, argumenterer for at profesjonelles relasjonelle arbeid er et viktig verktøy for å identifisere og redusere risiko for at barn skal bli utsatt for vold.

Når det gjelder virkemidler for å håndtere risiko rettet mot organisasjons- og systemnivå, diskuterer vi også to typer av tilnærminger. Den ene er systemtilnærminger, som innebærer at feil forstås som en *u*unngåelig del av et system, og at forbedringer skjer gjennom å forstå og erkjenne kompleksitet og uforutsigbarhet, for eksempel, arbeid med å beskytte barn. Systemtilnærming presenteres

som et mottiltak mot blant annet skyldkultur, som blir beskrevet som en konsekvens av nyliberale styringssystemer og mediefokus på tragiske barnedødsfall.

I kapittel sju diskuterer vi et virkemiddel for å håndtere risiko for svikt som er av en noe annen karakter. I utvalgets mandat ligger det å utrede om det er hensiktsmessig å opprette en form for «havarikommisjon» for å analysere og lære av saker der barn er utsatt for alvorlig vold og det er mistanke om systemsvikt. I kapitlet diskuterer vi derfor litteratur om ordninger for gjennomgang av barnedødsfall i nordiske og i et utvalg andre, i hovedsak engelskspråklige land og beskriver hovedtyper av slike ordninger. Vi redegjør for hvordan litteraturen har forholdt seg til effekten av slike ordninger når det gjelder, på den ene siden, å redusere risiko for barnedødsfall, og på den andre siden, redusere risiko for systemsvikt.

I kapittel åtte, som er siste kapittel, trekker vi linjene fra de foregående kapitlene i en konkluderende diskusjon. Vi presenterer også, med utgangspunkt i kunnskapsgjennomgangen og utvalgets mandat, kunnskapshull vi vurderer det som relevant for utvalget å gå nærmere inn i som en del av sitt arbeid.

## 2 Metode

De sentrale temaene for kunnskapsgjennomgangen er tjenesteapparatets rolle i saker der barn er utsatt for grov vold, seksuelle overgrep eller alvorlig omsorgssvikt. Overordnet har vi derfor søkt etter litteratur som omhandler *forklaring* på svikt og *virkemidler* som kan hindre svikt. Vi har også søkt spesielt etter litteratur som diskuterer erfaringer med undersøkelseskommisjoner – permanente eller midlertidige – som har som oppdrag å analysere og vurdere om tjenesteapparatets innsats i slike saker.

### 2.1 Søkestrategier og databaser

Vi har benyttet oss av ulike søkestrategier for å identifisere relevant litteratur. Fordi kunnskapsgjennomgangen har hatt flere fokus, har vi gjort ulike søk. Det vil si at vi har funnet fram til en del av de samme bidragene gjennom ulike søk, og på den måten kunne forsikre oss om at vi har inkludert de mest sentrale bidragene. Vi har foretatt søk i norske, svenske, danske og internasjonale databaser, gjort håndsøk i et utvalg tidsskrifter, samt funnet litteratur gjennom kryssreferanser og gjennom kollegaer på fagfeltet. På bakgrunn av prosjektets rammer har det vært nødvendig å gjøre noen valg og avgrensninger.

Da utvalgets mandat er knyttet til svikt på systemnivå og alvorlige saker, ble det gjort noen prøvesøk med begreper som *system of failure* eller *deficiency* og *serious* eller *fatal*, i sammenheng med begrepene *abuse*, *neglect*, *violence* og *child*. En rekke andre begreper og sammenhenger ble også testet. Vi delte først søkene opp to, der det ene rettet seg mot årsaker og det andre rettet seg mot virkemidler. Dette viste seg å gi en rekke duplikater, og vi valgte derfor å sammenføre søkene. De første utprøvingene med ulike søkestrenger viste seg å gi forholdsvis mye «støy» i form av lite relevante treff, eller for mange eller for få treff avhengig av kombinasjonen søkeord. Vi konkluderte derfor med at begreper som *serious*, *system* og *deficiency* framsto som uegnede søkeord.

Videre er det slik at litteraturen som belyser virkemidler, ikke nødvendigvis gjør en avgrensning mellom alvorlige og mindre alvorlige saker. Vi fant det derfor hensiktsmessig å eliminere alvorlighetsgrad som søkebegrep og samtidig snevre inn søkene og rette dem mer direkte mot utvalgets interesser. Dette innebar at vi valgte å bruke begreper som *inter-agency collaboration*, med flere variasjoner, for å dekke feltet som omhandler samarbeid da mandatet peker på manglende eller mangelfull

samordning eller samhandling som mulige årsaker til svikt. Videre ble det søkt med begreper som *risk assessment* og *decision-making* for å dekke feltet om feilvurderinger. For å få fram litteratur som belyser erfaringer med virkemidler og granskningskommisjoner i Skandinavia ble det brukt begreper som *utredning* og *tiltak*. Begreper som *serious case*, *child death* eller *child fatality review* eller *inquiry* ble ikke brukt i de internasjonale søkene her da dette ville gjort treffmengden svært stor. Noe av den sentrale litteraturen om slike granskningskommisjoner fra land utenfor Skandinavia som det er naturlig å sammenligne seg med, var også allerede kommet oss i hende i forbindelse med søkene som ble gjort til oppdragstilbudet. Den internasjonale litteraturen på dette feltet har vi derfor tilegnet oss via andre søkestrategier som presenteres under. Videre viste det seg at databasene fungerer noe forskjellig, hvilket igjen ga noe forskjellige søkebegreper og søkestrenger for de ulike databasene.

Søkene ble gjort i samarbeid med NOVAs forskningsbibliotek og omfatter de internasjonale databasene PsykINFO, SocINDEX og Academic Search Premier, samt ISI Web of Science. Hva gjelder den skandinaviske litteraturen, har vi brukt LIBRIS (svensk), Netpunkt.dk (dansk) og Norart (norsk). Norart ga få treff, og vi valgte derfor også å bruke den norske databasen Oria. Søkene ble foretatt i januar 2016 og ga til sammen 133 relevante treff. Samtlige søk ble avgrenset til utgivelsesårene 2008–2016. Vi har søkt både i fagfelleverderte artikler og i såkalt «grålitteratur», det vil si rapporter og offentlige dokumenter. Slik litteratur kom opp primært i de nordiske databasene. Søkestrengene vi benyttet er gjengitt i appendix 1.

Vi gjennomførte videre håndsøk i tre tidsskrifter som vi anser som aktuelle for litteraturgjennomgangen. Disse er *Child Abuse and Neglect*, *Child Abuse Review* og *Child Maltreatment*. Søkene ble avgrenset til utgivelsesårene 2008–2016, selv om noen artikler ble fulgt lenger bak i tid for å få tak i debattene de var en del av. *Child abuse review* ga 62 treff, *Child abuse & Neglect* ga 29 treff, mens *Child Maltreatment* ga tre treff. Den ulike mengden relevante artikler i de ulike tidsskriftene synes å dreie seg om tidsskriftenes ulike profiler. *Child Maltreatment* synes for eksempel å ha mer fokus på terapeutisk behandling. En rekke treff ble imidlertid identifisert som duplikater. Dette var en indikasjon på at database-søkene hadde fanget opp relevant litteratur.

Vi har dessuten funnet en del litteratur underveis ved hjelp av «snøballmetoden». Referanselistene i publikasjoner vi allerede hadde skaffet oss kunne gi tilgang til nytt materiale. Likeledes kunne nettsøk gi tilgang til flere rapporter enn



de vi kjente til på forhånd. Denne framgangsmåten ga tilgang til 10–20 flere publikasjoner, også rapporter og annen, såkalt «grå» litteratur som ikke hadde dukket opp gjennom tidsskrifter og publiserte artikler. Dette gjaldt særlig beskrivelser og evalueringer av prosjekter knyttet til tverrfaglig og tverretattlig samarbeid.

## 2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier på dette stadiet i prosessen var først og fremst knyttet til tematikken i artikkelen eller rapporten: om den omhandlet barn som er utsatt for grov vold, seksuelle overgrep eller alvorlig omsorgssvikt. I første omgang leste vi overskrifter og deretter abstracts. Den litteraturen som så ble sortert ut som relevant, ble gjennomgått og plassert etter kategorier og underkategorier som en del av den analytiske prosessen med å organisere materialet.

Dertil har vi spurt om artikkelen besvarer et eller flere av følgende spørsmål, og ekskludert artiklene hvis de ikke besvarte noen av spørsmålene:

- Er barna som omtales mellom 0 og 18 år?
- Omtales forklaringer på svikt i tjenesteapparatet der utfallet for barna har vært alvorlig?
- På hvilket nivå og i hvilken fase identifiseres svikten?
- Omtales virkemidler for å forbedre tjenesteapparatets håndtering av vold mot barn?
- På hvilket nivå anbefales virkemidlene?
- Omtales effekter av slike virkemidler?
- Omtales erfaringer med undersøkelseskommissjoner som ser på vold mot barn med dødelig eller alvorlig utfall?

Deretter ble litteraturen igjen gjennomgått og de studiene som utpekte seg som ytterst relevant, ble plassert i et nytt skjema med mer nyanserte kategorier og underkategorier. Videre ble de publikasjonene som var geografisk irrelevante, eller ikke hadde overføringsverdi til norske forhold, ekskludert. Ekskludert ble også omfangsundersøkelser, eller litteratur som omhandlet kvantitative risikofaktorer, samt masteroppgaver. Etter den første sorteringen av relevante artikler, satt vi altså igjen med 118 artikler som vi vurderte som relevante før vi begynte på skriveprosessen.

## 2.3 Kryssreferanser, nettbaserte søk og bruk av fagpersoner

Disse strukturerte søkene utgjorde imidlertid bare en etappe i det arbeidet det har vært å få tak i den relevante litteraturen til dette oppdraget. Flere av artiklene vi fikk tak i gjennom disse første søkene, viste seg, når strukturen i kunnskapsoversikten kom på plass, ikke å være relevante likevel. Samtidig ble det klart for oss at vi gjennom disse søkene heller ikke hadde fått tak i noen av de mest relevante studiene, for eksempel studier vi allerede hadde tilgang til før vi gikk i gang med kunnskapsoversikten. Vi har derfor vært nødt til å bruke en rekke ulike tilleggsstrategier for å nøste oss fram til relevant litteratur. Fordi prosessen har vært så dynamisk, vurderer vi det som lite relevant å gjøre ytterligere rede for antallet studier som har blitt inkludert og ekskludert på ulike tidspunkt i prosessen.

En hovedstrategi for å forsikre oss om at vi har fått tak i de mest sentrale bidragene i litteraturen, har vært å gå gjennom referanselister i særlig relevante bidrag for å forsikre oss om at vi kjenner til sentrale, forutgående bidrag i den faglige diskusjonen som artikkelen inngår i. Vi har også, ved hjelp av tidsskriftenes nettsider, undersøkt hvilke nyere bidrag som har sitert den aktuelle artikkelen, og på den måten sikret at vi har fått tak i den siste utviklingen i diskusjonen. Vi har videre gjort noen søk i Oria og de internasjonale databasene etter litteratur som omhandler undersøkelseskommissjoner som *serious case reviews* og *child fatality reviews*, samt noen søk i Oria med ulike søkekombinasjoner med *samordning*, *samhandling*, *tverretatlig*, *skole*, *barn* osv. Utover dette har vi gjort nettbaserte søk i rapporter, NOUer, dødsfallsutredninger fra Sverige og Finland osv., samt gjort bruk av kollegaer på fagfeltet for å få tak i relevant litteratur. På denne måten blir litteratursøket ikke bare et statisk søk ut fra noen gitte kriterier, men snarere en dynamisk prosess for å få oversikt over et felt og en pågående faglig diskusjon.

## 3 Profesjonelles beslutninger i alvorlige saker

Identifying child abuse and assessing risk are more akin to making up a jigsaw puzzle than to any simple process of observation. Social workers need to gather together the little bits of information known to relatives, neighbours, and professionals. They then have to try to fit the pieces together to arrive at a picture of the family...Social workers do not know in advance what the underlying picture is, they do not know if they have got all the pieces, and they are not sure if a particular piece belongs to this picture...Despite the limited knowledge base, social workers have to make decisions and act. They have to guess at the underlying picture and make judgments about the safety of the children involved (Munro 1996, s.794).

### 3.1 Innledning

Profesjonelle med ulik fag- og erfaringsbakgrunn bemanner systemene som skal prøve å hjelpe i saker der det forekommer alvorlig mishandling, overgrep eller omsorgssvikt/vanskjøtsel. Det er profesjonelle som har den direkte kontakten med barn og familier, og profesjonelle som samarbeider med andre både i og utenfor egen tjeneste om utredninger, vurderinger og eventuelle tiltak. Derfor kan man ikke ignorere spørsmålet om menneskelige feil i menneskebeholdende organisasjoner. Tvert om må man forutsette at det begås feil, og heller diskutere hva som er unngåelige og hva som er *u*unngåelige feil, og hvorvidt og hvordan det er mulig å redusere feilmarginene så mye som mulig. Litteraturen om menneskelig beslutningsatferd når utfallet er usikkert er enorm, og springer ut av en rekke fagfelt. Her vil vi kort oppsummere noen viktige poenger som diskuteres i litteraturen om beslutninger i saker der det er mistanke om overgrep, mishandling eller omsorgssvikt. Mekanismene er allmennmenneskelige, men eksemplifiseringene egner seg for vårt formål. Vi vil derfor starte med å diskutere kort litteratur om vanlige feil i profesjonelle beslutningsprosesser. I den sammenheng vil vi også trekke på litteratur som diskuterer hva som kan gjøres for å bistå profesjonelle i disse vanskelige prosessene.

I en norsk kontekst er det sjelden at en profesjonell tar en beslutning på egen hånd i disse sakene. Man vil være en del av en gruppe ansatte, og forholde seg til en leder, en saksbehandler nummer to, eventuelt en veileder, en kollegagruppe eller en samarbeidsgruppe eller ansvarsgruppe. Det betyr at de mulighetene som er til stede for å begå feil på grunn av mekanismer som er knyttet til menneskelig

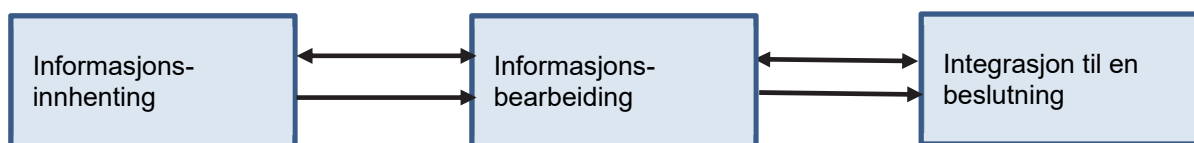
beslutningsatferd, lett kan forsterkes når flere skal ha en mening om samme fenomen, atferden kan korrigeres på grunn av diskusjonene som pågår, eller prosessen kan preges av det som i andre sammenhenger kalles «groupthink» (Janis, 1982). I neste del av kapitlet diskuterer vi derfor beslutningsatferd i gruppe, typisk eksemplifisert med tverrfaglig og tverretatlig samarbeid.

### 3.2 Grunnlaget for en beslutning må være gyldig informasjon

Når profesjonelle skal arbeide med saker om barn som kan være utsatt for alvorlig omsorgssvikt, overgrep eller mishandling, må de typisk ta eller forberede beslutninger under usikkerhet der resultatene kan få svært alvorlige konsekvenser for dem det gjelder. Man vil ikke ha all informasjon når prosessen starter, man vil ikke kunne spesifisere alle mulige alternativer, og man vil ikke kunne spesifisere alle konsekvenser av alle mulige alternativer. Med andre ord er ikke forutsetningene for det som i andre sammenhenger kalles rasjonell beslutningsfatting til stede. Snarere er det gjerne snakk om uoversiktlige situasjoner med store, ofte motstridende informasjonsmengder det er vanskelig å avveie, kanskje om nødvendig informasjon man ikke får tak i. Det kan også være konflikter mellom sentrale aktører i oppfatningen av hva saken dreier seg om og hva som er det beste utfallet. Den eller de profesjonelle som har ansvaret for at det blir tatt en beslutning, må så sørge for å håndtere en informasjonsmengde bestående av både relevant og irrelevant informasjon, gal og riktig informasjon, samt sammenfallende og motstridende informasjon på en slik måte at det forslaget som fremmes om en intervensjon, kan begrunnes innenfor rammen av det lov- og regelverket den enkelte arbeider innenfor. Barnevernstiltak må kunne subsumeres eller passe inn i en bestemmelse i barnevernsloven, en eventuell etterforskning må kunne begrunnes ut fra skjellig grunn til mistanke om overtredelse av straffeloven, psykoterapi må kunne begrunnes med en egnet diagnose, ekstra ressurser i skole og barnehage med grunnskoleloven osv. Dette skaper behov for både vertikal tenkning, i den forstand at man kjenner til lover, regler og framgangsmåte innen egen sektor, og horisontal tenkning, i den forstand at man har tilsvarende kjennskap til relevante lover, regler og framgangsmåter i andre sektorer, og kan tenke horisontalt om hva som skal til for å tilfredsstille krav andre systemer stiller.

Håndtering av informasjon fram mot en beslutning har tre faser: Informasjonsinnhenting, informasjonsbearbeiding og beslutning på grunnlag av den bearbeidingen som har skjedd (Backe-Hansen, 2001; Munro, 1996). Prosessen kan visualiseres generelt på følgende måte (Backe-Hansen, 2001, s. 105):

Figur 3.1. Generell beslutningsmodell



Trinnene i prosessen framstilles atskilt selv om det er bevegelser mellom dem. Samtidig må den generelle modellen konkretiseres slik at hvert trinn gis et innhold som egner seg i forhold til den enkelte saken.

Endepunktet for informasjonsbearbeidingen er med andre ord at man tar en beslutning om den aktuelle saken – om noe skal gjøres eller ikke, og hva som eventuelt skal gjøres – som kan presenteres på en slik måte at konklusjonen kan subsumeres under gjeldende bestemmelser og derigjennom rettferdiggjøre den ønskede handlingen. Dette betyr at informasjonsbearbeiding innebærer å konstruere en troverdig historie i forhold til de juridiske og prosedyremessige rammene for organisasjonen man er en del av. En ansatt i PPT må for eksempel kunne rettferdiggjøre at hennes observasjoner av et barn tegner et samlet bilde som rettferdiggjør ekstra ressurser i medhold av Grunnskoleloven, hvis dette er målsettingen. En politijurist må kunne rettferdiggjøre at informasjonen i en sak tilsier at bevisene er sterke nok til at det er en viss sannsynlighet for at saken vil føre fram, før tiltale tas ut. En ansatt i barnevernet må kunne rettferdiggjøre at et barns omsorgssituasjon er av en slik art at hans eller hennes helse og utvikling er utsatt for fare, for å få gjennom et vedtak i Fylkesnemnda. Det er dermed snakk om å «oversette» informasjon om et barns situasjon med all den variasjonen som er i det levende livet, til argumenter som gir mening innenfor juridiske beslutningssystemer. Og når beslutningssystemene stiller ulike krav, må også oversettelsene gjennomføres på ulike måter.

Dette innebærer at en argumentasjon som er gyldig innenfor en sektor ikke nødvendigvis er like gyldig innenfor en annen. Om for eksempel bevisene i en straffesak om seksuelt misbruk ikke er holdbare, kan barneverntjenesten likevel velge å foreslå omsorgsovertakelse for et barn med samme begrunnelse, fordi beviskravene da ikke er like strenge. Om barneverntjenesten vurderer at et barn er psykisk syk og trenger behandling, kan psykisk helsevern for barn og unge likevel vurdere at barnets symptomer ikke er alvorlige nok til at det er riktig å tilby behandling, eller at barnet ikke kan prioriteres på bekostning av andre barn selv om det for så vidt er riktig at barnet trenger behandling.

Når beslutningsprosessen i saker som handler om mishandling, overgrep og omsorgssvikt ses som informasjonshåndtering i tre trinn, er det også viktig å

analysere nærmere hvilke faktorer som påvirker utfallet på hvert trinn. I resten av dette kapitlet diskuterer vi vanlige resonneringsfeil som vil prege prosessen hos profesjonelle, både individuelt og i gruppe.

### 3.3 Vanlige resonneringsfeil i profesjonelt arbeid med utsatte barn

Denne delen av kapitlet bygger i all hovedsak på Munros to artikler (1996; 1999) om feil som lett begås når det hun undersøker, nemlig profesjonelle i sosialsektoren, skal ta beslutninger om barn som kan være utsatt for omsorgssvikt, mishandling og overgrep. Munro analyserte samtlige rapporter fra undersøkelser (*inquiries*) etter barnedødsfall i England i perioden 1973–1994, i alt 45 stykker, og fant at veldig mye av den samme kritikken gikk igjen fra sak til sak. Det må også understrekes at sosialarbeidernes innsats *ikke* ble kritisert i vel halvparten av undersøkelsene.

I de to artiklene diskuterer hun unngåelige og *u*unngåelige feil som kan begås i barnevernets arbeid (Munro, 1996), og mer generelt vanlige resonneringsfeil (Munro, 1999). Hun bygger på generell litteratur om menneskelig beslutningsatferd under usikkerhet, og beskriver mange av de samme mekanismene som man finner i særlig psykologisk litteratur på feltet. Tanken var at hvis man kan forstå hvilke feil som stadig oppstår og hvorfor, er det kanskje en mulighet for å lage retningslinjer for å forbedre praksis (Munro, 1999, s. 3).

#### 3.3.1 FEIL SOM SKYLDES SVIKT I HÅNTERINGEN AV INFORMASJON

Den mest slående kritikken Munro (1999) fant, og som gikk igjen i mange av de aktuelle sakene, var at *profesjonelle bruker lang tid på å revidere sine oppfatninger*. Dermed fikk førsteinntrykket av familien svært stor betydning. Var dette førsteinntrykket riktig, kunne saksforløpet også bli godt. Men var førsteinntrykket feil, oppsto det problemer fordi de profesjonelle overså informasjon som kunne ført til en annen vurdering. Det som i neste omgang kunne få de profesjonelle til å skifte mening var at barnet ble skadet, men bare hvis skaden var alvorlig. Mer generelt fant man også at i sakene der de profesjonelle ble kritisert hadde ny informasjon fra privatpersoner ikke blitt tatt alvorlig, mens ny informasjon generelt ble tatt atskillig mer alvorlig hvis den kom fra leger eller politi.

Hvis en sak som involverer mishandling, overgrep eller omsorgssvikt først er kjent for hjelpeapparatet, vil det over tid foreligge mye informasjon. Man har også en tendens til å samle inn stadig mer informasjon når det er vanskelig å ta en beslutning. Dermed ender man ut med problemer med å strukturere og håndtere all informasjonen på grunn av det som kan kalles «*information overload*». Dette gjør det også mer sannsynlig at man griper fatt i en liten del av informasjonen,

gjærne førsteinntrykket, og ikke forholder seg til resten med mindre ny informasjon bekrefter det man allerede vet og tenker.

Munro (1999) skiller mellom informasjon som er *teknisk og psykologisk* tilgjengelig. En årsak til at man ikke bruker all informasjonen som finnes, kan være juridiske skranker, for eksempel knyttet til taushetsplikt eller til manglende samtykke der dette kreves. Det samme skjer hvis informasjon ikke deles selv om det hadde vært lov. Viktigere er imidlertid at beslutninger baseres på for snever informasjon, fordi den profesjonelle lar være å bruke viktig informasjon som faktisk er tilgjengelig. Det som imidlertid gikk igjen, var, som nevnt, tiltroen til førsteinntrykket av familien. Når dette ble kritisert, var det ikke nødvendigvis på grunn av at førsteinntrykket var feil, men fordi den profesjonelle ikke hadde endret sin vurdering på tross av ny informasjon som burde hatt betydning.

Interessant var det det også at *skriftlig informasjon så ut til å ha mindre betydning enn muntlig informasjon*. Informasjon som formidles i direkte kommunikasjon med andre virker sterkere enn det man leser i en rapport, gjerne også hvis det som er skrevet, er i direkte motstrid til det som blir sagt.

### 3.3.2 BEVIS SOM IKKE ER TIL Å STOLE PÅ

Situasjoner der det er mistanke om omsorgssvikt, mishandling og overgrep, medfører betydelig rom for *feil, uærlighet og forsøk på å skjule hva som foregår*. Derfor trengs også en kritisk holdning til det som formidles. Munros (1999) analyser viste at de profesjonelle nok kunne være skeptiske hvis ny informasjon var i konflikt med den oppfatningen de allerede hadde, men ikke hvis den stemte overens med den. Det gjaldt også når de profesjonelle snakket med barna i sakene. I den grad informasjonsinnhenting skjer gjennom muntlig kontakt, risikerer man også å bli feilinformert og foreta feilvurderinger fordi informasjonsgrunlaget er feil. Som profesjonell er man vant til å møte mange versjoner av en virkelighet, og man vil forvente at en person prøver å framstille sin eller barnas situasjon på en mest mulig positiv måte. Poenget her, var at de profesjonelles kritiske sans bare ble aktivert når ny informasjon var i motstrid til vedkommendes allerede etablerte oppfatning.

### 3.3.3 KOMMUNIKASJONSFEIL

Den siste typen feil Munro (1999) fant, var *kommunikasjonsfeil*. Når informasjon formidles mellom personer i en slags kjede, risikerer man at den endres underveis, noe som i verste fall kan få fatale følger. Munro viser til et eksempel hvor informasjonen var at en helsesøster hadde besøkt hjemmet til et barn som døde av sult, og at inntrykket var at helsesøster hadde sett barnet og at det hadde det bra.

Det viste seg at vedkommende hadde vært på hjembesøk, men bare truffet søsknene til barnet som senere døde. Ellers kan man lett tenke seg at det går an å høre feil, å referere feil, eller uttrykker seg på måter som kan misforstås.

#### 3.3.4 UNNGÅELIGE OG UUNNGÅELIGE FEIL

En ikke-fordømmende holdning om at feil er en uunngåelig side ved praksis, kan gjøre det lettere for folk å påpeke feil de oppdager. Men som Munro (1996) påpeker, er det viktig å ha en klar forståelse av hvilke feil som kan og hvilke som *ikke* kan unngås. Hvilke feil skyldes for eksempel begrenset kunnskap, og hvilke skyldes utilstrekkelige undersøkelser og uklar tenkning? Munros poeng er at feil som skyldes begrenset kunnskap er unngåelige, mens feil som oppstår på grunn av iboende kjennetegn ved intuitiv tenkning, kan reduseres hvis profesjonelle inntar en mer kritisk holdning til sine egne vurderinger.

Det er ikke mulig å finne ut om mishandling, overgrep eller omsorgssvikt har forekommet på grunnlag av begrenset informasjon. Det kan være mange årsaker til observasjonene som vekker bekymring, og informasjonen man innhenter, pusles sammen fra mange kilder. Usikkerheten er nødvendigvis stor, også fordi man som profesjonell kan være engstelig for å konkludere at mishandling har skjedd og gripe inn når det ikke er grunnlag for det. Men selv om grunnlaget er usikkert, må man av og til handle, og da vil førsteinntrykket få stor betydning. Nettopp dette førsteinntrykket bør vurderes som tentativt og åpent for revisjon, men det er det som altså ofte ikke skjer. For eksempel kunne det å sjekke hvor korrekt informasjonen man først fikk er, reise berettiget tvil. For det andre kan videre undersøkelser skaffe sentrale, nye biter til puslespillet. For det tredje vil refleksjon over hvordan bitene i puslespillet passer sammen, gi mulighet for å revidere den oppfatningen man har. Følgelig er feilvurderinger en uunngåelig del av praksis, og det å akseptere dette er en sentral del av god praksis. Det kan virke som om det er en motsetning mellom å bygge på for lite informasjon, og det at man har en tendens til å samle inn stadig mer informasjon som man så ikke greier å forholde seg til. Poenget her må være å ha et reflektert og kritisk forhold til hva slags informasjon det dreier seg om, slik at informasjonen blir en god beslutningsstøtte i stedet for å øke opplevelsen av handlingslammelse.

### 3.4 Når beslutninger skal tas i samarbeid mellom flere

Dessverre er det ikke automatisk slik at det at flere skal ta en beslutning fører til bedre utfall for barn og familier. Et kjent fenomen er, som nevnt innledningsvis i dette kapitlet, såkalt «groupthink», der ønsket om harmoni i en gruppe kan føre



til at konflikt minimeres, og gruppen søker å nå en beslutning basert på konsensus uten at alternativene vurderes kritisk, ved å undertrykke uenighet aktivt, eller ved å isolere seg fra innflytelse utenfra. Et par viktige årsaker til fenomenet er, ifølge Janis (1978), hvis gruppen skal ta en svært vanskelig beslutning og/eller opplever et moralsk dilemma. Ettersom tverrfaglig og tverretatlig samarbeid typisk skjer i gruppe, utdyper vi problematikken nærmere i neste kapittel, der slikt samarbeid er temaet. Men det er viktig å ha i mente at det er profesjonelle med sine måter å resonnerer på som skal samarbeide, og at alle mulighetene for feilvurdering for den enkeltes del i prinsippet både kan motvirkes og forsterkes ved at flere skal være sammen om å ta en beslutning. Hva som skjer i den enkelte saken avhenger blant annet av i hvor stor eller liten grad gruppen har rom for kritisk tenkning. I tillegg kommer selvsagt vanlige, gruppepsykologiske mekanismer som formelt og uformelt lederskap, allianser på tvers av gruppen eller dårlig kontakt mellom noen av gruppemedlemmene, egne agendaer hos noen av gruppemedlemmene, hva slags handlingsrom gruppen egentlig har, faglige preferanser og ståsteder som kan variere mellom gruppemedlemmene, hva slags kunnskap den enkelte har til problematikken, om det er grunnleggende uenighet mellom noen av medlemmene om berettigelsen av å gripe inn i sin alminnelighet, osv.

### 3.5 Beslutningsproblemer i en kultur preget av frykt og tildeling av skyld

Hvis det er slik at arbeid med å avklare og avhjelpe mishandling, omsorgssvikt og overgrep blant barn foregår i det som etter hvert kalles en frykttkultur, som britiske forfattere særlig er talspersoner for, blir det selvfølgelig spørsmål om hvordan dette innvirker på den enkelte profesjonelle eller grupper av profesjonelle som skal arbeide sammen.

Turnell, Munro og Murphy (2013, s. 211) viser blant annet til den angsten og fortvilelsen som vil spre seg på et arbeidssted hvis et barn dør. Da er det helt nødvendig at organisasjonen kan håndtere dette for å hjelpe de profesjonelle til å fokusere på å hjelpe barn, ikke til føle at det viktigste er å sørge for å ha ryggen fri hvis det kommer kritikk. Lachman og Bernard (2006) er, som flere andre, opptatt av at når skyld individualiseres og samfunnet leter etter syndebukker, blir profesjonelle gjerne defensive. På sin side diskuterer Ruch, Lees og Pritchard (2014) fenomenet syndebukker, og mener at profesjonelle som arbeider med barnevern lett kan plasseres i den posisjonen. Dette skyldes ikke minst at arbeidet med barn som utsettes for mishandling, omsorgssvikt og overgrep i stor grad preges av engstelse og usikkerhet, og skjer i en organisatorisk kontekst som kjennetegnes

av hyppige omorganiseringer og press på ressurser og antall ansatte. Disse prosessene kan initieres både utenfra og innenfra en organisasjon, avhengig av hvem som har en slags interesse i at andre blir syndebukker.

Spørsmålet er hva slike prosesser gjør med de profesjonelles beslutningsprosesser. Det er svært rimelig å tenke seg at man blir ekstra defensiv og ekstra redd for å gjøre feil, som blant andre Turnell, Munro og Murphy (2013) påpeker. Dermed blir man også enda mindre mottakelig for kritikk, og enda mindre åpen for å tvile, noe som på den andre siden er en forutsetning for å motvirke tendensen til unngåelige feil i en beslutningsprosess. Man kan også se for seg manglende selvstendighet i arbeidet, i den forstand at mye energi vil gå med til å forsikre seg om at andre i organisasjonen er enig i det man gjør. Videre kan man se for seg manglende lojalitet innad i organisasjonen, på den måten at man blir mer engstelig for å støtte andre så snart det er en liten risiko for at noe kan gå galt. Alt i alt vil en kultur som fremmer angst, skyldtildeling og jakt på syndebukker, lett få som konsekvens at profesjonelle i enda mindre grad greier å gjøre godt arbeid.

### 3.6 Oppsummering

I dette kapitlet har vi diskutert profesjonell beslutningsfatting individuelt og i gruppe. Utgangspunktet er at beslutningsprosessen i saker der det er mistanke om overgrep, omsorgssvikt eller mishandling bør forstås som resultat av informasjonshåndtering, der informasjon samles inn, bearbeides og syntetiseres til en beslutning eller et standpunkt. Følgelig har vi også fokusert på hvordan informasjonshåndteringen kan føre til feil beslutninger, og knyttet dette til intuitiv tenkning der særlig førsteinntrykket har stor betydning: Det kan bli for vanskelig å skifte mening, man har en tendens til å overse ny informasjon som kan føre til en annen oppfatning, og man risikerer feil fordi man stoler mer på muntlig enn skriftlig formidling. Dette er allmennmenneskelige mekanismer, som bare kan reduseres hvis man på ulike måter har rom for kritisk tenkning og refleksjon. Med andre ord er tvil, ikke skråsikkerhet, svaret i disse sakene. Dessuten tas beslutninger som oftest i samarbeid med noen, gjerne i gruppe, og poenget er da å unngå at dette fører til at feil som lett oppstår hos den enkelte, forverres fordi man er flere.

De neste to kapitlene er viet tverrfaglig og tverretatlig samarbeid, og her diskuterer vi mer i detalj positive og negative erfaringer med slikt samarbeid, samt barrierer for godt samarbeid og hvordan disse kan overkommes.

## 4 Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid – årsaker til svikt og virkemidler for forbedring

Gjenstridige problemer («wicked problems») krever et nivå av samordning som tradisjonelle byråkratier ikke har. De utfordrer offentlig sektor fordi de ikke kan løses innenfor de originale sektorene som alle velferdsstater er organisert etter. Vi har i dag en vertikal tradisjon som krever horisontal handling, og det innebærer blant annet uenighet om kunnskap, problemløsningsteknikker og metoder. (Fimreite, Lango, Læg Reid & Rykkja, 2014, sitert i Difi, 2014, s. 7)

Equally, the study revealed a new and ‘hybrid’ professional who has personal experience and knowledge of other agencies, including, importantly, these services’ cultures, structures, discourse and priorities. This understanding would seem to be a vital sine qua non for successful interagency collaboration. (Atkinson, Doherty & Kinder, 2005).

Although interprofessional practice is one of the ingredients of positive outcomes, it is not alone. The interprofessional team is one of a constellation of characteristics that includes service founding modalities, professional compensation, information systems and type of governance. (San Martin-Rodríguez, Beaulieu, D’Amour & Ferrada-Videla, 2005).

### SENTRALE ARTIKLER

Atkinson, M., mfl. (2005). "Multi-agency working: models, challenges and key factors for success." *Journal of Early Childhood Research* 3(1): 7-17.

Atkinson, M., mfl. (2007). "Multi-agency working and its implications for practice." *Reading: CfBT Education Trust*.

Brandon, M., mfl. (2012). *New learning from serious case reviews*. Department for Education. London.

Difi (2014). *Mot alle odds? Veier til samordning i norsk forvaltning*. Oslo: Direktoratet for forvaltning og IKT, Difi-rapport nr. 2014:07.

Head, B. & Alford, J. (2015). «Wicked problems: Implications for public policy and management. *Administration & Society* 47: 711–739.

Kuijvenhoven, T. & W. J. Kortleven (2010). "Inquiries into Fatal Child Abuse in the Netherlands: A Source of Improvement?" *British Journal of Social Work* 40(4): 1152–1173.

San Martín-Rodríguez, L., mfl. (2005). "The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies." *Journal of Interprofessional Care* 19: 132–147 116p.

Rawlings, A., P. Paliokosta, D, Maysey, J. Johnson, J. Capstick & R. Jones (2014). *A study to investigate how to overcome the barriers to learning from Serious Case Reviews and identify ways of overcoming these barriers. Research report.* London: Department of Education, July 2014.

## 4.1 Innledning

Av utvalgets mandat framgår at manglende eller mangelfull samhandling og samordning kan være en årsak til svikt i det offentlige tjenesteapparatet i saker der barn er utsatt for vold, overgrep eller omsorgssvikt med alvorlig utfall. Både nasjonalt (f.eks. BLD, 2014 (Regjeringens strategi for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom); NOU 2009:22 (Flatøutvalget)) og internasjonalt (Atkinson mfl., 2007; Horwath & Morrison, 2011) har statlige myndigheter erkjent at samarbeid og samordning er essensielt dersom sårbare barn og familier skal få rett hjelp til rett tid. I Norge gjennomførte Helsetilsynet og landets fylkesmenn for noen år siden et tilsyn med samarbeidet på kommunalt nivå om tiltak for barn og unge. Man avdekket her mer eller mindre alvorlig svikt i samarbeidet i 90 av 114 kommuner (Helsetilsynet, 2009).

Det finnes samtidig en meget omfattende litteratur, både nasjonalt og internasjonalt, om alle utfordringene ved å få til et vellykket samarbeid på tvers av profesjons- og etatsgrenser, hvor man finner igjen mange av de samme felles-trekkene uavhengig av land eller måter å organisere hjelpetjenestene på. Vi har derfor valgt å vie to kapitler i kunnskapsoversikten til dette temaet. I dette første av to kapitler, diskuterer vi årsaker til svikt eller samarbeidsproblemer og ulike virkemidler til forbedring, mens vi i neste kapittel presenterer noen utvalgte prosjekter der samarbeidsproblematikken adresseres på ulike måter. I dette kapitlet gir vi også innledningsvis en nærmere beskrivelse av den norske konteksten, eksemplifisert med en analyse av barnevernsstatistikken.

I neste del av kapitlet oppsummerer vi den norske konteksten, der det såkalte sektorprinsippet har stor betydning, og gir en begrepsmessig forståelse av hva tverrfaglig og tverretatlig samarbeid kan være ut fra dette. Litteraturen opererer med en rekke ulike begreper for disse fenomenene, der valg av definisjon ikke behøver å bety så mye, men også kan innebære substansielle forskjeller. Hensikten er å gi et bakteppe for vurdering av litteraturen. Samtidig har vi valgt å bruke litteratur med ulike definisjoner, ettersom dette best speiler det som skjer i praksis.

Deretter diskuterer vi studier som på ulike måter viser mulige årsaker til svikt på grunn av utformingen av samarbeidet, for så å presentere noen lovende strategier for å bedre samarbeidet. Heller ikke her synes litteraturen å skille mellom alvorlige eller fatale utfall og mindre alvorlige situasjoner. Snarere omtales samarbeid og samordning mer generelt, med unntak av litteraturen som tar for seg evalueringer av samarbeidet i Serious Case Reviews eller liknende ordninger. Disse beskrives nærmere i kapittel 7.

## 4.2 Den norske samordningskonteksten

### 4.2.1 SEKTORPRINSIPPET, VERTIKAL OG HORISONTAL SAMORDNING

Sektorprinsippet står sterkt i Norge, fra sentralforvaltningen til organisering på kommunalt nivå. I en ganske ny rapport om samordning i statlig forvaltning (DIFI, 2014), påpekes det at:

Forvaltningen er grunnleggende organisert med sterke sektordepartementer og forvaltningen fremstår som oppsplittet. Flere faglig uavhengige organer som er skjermet fra politisk instruksjon, kan også bidra til å svekke mulighetene for samordning (Difi, 2014, s. 2).

Som denne rapporten også påpeker, forutsetter enhver organisering en viss arbeidsdeling, som igjen legger grunnlaget for faglig utvikling og spesialisering. Samtidig vil alltid arbeidsdeling medføre et behov for samordning av de spesialiserte oppgaveløsningene, slik at de kan fungere effektivt i arbeidet med å nå et felles mål. Dermed blir det et dialektisk forhold mellom arbeidsdeling og samordning, der avveiningen mellom de to dimensjonene spesialisering og samordning vil variere over tid, mellom instanser, og avhengig av hva som skal samordnes og på hvilket nivå. Samordning blir dermed et evigvarende problem, dog med ulike utforminger i tid og sted. Det kan tilføyes at denne spenningen ikke er spesiell for den norske konteksten. Tvert imot påpekes problematikken generelt i litteraturen om utvikling i offentlig sektor fra 1970- og 1980-tallet (Head og Alford, 2015).

Difi-rapporten bemerker med innføringen av mål- og resultatstyring i norsk forvaltning på 1970- og 1980-tallet, ble hovedfokus å forbedre mål- og resultatstyring *innen* det enkelte forvaltningsorganet. Dette førte til at man i reformer ble opptatt av de *vertikale* linjene innen hver enkelt virksomhet. Til dels som en reaksjon på dette, ser man nå et langt sterkere fokus på det tverrgående, *horisontale* perspektivet, noe som også har vært målet med en rekke, nyere reformer i norsk

forvaltning (Difi, 2014, s. 6). Riksrevisjonen har også kritisert mangelen på samordning, og understreker nettopp at

... et hvert departement og hver etat konsentrerer sine ressurser om egne ansvarsområder og kjerneoppgaver. Det skaper risiko for at kompetanse og innsats på områder i grenseland mellom sektorer og områder blir nedprioritert, og at måloppnåelse på disse områdene blir svekket. (Riksrevisjonen, 2013, sitert i Difi, 2014, s. 6–7).

Det er forståelig at hver sektor vil fokusere på sitt ansvarsområde. Men Difis rapport minner oss om at problemer som går på tvers av administrative inndelinger, kan utvikle seg til såkalte «wicked problems» (Rittel & Webber, 1973), eller det Difi (2014, s. 7–8) velger å kalle *gjenstridige problemer*. Sentrale kjennetegn ved slike problemer er at de involverer flere sektorer, samtidig som det er vanskelig å dele dem opp i avgrensede ansvarsområder. De enkelte sektorene vil ha ulik problemforståelse, blant annet på grunn av ulike typer virkemidler, og årsaksforholdene vil være uklare og til dels ukjente. Det får for eksempel betydning om et bestemt problem primært ses som et skoleproblem, et arbeidslivsproblem, et integreringsproblem, et helseproblem eller et barnevernsproblem. Et sentralt poeng i Difis rapport er at omorganisering ikke gir noen løsning på denne typen problemer, de framtrer bare på nye måter. Et annet, viktig poeng er at de ulike aktørene i et sektorisert system primært vil se sin del av problemet. Det er dessuten forskjell på insentivene til å gjøre noe med problemene, avhengig av hva slags krav hver enkelt sektor må forhold seg til når det gjelder resultatstyring, og de ulike aktørene sitter dessuten med ulike virkemidler.

Saker som gjelder alvorlig vold og overgrep mot barn og unge, er typiske eksempler på gjenstridige eller «wicked» problems. De vanligste sektorene som kan være involvert, er barneverntjenesten, barnehage/skole, psykisk og somatisk helsetjeneste og politiet – det vil si instanser med tilhørighet til fire sektorer, med ytterligere inndeling mellom forvaltningsnivåer og innen samme sektor når det gjelder ulike tiltak som kan iverksettes. Det sier seg selv at en slik struktur vil inneholde nærmest ubegrensede muligheter for samordningsproblemer. Vi velger å ta utgangspunkt i at samordning i disse sakene er et horisontalt problem som i for stor grad fortsatt forsøkes håndtert vertikalt, og at dette er en sentral strukturell årsak til systemsvikt. I tillegg kommer en rekke forhold knyttet til personer og systemer som interagerer.

#### 4.2.2 SAMORDNING OG SAMARBEID – EN BEGREPSAVKLARING

Difi (2014, s. 14) definerer samordning på følgende måte:

Med samordning sikter vi her til en prosess der selve kjernen er at ulike mål, verdier, aktiviteter, ressurser eller andre premisser blir sett i sammenheng, prioritert, avveid og tilpasset til hverandre.

Videre presiseres det at samordningsprosesser også vil omfatte to andre ledd. For å legge til rette for nødvendige avveininger gjør man bruk av ulike *mekanismer og virkemidler*. I etterkant får prosessen et *utfall* i form av mer eller mindre samordnet forvaltningspraksis på operativt nivå, blant annet samordnet myndighetsutøvelse og tjenesteyting. Denne avgrensningen tar imidlertid ikke stilling til om avgrensningen skjer vertikalt, horisontalt eller både vertikalt og horisontalt.

Et viktig tilleggsbegrep er *styring*, som tar utgangspunkt i et hierarkisk forhold mellom overordnet og underordnet instans. Styring blir mer nødvendig jo mer kompliserte prosessene er, for eksempel hvis mange instanser skal samordne innsatsen sin på tvers. Styring innebærer da at beslutninger tas på overordnet nivå, eventuelt på flere, overordnede nivå hvis det er snakk om horisontal organisering uten en klart overordnet sektor. I mange tilfeller forutsetter følgelig samordning en formelt overordnet instans (Difi 2014, s. 15). Derimot tilsier *samarbeid*, som er det andre, viktige tilleggsbegrepet, samhandling mellom formelt sideordnede aktører uten at dette nødvendigvis er pålagt av overordnet instans. Både samordning og samarbeid forutsetter imidlertid at man kommer fram til en avveining av interesser og hensyn (Difi 2014, s. 15).

Underveis i kapitlet vil vi bruke flere begreper enn disse, avhengig av definisjonene i litteraturen som er valgt ut. Samtidig er vår vurdering at Difis begrepsapparat er nyttig for våre analyser, ettersom kunnskapsoversikten skal benyttes til å se nærmere på norske ordninger.

I neste del av kapitlet oppsummerer vi kort resultater fra litteraturen vi har valgt ut om barrierer for et funksjonelt tverrfaglig og tverretatlig samarbeid. Disse er stort sett kjent, og refereres blant annet i Regjeringens strategi for perioden 2014–2017 mot vold og overgrep mot barn (BLD, 2013, s. 126-127). Her henvises igjen til NOU 2009:22 (Flatøutvalget), som spesifikt tar opp spørsmålet om bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge. Her ble i alt 15 konkrete forslag lagt fram, som blant annet omfattet tiltak for å motvirke at taushetsplikten blir til hinder for samarbeid, å bidra til at flere utsatte barn og unge oppdages og å styrke samarbeidet mellom barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge. Som vi vil se, er det mange fellestrekk på tvers av de landene vi har hentet litteratur fra.

### 4.3 Barrierer for funksjonelt samarbeid som årsaker til systemsvikt

Her har vi valgt å trekke på litteratur fra fire kilder: En britisk litteraturgjennomgang (Atkinson mfl., 2007), en britisk evalueringsstudie (Atkinson, mfl., 2005), en nederlandsk studie av dødsfallsutredninger (Kuijvenhoven & Kortleven, 2010) og de samlede analysene av dødsfallutredninger (Brandon mfl., 2012). Med andre ord bruker vi to kilder som omtaler barrierene mer generelt, og to som fokuserer spesielt på barnedødsfall. Alle kildene er valgt ut fordi de oppsummerer det som egentlig er generell kunnskap på en oversiktlig måte.

#### 4.3.1 LITTERATURGJENNOMGANGEN – ATKINSON MFL. (2007)

Litteraturgjennomgangen starter med en mer overordnet analyse, der man blant annet påpeker at modeller for samarbeid på tvers av sektorer og etater pleier å fokusere på ett av to aspekter: enten *omfanget* av samarbeidet eller hvordan det er *strukturert*. Når Atkinson og medarbeidere studerte begge typer nærmere, fant de tre sentrale dimensjoner ved samarbeidet. Det var organisering, felles investeringer og integrasjon, som igjen førte til at de formulerte fire spørsmål som kan være nyttige å stille til litteraturen (Atkinson mfl., 2007, s. 2). Disse spørsmålene vil vi ta med oss i diskusjonen av de utvalgte prosjektene i neste kapittel.

- Er det organisatoriske strukturer på plass som kan støtte samarbeidet?
- I hvor stor grad arbeider tjenester og/eller profesjonelle mot en delt visjon eller felles mål?
- I hvor stor grad er tjenestene koordinert?
- I hvor stor grad er tjenestenes fokus rettet mot tjenestemottakeren?

Atkinson og medarbeidere gjennomførte litteratursøk i de vanlige databasene, og gjennomgikk i tillegg rapporter og litteratur de fikk tak i ved hjelp av «snøballmetoden». I utgangspunktet fant de i alt 1 385 kilder, som ble redusert til 89 etter en første gjennomgang. Kildene refererte igjen til i alt 29 studier, som så ble inkludert i den endelige gjennomgangen (Atkinson mfl., 2007, s. 89).

Gjennomgangen endte i en liste over en rekke utfordringer for tverretatlig og tverrsektorielt samarbeid, fordelt på i alt tolv temaer og tre hovedområder: *samarbeidsrelasjoner, prosesser mellom tjenester og ressurser til tverretatlig og tverrsektorielt samarbeid* (Atkinson mfl., 2007, s. 44-45). Nedenfor gjengir vi resultatene i sin helhet (tabell 4.1–4.3, vår oversettelse).



Tabell 4.1: Samarbeidsrelasjoner

<b>Samarbeids- relasjoner</b>	Rolleavklaringer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Statusspørsmål og maktkamper</li> <li>- Profesjonelle hierarkier</li> <li>- Ulik representasjon fra instansene</li> <li>- Utvisking av profesjongrensene</li> <li>- Tvetydighet i roller</li> <li>- Omfordeling av spesialiserte ferdigheter</li> </ul>
	Forpliktelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mangel på forpliktelse</li> <li>- Feil nivå mht. representasjon (og -beslutningsmyndighet)</li> <li>- Konkurrerende prioriteringer</li> </ul>
	Tillit og gjensidig respekt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mangel på tillit mellom individer og tjenester</li> </ul>
	Forståelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stereotyp tenkning</li> <li>- Manglende kjennskap til andre tjenester</li> <li>- At man ikke anerkjenner andres bidrag</li> <li>- Forskjellige profesjonelle modeller og premisser</li> <li>- Konflikt mellom ulike profesjonelle og tjenestebaserte kulturer</li> </ul>

Spørsmålet om samarbeidsrelasjoner relaterer seg direkte til det andre spørsmålet over, det vil si i hvor stor grad tjenester og etater arbeider mot en felles visjon eller et felles mål. Dessuten relaterer det seg til det tredje spørsmålet, som gjaldt koordinering. Atkinson og medarbeidere påpeker at konflikter knyttet til den enkeltes rolle var det som hyppigst ble nevnt i den litteraturen de gjennomgikk, og særlig når dette var knyttet til spørsmål om den enkeltes status.

Tabell 4.2: Prosesser på tvers

<b>Samarbeids- prosesser</b>	Kommunikasjon	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mangel på klare kommunikasjonskanaler</li> <li>- Dårlig kommunikasjon mellom tjenester</li> </ul>
	En klar hensikt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mangel på en klar rasjonale for samarbeidet</li> <li>- Uenighet om målsettinger</li> </ul>
	Planlegging og konsultasjon	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mangel på konsultasjon med sentrale aktører</li> </ul>
	Organisatoriske forhold	<ul style="list-style-type: none"> <li>- At man ikke forholder seg til tidsaspektet ved samarbeidet</li> <li>- Konkurrerende policy og prosedyrer</li> <li>- Komplekse og tidkrevende forhandlinger</li> <li>- Omorganiseringer</li> <li>- Ulike målgrupper og insentiver</li> </ul>
	Informasjonsutveksling	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taushetspliktproblematikk</li> <li>- Ulik policy og prosedyrer rundt deling av informasjon</li> <li>- Juridiske, etiske og praktiske hindringer</li> </ul>

Dette nivået kan også relateres til det andre og tredje spørsmålet over. Man fant for eksempel at kommunikasjonsvansker var et generelt problem, og ble omtalt i

halvparten av studiene Atkinson og medarbeidere gjennomgikk. Videre blir det en barriere hvis organisatoriske forhold ikke er godt nok ordnet eller implementert, for eksempel hva angår tid til å avklare uenighet. Det oppstår lett problemer på grunn av motstridende policy eller prosedyrer blant medlemmene av et team som skal samarbeide. Det å forhandle om protokoller og praktiske ting med hver enkelt deltaker er også komplisert og tidkrevende. Her kan man se for seg at problemene nærmest øker eksponentielt hvis mange personer og instanser skal samarbeide. Det krever fleksibilitet at en gruppe med fagfolk fra mange ulike instanser må forholde seg til høyrisikosaker som kanskje blir kjent helt plutselig og må behandles akutt, slik at man ikke kan satse på faste, forutsigbare avtaler. Utfordringene knyttet til informasjonsutveksling er også velkjent.

Tabell 4.3: Ressursbehov til tverrfaglig og tverretattlig samarbeid

<b>Ressurser til arbeidet</b>	Finansiering	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konflikter om finansiering mellom etater</li> <li>- Utilstrekkelig finansiering</li> <li>- Tidsbegrenset finansiering</li> <li>- Behov for å holde orden på ulike finansieringskilder</li> <li>- Mangel på felles budsjetter</li> </ul>
	Personale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Turnover og problemer med rekruttering</li> <li>- Mangel på kvalifisert personale</li> <li>- Ulike lønnsbetingelser</li> <li>- Ulike betingelser for å yte service</li> </ul>
	Tid	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mangel på tid som kan brukes på samarbeidet</li> <li>- Mangel på tid til å utvikle og opprettholde positive relasjoner med samarbeidspartnerne</li> </ul>

Dette nivået relaterer seg direkte til det første spørsmålet over, om det er organisatoriske strukturer på plass som kan støtte samarbeidet. For eksempel framgår det at finansiering er spesielt viktig tidlig i utviklingen av tverrsektorielle og tverretattlige initiativer. Problemer knyttet til tidsbegrensninger og usikkerhet når det gjelder finansiering ble også påpekt. Det samme gjaldt ulikheter i finansiering mellom etatene, og eventuelle ulikheter i lønns- og arbeidsvilkår.

Atkinson og medarbeiderne gjør ikke noe forsøk på å vekke disse områdene eller se dem i forhold til hverandre. De diskuterer heller ikke hvordan man skal kartlegge om problemene eksisterer, om styrken på problemene har betydning, eller om det er en slags kritisk grense for hvor mange typer samarbeidsvansker det kan være i en enkelt sak før samarbeidet bryter sammen. Men etter vårt syn kan oversikten brukes som en sjekklister, som minner om at samarbeidsvansker vil oppstå både mellom personer og ut fra strukturer.

I denne litteraturgjennomgangen presenteres også forslag til å hankses med disse problemene, som vi kommer tilbake til i neste del av kapitlet. Det må imidlertid tilføyes at forfatterne ikke vekter de ulike elementene i forhold til hverandre, eller diskuterer effekter av at mange versus få faktorer er til stede i et enkelt samarbeid, for eksempel. Etter vårt syn er dette kunnskapshull som vi bør rette oppmerksomhet mot.

#### 4.3.2 EVALUERING AV ET BRITISK FORSØK – ATKINSON MFL. (2005)

Denne studien evaluerte et enkelt prosjekt som involverte samarbeid mellom utdanningsetaten, sosialetaten og helseetaten på kommunalt nivå i Storbritannia, altså tre av de fire etatene som anses som sentrale i forhold til målgruppen for utvalgets arbeid. Prosjektet involverte i alt 30 ulike initiativer til tverretatlig og tverrsektorielt samarbeid ved siden av at det ble gjennomført en litteraturstudie. Hensikten var å identifisere barrierer for god praksis. For det første oppsummerte forfatterne *fire nivåer for samarbeid* (Atkinson mfl., 2005, s. 8), som kan ses i forhold til det første av de fire spørsmålene vi refererte i forrige avsnitt. Nivåene handler om strukturen på samarbeidet, og hvordan grad av strukturering av samarbeidet kan påvirke mulighetene for at samarbeidet faktisk gir merverdi. Fordelen med å se for seg flere nivåer, er at de åpner for alternative strukturerer avhengig av hva slags merverdi og hva slags forpliktelser som er mulige og ønskelige. Nivåene beskrives i tabell 4.4. Disse nivåene vil vi for øvrig komme tilbake til som en måte å karakterisere de utvalgte samarbeidsprosjektene vi presenterer i kapittel 5.

Tabell 4.4: Nivåer for å strukturere samarbeid

<b>En egen juridisk enhet</b>	Ulike tjenester kommer sammen og danner en egen organisasjon med en separat identitet fra noen av partene. Organisasjonen ansetter sitt eget personale, og egner seg derfor spesielt for store partnerskap
<b>En virtuell organisasjon</b>	Man danner en separat organisasjon uten å danne en ny juridisk enhet. En av deltakerorganisasjonene blir ansvarlig for å ansette personale og håndtere ressursene til den nye organisasjonen
<b>Samlokalisering av personale</b>	De profesjonelle er samlokalisert for å arbeide sammen, men de vil fortsatt være ansatt i moderorganisasjonen. Dette gir mindre forpliktende samarbeid, og mer delt lojalitet mellom samarbeidet og det stedet man kommer fra
<b>Styringsgrupper uten ressurser</b>	Partnerne kommer sammen, men beslutninger implementeres via de samarbeidende organisasjonene. Slikt samarbeid finnes det en rekke eksempler på i form av ansvarsgrupper, prosjektgrupper osv.

Mange av barrierene som listes opp i litteraturen vil spesielt være relevante på styringsgruppenivået, fordi strukturene for å få til merverdi ved samarbeidet ikke er til stede.

I tillegg identifiserte Atkinson og medarbeidere fem samarbeidsmodeller, definert ut fra hensikten med aktiviteten. Mens nivåene som beskrives i tabell 4.4 handler om strukturen på det tverretatlige samarbeidet, handler disse modellene om formålet med samarbeidet. Det kan oppstå ekstra problemer hvis strukturen ikke passer til formålet, eller er til hinder for måloppnåelsen. De fem modellene innebærer ulik grad av forpliktelse, og beskrives i tabell 4.5. Disse vil vi også komme tilbake til i kapittel 5.

Tabell 4.5: Modeller for samarbeid med ulik grad av forpliktelse

<b>Man danner et forum</b>	Profesjonelle fra ulike tjenester kan møtes for å diskutere beslutninger og ta beslutninger. Igjen vil faste samarbeidsgrupper eller ansvarsgrupper fra sak til sak være et eksempel, men den enkelte deltakerens forpliktelser kan være lav
<b>Konsultasjon og opplæring</b>	Her er målsettingen at profesjonelle fra en tjeneste får opplæring av profesjonelle fra en annen tjeneste. Dette kan for eksempel skje via hospitering eller opplæring. At en selv lærer noe bort, skjer på tilsvarende måter.
<b>Senterbaserte tjenester</b>	Her er målet å samle flere former for ekspertise på ett sted, for å kunne levere mer omfattende og koordinerte tjenester. Her kan barnehusene være et eksempel.
<b>Koordinerte tjenester</b>	Her samles en rekke aktører som er involvert i å levere tjenester, med sikte på å oppnå et mer koordinert og sammenhengende tjenestetilbud. Det britisk initierte Multi-Agency Safeguarding Hub (MASH) er et eksempel på en koordinert tjeneste. En norsk utprøving vil presenteres i neste kapittel.
<b>Operasjonelle team</b>	Her arbeider profesjonelle fra flere tjenester sammen fra sak til sak og danner et sammenhengende team, og gir service direkte til brukerne. Slike team vil være mer forpliktende enn senterbaserte tjenester. Her kan man se for seg å danne egne, juridiske enheter på grunn av den forutsigbarheten som ligger i å være en egen enhet. Her kan man tenke seg mobile konsultasjonsteam som rykker ut etter behov.

Barrierene som listes opp i dette prosjektet, er stort sett de samme som vi refererte til i forrige del av kapitlet. Vi vil derfor ikke gjenta dem her. Måten barrierene påvirker praksis på, utdypes nærmere i neste kapittel når vi kommer med konkrete eksempler.

#### 4.3.3 EVALUERING AV NEDERLANDSKE BARNEDØDSFALLUNDERSØKELSER – KUIJVENHOVEN OG KORTLEVEN (2010)

Denne studien tar utgangspunkt i en analyse av samtlige offentlige, nederlandske undersøkelsesrapporter om tilfeller av barnedødsfall på grunn av mishandling. Analysen inkluderte i alt sju saker, som ble offentliggjort mellom 2002 og 2007. Det dreide seg her om høyprofilerte saker der barn hadde dødd på grunn av mishandling og/eller vanskjøtsel, gjerne på tross av at barnevernet og eventuelt mange andre instanser hadde vært inne i bildet.

I likhet med de britiske undersøkelsesrapportene og kommisjonene, fant man også i de nederlandske rapportene mangelfull koordinering, ikke tilstrekkelig bevissthet om hverandres aktiviteter og dårlig fordeling av ansvarsområder (Kuijvenhoven & Kortleven, 2010, s. 1175-1178). I saker der mange profesjonelle var involvert, ble det særlig problematisk å samarbeide når tjenestene befant seg i ulike sektorer, som barnevern, helse, utdanning og politi. Dessuten påpeker forfatterne at manglende eller uklare prosedyrer hadde forhindret profesjonelle fra å kommunisere, agere og ta ansvar, noe som igjen kan være en mulig årsak til sviktende samarbeid og dermed sviktende håndtering i tjenesteapparatet. Dessuten betegnes mangelfull informasjonsdeling som problematisk, fordi dette får negativ innvirkning på situasjonsvurderinger og beslutningsprosesser (Kuijvenhoven & Kortleven, 2010, s. 1178). Profesjonelle kan også gå glipp av enkelte observasjoner og muligheter for å se mønstre. Separate datasystemer blir også trukket fram som medvirkende til mangelfull deling av informasjon, likeledes profesjonelles motvilje mot å dele informasjon på bakgrunn av en streng fortolkning av taushetsplikten.

Hvis vi tar utgangspunkt i de tre problemområdene som ble formulert av Atkinson og medforfattere (2007), påpeker Kuijvenhoven og Kortleven (2010) primært svikt når det gjelder samarbeidsprosesser. Mer konkret nevnes problemer med prosedyrer, informasjonsutveksling og datasystemer. Dette siste nevnes ikke eksplisitt i Atkinsons studie. Det kan også bemerkes at Kuijvenhoven og Kortleven påpeker at det blir ekstra problematisk når samarbeidspartnerne kommer fra ulike sektorer, det vil si når samarbeidet skal skje horisontalt. Vi vil anta at barrierene for samarbeid blir ganske like når det gjelder samarbeidsrelasjoner, men at problemene eventuelt kan forsterkes når det gjelder samarbeidsprosesser og ressurser – nettopp fordi flere sektorer må samhandle på flere nivåer for å effektivisere samarbeidet. Spørsmålet blir da om andre tiltak blir nødvendige og effektive ved horisontal samordning og samarbeid. Dette kommer vi tilbake til senere i kapitlet.

#### 4.3.4 SAMLET EVALUERING AV DE ENGELSKE SERIOUS CASE REVIEWS – BRANDON MFL. (2012)

Spørsmålet om nytten av gjennomgang av barnedødsfall, inkludert den britiske ordningen for Serious Case Reviews, diskuteres mer utførlig i kapittel 7. Her løfter vi fram Brandon og medarbeideres analyse av betydningen av tverretatlig og tverrsektorielt samarbeid for utfall i alvorlige saker. Tilsvarende diskusjoner finnes også hos andre som har evaluert Serious Case Reviews, som Sidebotham og medarbeidere (2012) og Ofsted (2010), men i denne sammenhengen vurderer vi det ikke som nødvendig å gå nærmere inn på de andre rapportene. Diskusjonene er ganske like.

Det nye som kommer fram i Brandon og medarbeideres (2012) rapport, er for det første at barna som dør, kan ha hatt komplekse behov. De ble derfor ikke vurdert til å ha spesielt behov for beskyttende tiltak, men derimot for en rekke ulike tiltak. Forfatterne finner også at det ser ut som det var lett å tilskrive barnets problemer en tilstand som allerede var diagnostisert. Dette har nær sammenheng med det fjerde og siste spørsmålet Atkinson og medarbeidere (2007) stilte til litteraturen de gjennomgikk, nemlig i hvor stor grad tjenestenes fokus er rettet mot tjenestemottakeren. Men dermed reises også spørsmålet om det kan bli en motsetning mellom et risikofokus på arbeidet med barn som kan være utsatt for alvorlig mishandling, omsorgssvikt og overgrep, og et mer helhetlig syn på barnet og familien i organiseringen av tjenestetilbudet. Det kan tenkes at et fokus på risiko blir så altoverskyggende at profesjonelle er mindre opptatt av barnas levekår og situasjon utenom mishandling, vold eller overgrep – for eksempel om barnet fungerer bra sammen med venner eller på skolen, har fritidsaktiviteter han eller hun setter pris på, har en god relasjon til søsken, eller til noen utenom familien. Omvendt kan det tenkes at et mer helhetlig fokus, der mange ulike problemer kan komme fram, gjør det vanskelig å se nærmere på risiko for overgrep, mishandling og omsorgssvikt.

Videre påpeker Brandon og medarbeidere (2009) at saker som er spesielt komplekse og vanskelige, der omsorgspersonene er fiendtlig innstilt eller motvillige, kan bli emosjonelt overveldende for den enkelte profesjonelle. Dette kan igjen føre til at saken henvises videre eller at nye saksbehandlere overtar, og at saken slik blir «vandrende i systemet». Da er det ikke lenger snakk om samarbeid mellom personer og tjenester, men snarere om en *forflytning* mellom personer og tjenester som gjerne fører til det som kalles et «start again syndrome». I norsk sammenheng snakker man tidvis om «svingdørsproblematikk» eller «Svarteper»,

som innebærer at det tverrfaglige «samarbeidet» brukes til å finne argumenter for å la være å engasjere seg i en sak.

Rawlings og medarbeidere (Rawlings mfl., 2014) evaluerte arbeidet med Serious Case Reviews med sikte på å identifisere forhold som kan hindre at feltet lærer av de gjentatte evalueringene. De identifiserte tre forskjellige områder: Prosesser og publikasjoner fra gjennomgangene, kultur for læring og policy og prosedyrer. De vurderte med andre ord output fra gjennomgangene heller enn gjennomgangenes evalueringer av Serious Case Reviews. For vårt formål er de viktigste barrierene de påpeker, knyttet til området prosesser og publikasjoner. Rawlings og medarbeidere påpeker nemlig at slike gjennomganger fører til overveldende mange nye prosedyrer og forslag til retningslinjer, samtidig som de bidrar til å skape en skyldkultur i organisasjonen, det vil si et fokus på å finne en person som kan tillegges ansvar og skyld for det som har skjedd.

Når det gjelder å skape en kultur for læring, karakteriseres funnene fra analysene av Serious Case Reviews som for ustabile, for gjentakende, og ikke alltid relevante. Når det gjelder policy og prosedyrer, kom det fram at anbefalingene ikke alltid kunne ses i forhold til det reviewene gjaldt, at hyppige omorganiseringer påvirker ansatte negativt ettersom endring tar tid, og at det blir demotiverende at for mye skjer for fort. Dessuten tar ikke alltid policy og prosedyrer hensyn til de menneskelige og emosjonelle kostnadene for de profesjonelle.

Vi kan slutte fra Rawlings og Brandons studier at Serious Case Reviews blir en aktør i feltet, og at denne ordningen dermed utgjør en systemfaktor som påvirker forutsetningene for tverretatlig og tverrsektorielt samarbeid. Ordningen blir også en faktor som påvirker de som skal utføre arbeidet. Hyppige endringer, usikkerhet og konsekvenser av en skyldkultur kan også føre til at samarbeid mellom etater blir defensivt, at man innenfor en etat eller organisasjon blir opptatt av å ha ryggen fri og overlate ansvaret for vanskelige saker til andre.

I denne delen av kapitlet har vi diskutert barrierer for vellykket tverrfaglig og tverretatlig samarbeid på bakgrunn av studier av samarbeid i sin alminnelighet så vel som i alvorlige saker med mishandling, omsorgssvikt og overgrep. Det er vanskelig å løfte fram spesielle punkter der det er motstrid, ettersom det ser ut som om det er stor enighet i litteraturen både om hva barrierene er og om at man må lete etter årsaker og også tiltak både på person- og systemnivå.

## 4.4 Kan barrierene overkommes, og i tilfelle hvordan?

Når ulike forfattere har beskrevet barrierer for tverretatlig og tverrsektorielt samarbeid, presenterer de gjerne også forslag til å overvinne barrierene. Her oppsummerer vi det som etter vårt syn er de viktigste av disse forslagene. Deretter refererer vi en litteraturgjennomgang som søker å se sammenhengen mellom individ- og systemperspektivet på samarbeid, noe vi savner i de andre publikasjonene (San Martín-Rodríguez mfl., 2005). Helt til slutt ser vi på forslag om hvordan godt samarbeid på tvers av sektorer kan organiseres når utgangspunktet er «wicked problems». Etter vårt syn er et overordnet perspektiv helt nødvendig for å komme videre i utviklingen av gode strategier for tverretatlig og tverrsektorielt samarbeid.

### 4.4.1 Å OVERKOMME BARRIERER KNYTTET TIL RELASJONER, PROSESSER OG RESSURSER – ATKINSON MFL. (2007)

Atkinson og medarbeidere (Atkinson mfl., 2007, s. 44-46) lister opp en lang rekke strategier som kan benyttes for å få til effektivt samarbeid på tvers, bygd over samme lest som vist i tabell 4.1–4.3.

Tabell 4.6: Samarbeidsrelasjoner

<b>Samarbeidsrelasjoner</b>	Rolleavklaringer	<ul style="list-style-type: none"><li>- Klar rollefordeling og grenser mellom roller</li><li>- Anerkjenn forskjeller mellom profesjoner</li><li>- Forstå hverandres ansvarsområder</li><li>- Adresser spørsmål knyttet til status og hierarkier</li></ul>
	Forpliktelse	<ul style="list-style-type: none"><li>- Vilje til å arbeide sammen</li><li>- Forpliktelse fra de ansatte</li><li>- Strategisk forpliktelse</li></ul>
	Tillit og gjensidig respekt	<ul style="list-style-type: none"><li>- Positivt syn på profesjonelle fra andre tjenester, både fra ledelse og kollegaer</li></ul>
	Forståelse mellom tjenester	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bevissthet om hva andre kan bidra med</li><li>- Forståelse for at ulike tjenester arbeider innenfor ulike kontekster</li><li>- Forståelse for hele spekteret av oppgaver</li><li>- Utvikling av en kultur for partnerskap</li></ul>

Med andre ord understrekes her på den ene siden behovet for klarhet – i roller, i forståelse av forskjeller og likheter, og i hva oppgavene er. På den andre siden understrekes betydningen av det relasjonelle i samarbeidet gjennom fokuset på en kultur for partnerskap, at man forplikter seg, at man har et positivt syn på samarbeid, og at man har et positivt syn på profesjonelle fra andre tjenester.



Tabell 4.7: Samarbeidsprosesser

<b>Samarbeidsprosesser</b>	Kommunikasjon	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transparente strukturer for kommunikasjon</li> <li>- Opprettholde konstant kommunikasjon</li> <li>- Et godt fungerende IT-system</li> </ul>
	En klar hensikt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablere klare og realistiske mål som forstås av alle tjenester og som alle er enige i</li> <li>- Utvikle en felles visjon som er basert på felles verdier</li> <li>- Egnede mål</li> <li>- Klar begrunnelse for samarbeidet</li> </ul>
	Planlegging og organisering	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inkluderende planleggingssystemer</li> <li>- Konsultasjon med brukere</li> <li>- Gjennomføre en behovsanalyse</li> </ul>
	Organisatoriske forhold	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effektive systemer, protokoller og -prosedyrer</li> <li>- Etablere formelle protokoller</li> <li>- Klart definert struktur og modell</li> <li>- Kontinuerlig egenvurdering av prosesser og prosedyrer</li> </ul>
	Informasjonsutveksling	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablere klare protokoller for informasjonsutveksling</li> <li>- Sørge for at informasjon som deles, alltid er korrekt og oppdatert</li> </ul>

I tillegg til samarbeidsrelasjonene, er altså prosessene rundt samarbeid viktig. Det vil si tydelige strukturer, klare hensikter, transparens og systemer som sikrer mål-oppnåelse. Dertil kommer konsultasjon med ulike interessenter og at infrastrukturen er på plass. Med andre ord er det viktig å sørge for både interne forhold og rammene rundt.

Tabell 4.8: Ressurser til tverrfaglig og tverretattlig samarbeid

<b>Ressurser til arbeidet</b>	Finansiering	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tilstrekkelig finansiering som deles på alle</li> <li>- Økonomisk trygghet</li> <li>- Likhet mellom partnerne</li> <li>- Eksplisitt enighet om hvordan ressurser skal slås sammen og deles</li> <li>- Tilstrekkelig administrativ støtte</li> </ul>
	Personale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rekruttering av personale, beholde personale</li> <li>- Nok personale</li> <li>- Samlokalisering av personale</li> </ul>
	Tid	<ul style="list-style-type: none"> <li>- At det settes av tid til samarbeidet</li> <li>- At utvikling av samarbeid ses som en prosess over tid</li> </ul>

Det siste området er ressurser, som mange påpeker er helt grunnleggende. Uten tilstrekkelige ressurser er det umulig å etablere et bærekraftig system, og man blir avhengig av ildsjeler. Hvis slikt samarbeid finansieres i form av prosjekter, som ofte skjer i norsk forvaltning, vil endringer lett forvitte så snart prosjektet er over – med mindre man lykkes i å forankre endringen i kommunens ledelse.

Rapporten fra Difi (2014), som vi refererte i begynnelsen av dette kapitlet, påpekte betydningen av ledelse. Det samme gjør Atkinson og medarbeidere (2007, s. 86-84). Det påpekes at effektiv praksis forutsetter *effektivt lederskap*, som bør utøves av en senior som både kan holde i utviklingen av teamet og være til støtte for de profesjonelle. Videre må man etablere *gode styringssystemer*, knyttet til transparens og etterrettelighet både i forhold til brukere og eksterne interessenter (*stakeholders*). For det tredje må man etablere et system for å *monitorere prestasjonene i teamet*, det vil si felles indikatorer på prestasjoner, systemer som reflekterer kompleksiteten i arbeidet, får med mange sider av arbeidet og har et klart fokus på resultater, samt felles egenvurderinger.

Heller ikke når det gjelder tiltak, diskuterer Atkinson og medarbeidere om noe er viktigere enn noe annet, hvordan de ulike elementene skal vektas, eller hva som skjer hvis implementering av de ulike elementene fører til motstridende resultater. Litteraturen vi har gjennomgått her er også generell, og spørsmålet er hva som er viktigst å ivareta i spesielt vanskelige saker. Det kommer vi tilbake til nedenfor.

#### 4.4.2 SUPPLERENDE INPUT

I den andre studien av Atkinson og medarbeidere (Atkinson mfl., 2005) vises det til sju suksessfaktorer, rangert etter viktighetsgrad. Det er:

Tabell 4.9: Supplerende forslag

<b>Forpliktelse eller vilje til å bli involvert</b>	Det var det flest studier vurderte som viktigst, særlig på et strategisk nivå. Forpliktelse innebærer at deltakerne har tro på denne formen for arbeid og et aktivt ønske om å samarbeide med andre.
<b>Forståelse for hverandres roller og ansvar</b>	Det inkluderte en klar forventning av hva som ble forventet av den enkelte, og at forventningene er realistiske. Ellers får man lett flere agendaer, og det oppstår lett misforståelser. De som ble intervjuet, refererte dessuten til å ha gjensidig respekt for hverandres profesjonalitet og verdsette andres bidrag. Man fant at såkalte «hybridprofesjonelle», som hadde jobbet i flere tjenester, ofte var nøkkelpersoner når det gjaldt å forstå profesjonelle fra andre tjenester og deres prioriteringer.
<b>Felles mål</b>	Definert som en felles faktor eller felles grunnlag, og felles mål alle tror på. Arbeidet må ha en ordentlig hensikt, og man må ha en felles versus en tjenestespesifikk forståelse av hva som virker. Det som slo gjennom var dessuten at man må ha et syn på tjenestene som behovsstyrt.
<b>Kommunikasjon og deling av informasjon</b>	Det vil si åpne linjer, evne til å lytte og fokus på å bygge personlige relasjoner.
<b>Strategisk ledelse</b>	Det vil si ledelse som har evne til å inspirere, til å være utholdende, til å kunne samle temaet, og med en strategisk visjon.
<b>Involvering av relevant personale</b>	Det innebærer både personale med riktig kompetanse, og med riktig myndighet til å ta beslutninger, og slik at samtlige tjenester har representanter på samme myndighetsnivå.
<b>Tilgang på og deling av ressurser</b>	Det siste poenget var finansiering, som også var den strategien flest henviste til når det gjaldt å overkomme utfordringer.

Rawlings mfl. (2014) nevner mange av de samme elementene i sin diskusjon av hva man kan lære av Serious Case Reviews. Av betydning når det gjelder tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid, er gjensidig læring, klarhet i felles definisjoner av terskler for risiko, og det å utfordre – å tenke annerledes, utfordre klienter så man får gjort jobben sin hvis et barn først er i risiko, høre andre enn foreldre som kjenner familien.

Oppsummert kan vi si at de tre innspillene til håndtering av utfordringer knyttet til tverretatlig og tverrsektorielt samarbeid vi har presentert her, dreier seg om forhold på både individ-, organisasjons- og systemnivå. Neste spørsmål er hvordan innsatser på de ulike nivåene kan interagere med hverandre, og om det at de interagerer med hverandre påvirker betydningen den enkelte innsatsen får. Derfor har vi valgt å avslutte denne delen av gjennomgangen med en litteraturgjennomgang av teoretiske og empiriske studier som forsøker å se på flere nivåer.

#### 4.4.3 Å SE DIMENSJONENE I SAMMENHENG – SAN MARTIN-RODRÍGUEZ MFL. (2005)

San Martin-Rodriguez og medforfattere (San Martín-Rodríguez mfl., 2005) foretok en litteraturgjennomgang av litteratur om helseorganisasjoner med sikte på å kategorisere litteraturen ut fra dimensjonene mellommenneskelige (*interpersonal*) relasjoner i teamet, betingelser innad i organisasjonen, og systemiske forhold. De samme dimensjonene kan i større eller mindre grad leses ut av det vi allerede har beskrevet. Her er imidlertid målet en samlet analyse, i tillegg til analysene på hvert nivå. Studiene gjelder helseområdet, og er av både teoretisk og empirisk art. Denne oversiktsartikkelen blir dermed et supplement til det som nettopp er referert, som er langt mer empirinært.

Forholdene som trekkes fram på hvert enkelt av disse nivåene, er grovt sett de samme som vi diskuterte ovenfor. Men forfatterne trekker fram flere interessante, nye momenter i sin diskusjon av resultatene. For det første finner San Martin-Rodriguez og medarbeidere at vi så langt faktisk ikke har mye evidens for hvordan de ulike faktorene påvirker samarbeid. Man har vært mer opptatt av mellommenneskelige faktorer enn av de to andre, og særlig systemiske forhold har fått liten oppmerksomhet. Eksisterende litteratur om systemiske forhold fører ikke til en forståelse av hvordan disse forholdene påvirker samarbeid. På dette punktet har den tidligere refererte forskningen vist til at systemiske faktorer er viktig, men uten at det er blitt analysert hva som er mest betydningsfullt eller hvorfor.

Tilsvarende påpeker forfatterne at det mangler empirisk evidens for betydningen av faktorer på organisasjonsnivå, særlig strukturelle faktorer og forhold som er relatert til organisasjonskultur. Det trengs også en bedre forståelse av hva som foster godt samarbeid. Dette gjør det spesielt betenkelig at man stadig forsøker seg med nye modeller uten at man egentlig vet om de virker. Men igjen mangler refleksjon eller utforskning av hva som er spesielt virksomt og hvorfor, og ikke minst, hvordan man kan operasjonalisere gode indikatorer som gjør det mulig å gjennomføre troverdige evalueringer.

Konklusjonen på gjennomgangen av forskningen om barrierer for samarbeid så vel som betingelser for at samarbeidet lykkes, er følgelig at det finnes mye forskning om enkeltelementer, også på alle de tre nivåene som regnes som viktige. Samtidig finnes det lite forskning som ser disse nivåene i sammenheng, og som undersøker nærmere hvordan forhold på de enkelte nivåene virker inn på hverandre. Dette blir også et kunnskapshull. Som nevnt tidligere, skiller heller ikke litteraturen vi har nevnt her, mellom typer situasjoner det samarbeides om.

## 4.5 Når utgangspunktet er «wicked problems»

Litteraturen vi har gjennomgått så langt, forholder seg ikke eksplisitt til spørsmålet om betydningen av om samarbeidet skjer vertikalt eller horisontalt, selv om eksemplene som gis av forfatterne impliserer samarbeid på tvers av sektorer – altså horisontalt samarbeid. Som San Martin-Rodríguez påpeker, mangler det forskning om hvordan innsatser på disse ulike nivåene virker, særlig når man skal prøve å se dem i sammenheng. Head og Alford (2015) er et eksempel på litteratur som direkte diskuterer implikasjonene av «wicked problems» for offentlig politikk og styring. I den grad situasjoner der barn utsettes for alvorlig vold, overgrep og omsorgssvikt er et eksempel på et «wicked problem», som vi vil argumentere for at det er, blir det spørsmål om hva deres analyse kan bidra med.

### 4.5.1 SAMARBEID ER NØDVENDIG, MEN IKKE TILSTREKKELIG

Innledningsvis i kapitlet oppsummerte vi kort Difis definisjon av «wicked problems» eller gjenstridige problemer. Head og Alford (2015, s. 718) argumenterer for at jo mer kompleks og mangfoldig en situasjon er, jo mer «wicked» blir problemet. For beslutningstakeren skaper kompleksitet og mangfoldighet høyere nivåer av usikkerhet og tvetydighet. Forfatteren mener videre at det å håndtere «wicked problems» krever noe mer enn samarbeid, som har vært den vanligste responsen fra forvaltning og policymakere. Forfatterne mener videre at man ikke

egentlig «løser» denne typen problemer, men hjelper aktører med å forhandle fram en delt forståelse og delt oppfatning av problemet og mulige måter å løse det på. Målsettingen er sammenhengende innsats og ikke endelige løsninger. Følgelig må utfordringen være å etablere gode betingelser for å diskutere og ta beslutninger om en midlertidig løsning.

I følge Head og Alford kan mange av samarbeidsbarrierene vi har beskrevet tidligere i dette kapitlet, ses som uttrykk for at ledere holdes ansvarlige og måles i forhold til en spesifikk type programmer eller for å yte service til en spesifikk type klienter. Dermed oppstår en fragmentering som hindrer samarbeid mellom flere tilnæringsmåter, som på sin side kanskje er relatert til hverandre i forhold til bestemte «wicked problems». Et åpenbart eksempel er informasjon om barns atferd og reaksjoner hjemme, på skolen / i barnehagen og hos helsesøster, i forhold til voksne og i forhold til jevnaldrende, som til sammen gir et bedre bilde av barnets situasjon enn når hver enkelt sektor bare ser sin del. Men utveksling av informasjon mellom profesjonelle styres av regler om taushetsplikt, og inkonsistenser i barnets atferd og reaksjoner på tvers av arena eller relasjoner kan gjøres til gjenstand for konkurrerende fortolkninger.

Barrierene mot å adressere «wicked problems» forsterkes av noen av de systemene og kontrollmekanismene som også har fulgt i kjølvannet av New Public Management. Det er fokus på budsjettering i forhold til definerte måltall, som igjen er knyttet til resultater på kort og lang sikt innen en enhet. Dette gjør det vanskeligere å utforske løsninger på «wicked problems» som går på tvers av enheter. Dessuten vil aktiviteter i gråsonen mellom enheter lett bli lidende. I likhet med Difi (2014), konkluderer Head og Alford med at konvensjonelle strukturer og systemer i offentlig sektor ikke er skikket til å adressere oppgavene med å konseptualisere, kartlegge og respondere på «wicked problems».

...addressing wicked problems calls for public officials to forge new ways of thinking, leading, managing, and organizing that recognize the complexity of the issues and processes, and that make new demands not only on their own organizations but also on other relevant actors and institutions in their environments. (Head & Alford, 2015, s. 722)

Dette peker henimot Atkinson og medforfatteres (2005) etterlysning av såkalte «hybrid workers», som nettopp har kunnskap og erfaring på tvers, og man kunne tilsvarende også se for seg «hybrid leaders».

#### 4.5.3 STRATEGIER FOR Å HÅNDTERE «WICKED PROBLEMS»

Generelt krever håndtering av «wicked problems» at man vier oppmerksomhet til kompleksitet, usikkerhet og uenighet. Det kan derfor argumenteres for at systemperspektivet på risiko, som vi diskuterer nærmere i kapittel 6, egentlig tar utgangspunkt i at saker som gjelder vold, overgrep og omsorgssvikt må forstås som «wicked problems» selv om man ikke benytter denne terminologien (se for eksempel Turnell mfl., 2013). Dermed blir samarbeid en viktig, men ikke tilstrekkelig mekanisme. Head og Alford (2015) argumenterer for to videre tilnæringsmåter: åpnere måter å tenke på variable, alternativer og forbindelseslinjer på, og nye modeller for lederskap som bedre ivaretar det at informasjon, interesser og makt er fordelt. Ikke minst har interaksjonen mellom disse tilnæringsmåtene betydning.

Hva skal så til for å tenke mer fleksibelt på tvers? Generelt er utfordringen å ha en mer helhetlig tilnæringsmåte til tenkningen om et sosialt problem, for eksempel, fordi dette gir større rom for å oppdage alternative måter å løse problemet på. Et viktig poeng, som Head og Alford henter fra Schon og Rein (1994), er at en del problemer skyldes uenighet om verdier og ikke lar seg løse ved hjelp av vitenskapelig kunnskap. Snarere må man diskutere verdiene som styrer synet på problemer og mulige løsninger. Dette er ikke minst en viktig påminnelse for barnevernets arbeid, der verdier og etikk i høyeste grad er med på å forme synet på terskler for tiltak og type tiltak både blant profesjonelle og klienter/brukere, så vel som i allmennheten. En annen konsekvens av en slik måte å tenke på, er å involvere aktørene i en sak til å utvikle en delt forståelse der det er rom for flere stemmer, og man kan søke å løse konflikter gjennom å diskutere konsekvensene av ulike preferanser. Bruk av familierådslag i barnevernet, der forslag til løsninger blir diskutert av viktige personer i barnets familie og nærmiljø, kan ses som eksempel på en slik tilnæringsmåte.

Forskningslitteraturen påpeker dog at samarbeid er sentralt for løsningen av «wicked problems». Så selv om samarbeid ikke er både nødvendig og tilstrekkelig, er det nødvendig. Her understreker Head og Alford (2015, s. 725-26) at samarbeidsrelasjoner sannsynligvis vil øke forståelsen av «wicked problems» og hvordan de kan håndteres når samarbeidet skjer mellom flere aktører som har variert kunnskap, interesser eller verdier. Når samarbeidet fungerer, kan det bidra til å avhjelpe problemene på tre måter:

- For det første øker eksistensen av fungerende samarbeidsnettverk sannsynligheten for en mer utfyllende forståelse av det problemet dreier seg om og hvorfor det har oppstått.
- For det andre øker samarbeid sannsynligheten for at man kan finne og enes om midlertidige løsninger på problemet, fordi et større nettverk kan gi bedre innsikt, og fordi bedre samarbeid øker sannsynligheten for at man kan enes på tross av ulike interesser.
- For det tredje letter samarbeid implementeringen av løsninger, ikke bare fordi man blir enig om hva som skal skje, men fordi samarbeid potensielt muliggjør deling av bidrag, handlinger og gjensidige tilpasninger etter hvert som samarbeidet skrider fram.

Head og Alford (2015) peker på mange av de samme barrierene for godt samarbeid som vi har beskrevet tidligere i kapitlet. Det at ulike konflikter utspiller seg i en samarbeidsrelasjon, kan til og med være medvirkende til at et problem kalles «wicked». Følgelig er det to elementer de understreker spesielt når det gjelder å fremme godt samarbeid:

Det ene er regelmessig kommunikasjon som en integrert del av samarbeidet, som gjør det mulig å luften mange aspekter ved et problem. Dette til forskjell fra å bare møtes når det skal tas en beslutning om noe. Det andre er at skal man håndtere «wicked problems», må det være et visst nivå av tillit og gjensidig forpliktelse mellom partene. Dette tar tid, ettersom aktørene må få anledning til å vise hverandre at tilliten er berettiget. Tid var også en av de ressursene Atkinson mfl. (2007) oppsummerte som nødvendig. Imidlertid kan det være vanskelig å etablere og opprettholde robuste samarbeidsrelasjoner i en offentlig sektor som både er turbulent og utsatt for sektorbasert målstyring og kontroll. Slike betingelser kan tvert imot bidra til at problemet blir «wicked».

Følgelig oppstår spørsmålet om alternative former for lederskap, der det blir mulig å fremme samarbeid uten formell autoritet. Her er det snakk om adaptivt og samarbeidsorientert lederskap, som vil være viktig når en gruppe skal sitte sammen for å finne en best mulig løsning på et «wicked problem». Selv om slikt lederskap fungerer bra i en gruppe, er det imidlertid ikke tilstrekkelig med mindre de som skal samarbeide, gjør det innenfor rammen av strukturer og prosesser som fremmer samarbeid om «wicked problems». For det første trenger man da en fleksibel organisasjonsstruktur som gjør det mulig å opprette og endre grupperinger på en enkel måte. For det andre trengs mer fleksible mekanismer for

budsjettering og finansiering innen en organisasjon, samtidig som det burde være mulig for flere parter å slå sine budsjetter sammen. Spørsmålet om finansiering ble særlig påpekt av Atkinson mfl. (2007) i deres oversikt over barrierer for godt samarbeid. For det tredje trengs en mer nyansert tilnærming til prestasjonsmål, som tar høyde for at det å løse «wicked problems» er en komplisert prosess som tar tid. For det fjerde trengs det Atkinson mfl. (2005) kaller «hybrid workers», altså personer som har kunnskap, erfaring og ferdigheter som egner seg til å arbeide i mer usikre situasjoner som krever samarbeid og tilpasning.

## 4.6 Avslutning

I dette kapitlet har vi presentert utvalgt litteratur om barrierer for godt tverretatlig og tverrsektorielt samarbeid, samt forslag om hvordan man kan håndtere disse barrierene. Vi valgte å fokusere på noen få bidrag fordi enigheten om disse punktene er så stor i litteraturen. Vi kan oppsummere med at punktene primært vil fungere som sjekklister, ettersom det i litteraturen i liten grad gjøres avveininger av hvilke punkter som er viktigst. Det diskuteres også i liten grad hva som skal gjøres hvis metoder for håndtering av de ulike barrierene kommer i konflikt med hverandre. Litteraturstudien vi fant, som prøvde å se på forholdet mellom individfaktorer og systemiske faktorer, identifiserte heller ikke mye litteratur omkring dette temaet.

Rammen rundt kapitlet har vært spørsmålet om «wicked problems» og det at tradisjonelle tilnæringsmåter i tjenesteapparatet ikke er egnet for å adressere disse. I litteraturen om samarbeid er det ikke vanlig å trekke inn det som egentlig er en alternativ måte å forstå samarbeidsproblemer på, som at samarbeid innebærer noe utover «mer av det samme». Vi mener at den statsvitenskapelig orienterte litteraturen, som bygger på analyser av moderne styringssystemer med sine muligheter og begrensninger, kan være et vesentlig supplement til de mer empirinære studiene vi ellers har vist til, og som det foreligger en stor mengde av. Denne kombinerte tenkningen danner et analytiske bakteppe når vi i neste kapittel presenterer noen utvalgte prosjekter.



## 5 Eksempler på tverrfaglig og tverretatlig samarbeid

De store utfordringene framover på helse- og velferdsfeltet ligger etter vårt syn i spenningsfeltet mellom de mange fagene, lovene og retningslinjene. Brukerne trenger i økende grad... at fagfolkene i større grad mestrer mer enn en av arenaene – både praktisk og med hensyn til bredere lovforståelse. (Gording Stang et al, 2013, s. 10)

### SENTRALE RAPPORTER OG ARTIKKLER

Andrews, T., B. Lindeløv & A. Gustavsen (2015). *Interkommunalt samarbeid om barnevern i Norge*. Bodø: Nordlandsforskning, rapport nr. 1/2015.

Bakketeig, E., M. Berg, T. Myklebust og K. Stefansen (2012). *Barnehusevalueringen 2012. Delrapport 1*. Oslo: PHS Forskning 2012:6.

Crockett, R., mfl. (2013). *Assessing the early impact of Multi-Agency Safeguarding Hubs (MASH) in London. Final Report*. London: London Councils.

Helgesen, M. K. (2013). *Følgeevaluering av prosjektet Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI)*. Oslo: NIBR, rapport nr. 2013:23.

Kaurstad, G., K. Bachmann, H. Bremnes og G. Groven (2015). *Trygg oppvekst – helhetlig organisering av tjenester for barn og unge*. Molde: Møreforskning, rapport nr. 1502.

Nordanger, D. Ø., Johansson, E. H., Nordhaug, I., Dyrland, R. & Johansen, V. A. (2012). Konsultasjonsteam-modellen i Vest-Norge: De første systematiserte erfaringene. *Norges Barnevern*, 88, 1–2, 4–14.

Stang, E. G., mfl. (2013). *Taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt. Regelkunnskap og praksis*. Oslo: NOVA, rapport nr. 3/2013

Stefansen, K., T. Gundersen og E. Bakketeig (2012). *Barnehusevalueringen 2012. Delprosjekt 2*. Oslo: NOVA, rapport nr. 9/2012.

### 5.1 Innledning

I dette kapitlet skal vi presentere og diskutere sju eksempelprosjekter der formålet har vært å utvikle gode rutiner for tverrfaglig og tverretatlig/tverrsektorielt samarbeid om arbeid med utsatte barn og unge. Seks av prosjektene er norske, men vi har også tatt med et engelsk fordi det akkurat nå repliseres i Norge. Et av prosjektene er også en norsk implementering av et dansk prosjekt. Prosjektene er valgt ut fordi de fokuserer på tverrfaglig og tverretatlig samarbeid på litt ulike

måter både når det gjelder fokus og forpliktelse. Tematikken spenner imidlertid noe videre enn arbeid med barn som er utsatt for alvorlig mishandling, vold og overgrep – dels er det få prosjekter som direkte adresserer denne problematikken, og dels er det vår oppfatning at utvalget også vil ha nytte av prosjekter som gjelder samarbeid mer generelt om tiltak for barn og unge. Presentasjonen er organisert slik at vi begynner med tre prosjekter som handler om tverrfaglig og tverretattlig samarbeid om saker der det er mistanke om vold, overgrep eller omsorgssvikt. Deretter følger tre prosjekter som handler mer generelt om samarbeid om tiltak for utsatte barn og unge – dels mellom alle tjenester og dels interkommunalt når det gjelder barnevernet. Til slutt presenterer vi et prosjekt som handlet om noe av det som oppleves som mest problematisk i det tverretattlig samarbeidet, nemlig håndtering av bestemmelsene om taushetsplikt.

På bakgrunn av gjennomgangen i forrige kapittel, stiller vi følgende fire spørsmål til de prosjektene vi presenterer:

- Diskuteres samarbeid i forhold til relasjoner, prosesser og ressurser, eventuelt hvilke av disse dimensjonene? (jf. Atkinson mfl., 2007).
- Diskuteres samarbeid i forhold til grad av formell forpliktelse fra deltakere og ledsagere, fra en egen, juridisk enhet til ansvars-/styringsgrupper uten ressurser? (jf. Atkinson mfl., 2005).
- Hvilke barrierer og forslag til håndtering diskuteres spesielt?
- Ses området det skal samarbeides om, direkte eller indirekte som et «wicked problem»?

Rapportering og analyse av følgende sju prosjekter eller problemstillinger er valgt ut:

- Evaluering av Barnehusmodellen (Bakketeig mfl., 2012; Stefansen mfl., 2012)
- Evaluering av Multi-Agency Safeguarding Hubs (MASH) (Crockett mfl., 2013)
- Konsultasjonsteam-modellen i Vest-Norge (Nordanger mfl., 2012)
- Helhetlig organisering av tjenester for barn og unge (Kaurstad mfl., 2015)
- Kartlegging av interkommunalt samarbeid om barnevern (Andrews, Gustavsen & Lindløv, 2015)
- Følgeevaluering av prosjektet Bedre tverrfaglig innsats (BTI) (Helgesen, 2013)
- Taushetspliktrapporten (Stang mfl., 2013)

Aller først gir vi en kort beskrivelse av hvordan saker med vold og overgrep håndteres av barneverntjenesten i meldings- og undersøkelsesfasen, basert på analyser av barnevernsstatistikken. Ettersom ansatte i andre tjenester har meldepplikt til barneverntjenesten hvis de har grunn til å tro at et barn utsettes for alvorlig omsorgssvikt eller mishandling, blir barnevernet en sentral aktør i disse sakene, selv om også andre instanser i andre sektorer er involvert. Derfor er det nyttig å analysere hvordan flyten av disse sakene i og gjennom barnevernet er, selv om den offentlig tilgjengelige barnevernsstatistikken ikke gir muligheter for å differensiere mellom alvorlige og mindre alvorlige saker. Flyten av saker blir ett uttrykk for tverrfaglig og tverretatlig samarbeid i en avklarings- og tiltaksfase. Deretter presenteres de utvalgte prosjektene etter tur, før vi avslutter kapitlet med en oppsummerende diskusjon.

## 5.2 Meldinger til barneverntjenesten om vold, omsorgssvikt og overgrep<sup>4</sup>

Statistisk sentralbyrås (SSBs) offentlig tilgjengelige barnevernsstatistikk<sup>5</sup> gjør det mulig å følge utviklingen i meldinger, undersøkelser og antall nye tilfeller i løpet av året knyttet til hvem som melder og hvorfor. For det første ser vi en klar økning i andel årlige oppstartede undersøkelser, der omsorgssvikt og mishandling inngikk som grunnlag, fra 22 prosent i 2003 til 33 prosent i 2014. Denne økningen har særlig kommet etter at SSB innførte kategoriene «vold i familien/ eksponert for vold» og «store konflikter i familien» i tillegg til at barnet har vært utsatt for fysisk mishandling, psykisk mishandling, omsorgssvikt eller seksuelle overgrep.

I 2014 inngikk disse seks kategoriene i vel 40 prosent av alle meldingene til barnevernet. Rundt 90 prosent av meldingene under disse kategoriene ble undersøkt til forskjell fra et gjennomsnitt på 80 prosent ellers. Dette skulle tilsi at sakene ble tatt alvorlig i startfasen. Både den store andelen meldinger og at så mange av dem undersøkes, sier også noe om dagens opptatthet av vold og overgrep mot barn som et viktig samfunnsproblem.

Samtidig sier det videre forløpet i barnevernssystemet noe om hvor vanskelig det er å bekrefte om vold og overgrep faktisk har funnet sted når en sak undersøkes

---

<sup>4</sup> En mer utdypende beskrivelse av prosesser i en barnevernssak og analyser av barnevernsstatistikken finnes i appendix 2.

<sup>5</sup> Se

<https://www.ssb.no/statistikkbanken/selecttable/hovedtabellHjem.asp?KortNavnWeb=barneverng&CMSSubjectArea=sosiale-forhold-og-kriminalitet&checked=true>

nærmere. Det viser seg nemlig at langt færre av sakene som er undersøkt på grunn av mistanke om vold og overgrep (de seks kategoriene) ender med vedtak, sammenlignet med saker som er meldt av andre årsaker. Mens gjennomsnittlig vel 40 prosent av samtlige undersøkelser endte med tiltak i 2014, gjaldt ikke dette mer enn vel 30 prosent av sakene der meldingen gjaldt en av de seks voldskategoriene. Det var også variasjoner i forhold til type vold: de fleste sakene som endte med tiltak, gjaldt de to «nye» kategoriene om «vold i hjemmet/eksponert for vold» og «store konflikter i familien». Det var langt færre saker som endte med vedtak hvis mistanken gjaldt fysisk vold, omsorgssvikt eller seksuelle overgrep. Statistikken alene gjør det ikke mulig å avgjøre hvorfor det er slik, men dette er et tema som er vel verd videre forskning.

## 5.3 Barnehusene – et forsøk på å gi ofre bedre og mer enhetlig behandling

### 5.3.1 OM BARNEHUSENE

Statens barnehus i Norge, eller «barnehusene», ble etablert i Norge fra 2007, og er et tverrfaglig, samlokalisert tiltak rettet mot barn og unge under 16 år, der det er mistanke om at de har vært utsatt for seksuelle overgrep eller vold, eller som har vært vitne til vold. Tiltaket gjelder også voksne med psykisk utviklingshemning eller tilsvarende funksjonssvikt som har problemer med å uttrykke seg verbalt. Opprettelsen av barnehusene bunnet i en mangeårig bekymring blant profesjonelle og andre for at barn som er utsatt for vold og overgrep møter et fragmentert og uoversiktlig hjelpeapparat, og at dette fører til en risiko for at barna og familiene deres utsettes for ekstra belastninger – også i form av uheldig behandling fra hjelpeapparatets side, med negative konsekvenser for den straffettslige prosessen. Barnehusene skal bøte på disse manglene, og i tillegg bidra til mer enhetlig behandling av saker om vold og overgrep mot barn. Det første barnehuset ble opprettet i 2007. I årene etter ble ytterligere seks barnehus opprettet. Seks barnehus inngikk i evalueringen (Bakketeig mfl., 2012).

Datainnsamlingen pågikk i 2011. Det året gjennomførte de seks barnehusene 1605 dommeravhør, 73 andre avhør (primært av unge mellom 16 og 18 år), og det ble gjennomført 224 medisinske undersøkelser (Stefansen mfl., 2012). Det foreligger derfor et relativt omfattende grunnlagsmateriale for vurderingene informantene har bidratt med.

Barnehusene ble etablert som et tverrdepartementalt prosjekt, med forankring i politiet. Særegent for barnehusene er at de har en tredobbel funksjon: de skal ivareta «etterforskningssporet», «behandlingssporet» og det overordnede hensynet til barnets beste. Kjernevirksomheten til barnehusene er knyttet til saker der det skal gjennomføres dommeravhør på barnehuset. I slike saker skal barnehusene både legge til rette for gjennomføringen, ivareta barn og pårørende, samt påse at barn som har behov for det får den oppfølgingen de trenger i etterkant. I tillegg skal barnehusene drive med kompetansebyggende virksomhet – både eksternt og internt (Stefansen mfl., 2012).

### 5.3.2 BARNEHUSMODELLEN SOM SAMARBEIDSPROSJEKT

For denne kunnskapsoversiktens formål, konsentrerer vi oss om evalueringens konklusjoner om barnehusmodellen som *samarbeids- og samordningsprosjekt*.

For det første viser evalueringen at barnehusene representerer en form for *horisontal samordning*: Profesjonelle fra flere sektorer – underlagt hhv. Justisdepartementet, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet – er samlokalisert for å samarbeide om barnehusenes kjerneoppgaver. Samtidig ble barnehusene forankret i politidistriktene, og det mangler et overordnet styringsnivå, noe som ga utfordringer knyttet til økonomi og samordning barnehusene i mellom. Barnehuslederne etterlyste tydeligere retningslinjer for virksomheten, og ønsket seg en annen organisering – for eksempel i Justisdepartementet, med eget sekretariat, og en styringsgruppe med de tre impliserte fagdepartementene som også har beslutningsmyndighet. Lederne mente at en slik representasjon ville bidra til å sikre balansen mellom de tre funksjonene (Stefansen mfl., 2012). Mer generelt er det Bakketeig og medforfatteres (2012, s. 187) vurdering at hele organiseringen og styringsstrukturen bør vurderes på nytt.

Litteraturen påpeker at *egne ressurser* til tverrfaglig og tverretatlig samarbeid og samordning er en forutsetning for at arbeidet skal fungere etter hensikten. Da evalueringen ble gjennomført, fikk barnehusene sine bevilgninger via budsjetttrammen som gis til politidistriktene. Fram til 2012 var midlene øremerket barnehusene, men fra dette året ble det slutt på denne ordningen (Bakketeig mfl., 2012). Da dette skjedde, var det bekymring for at barnehusene ville få færre ressurser. Evalueringen finner imidlertid at endringen primært ser ut til å føre til større variasjon mellom barnehusenes betingelser. Den største trusselen mot virksomheten anses nå å være den store pågangen for å få gjennomført dommeravhør, som gjør at det blir mindre tid til andre deler av virksomheten. Her mener

Stefansen og medforfattere (2012, s. 158) at det bør gjøres en grundig vurdering, og at en tar stilling til eventuell opprettelse av nye barnehus.

Barnehusene er svar på et «wicked problem», av Stefansen og medforfattere (2012) omtalt som en kompleks utfordring der barnehusene skulle ha effekter på flere nivåer – både bedre ivaretagelse og rettssikkerhet i enkeltsaker og høyere kompetanse i hjelpeapparatet. Men selv om barnehusene fungerer etter sitt overordnede mandat – det vil si at det er et helhetlig og samlokalisert tilbud der fagfolk er samlet for å gi barn et enhetlig tilbud på ett sted, der barn og foreldre føler seg ivare tatt – har modellen forbedringspunkter slik den ble evaluert i 2012.

Stefansen og medforfattere (2012, s. 14) kunne se to utviklingstrekk som på sikt kunne bidra til å uthule ordningen med barnehus, nemlig det økende misforholdet mellom saksmengde og personalressurser, og utviklingen av særegne arbeidsmåter og rutiner ved de enkelte barnehusene. Det første utviklingstrekket illustreres av antatte konsekvenser av den store pågangen for å få gjennomført dommeravhør, det andre av det som omtales som mangel på felles retningslinjer mellom barnehusene, på tvers av politidistrikter. Stefansen og medforfattere mener barnehusene trenger felles retningslinjer som kan sikre enhetlig forståelse av hvilke oppgaver de skal løse i forbindelse med dommeravhørssakene, for eksempel. Og selv om de ikke opplevde rollekonflikter som noe stort problem, var det fortsatt noen utfordringer og opplæringsbehov til stede. Med referanse til litteraturen om «wicked problems», kan det sannsynligvis også argumenteres for at barnehusene trenger en viss overordnet ledelse gjennom et sentralt styringsorgan, som kan involvere personer fra samtlige sektorer som er involvert. Et slikt styringsorgan fantes ikke da evalueringen ble avsluttet.

## 5.4 Evaluering av Multi-Agency Safeguarding Hub (MASH)

Vi har valgt å ta med evalueringen av MASH fordi dette britiske prosjektet har vært modell for et samhandlingsprosjekt i Oslo kommune som nettopp er igangsatt. Samhandlingen skjer mellom Grorud barneverntjeneste, Familievoldsavsnittet ved Stovner politistasjon og Statens barnehus Oslo, samt NAV og DPS. Målsettingen er å kunne tilby et koordinert og effektivt samarbeid til barnets beste, og dessuten introdusere en ny og innovativ metode for tverrfaglig samarbeid i voldssaker som involverer barn.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Informasjon fra prosjektledelsen.

#### 5.4.1 BESKRIVELSE AV KONSEPTET MASH, HENTET FRA KING MFL. (2014)

En MASH er et team sammensatt av personer fra flere instanser, som fortsetter å være ansatt ved sine respektive arbeidssteder men er samlokalisert ett sted. Teamet opererer på grunnlag av en «forseglet» informasjonsenhet hvor man registrerer protokoller om hva slags informasjon som kan deles for å sikre at barns velferd sikres og fremmes. Henvisninger til MASH behandles først av lederen for den lokale sosialtjenesten, som tar stilling til graden av risiko et barn er utsatt for. Typen risiko bestemmer hvor lang tid det er mulig å bruke før en beslutning tas, fra noen få timer (i akuttsaker) til noen få dager.

Informasjonen samles inn fra aktuelle profesjonelle, hvoretter man vurderer om det trengs ytterligere tiltak så vel som hvilken instans som egner seg best til å gjennomføre tiltaket. Det er mulig å dele sensitiv informasjon for å kunne vurdere risikoen for barnet best mulig, men hver organisasjon fortsetter å «eie» sin egen informasjon. Det innebærer at personen som er til stede fra den aktuelle enheten, kan bestemme hvilken informasjon som skal forbli intern og hvilken som kan forlate den forseglede informasjonsenheten og brukes i arbeidet med barnet og familien. Beslutningen ses i forhold til hva som er aktuelt og relevant etter at man har dannet seg et mer fullstendig bilde.

Profesjonelle kvalifiserer seg til å være en MASH på lokalt nivå (i London: boroughs), og skal man kvalifiseres, må man ha med fem kjerneelementer.

1. **Alle henvisninger som vedrører sikring og forbedring av barns velferd må gå gjennom den forseglede informasjonsenheten.** Dette innebærer at også gjentatte, men ikke veldig alvorlige henvendelser kan identifiseres og adresseres, og sikre effektive intervensjoner så tidlig som mulig. Ordningen bidrar til å bryte ned «silentaliteten».
2. **Et samlokalisert team fra kjerneinstanser** (definert som barnevern, sosialkontor, politiet, helse, utdanning, prøveløslatelse, bolig og kriminalitetsforebyggende team) settes sammen for å tilby integrerte tjenester med sikte på å utforske, fortolke og bestemme hva som er rimelig og relevant å dele.
3. **Den forseglede enheten har en brannmur rund seg,** som sikrer at aktiviteten i MASH forblir konfidensiell og opprettholder konfidensielle registreringer av MASHs aktiviteter for å støtte dette. Dette er nødvendig for å sikre at informasjon bare deles til dem som trenger å vite det til den jobben som skal gjøres.
4. **Analyser og vurdering av risiko skjer etter en prosess man er enig om, basert på så omfattende informasjon som mulig samt formidling av en passende mengde informasjon til den tjenesten som skal gjøre det nødvendige.** Dette er et partnerskap som tar sikte på å skape best mulig betingelser for å fatte effektive og virksomme beslutninger ved hjelp av tilgang til best mulig

informasjon så tidlig som mulig. Gjennom å bruke en standardisert modell for risikovurdering og vurdering av terskler for risiko, utvikles konsistent og klar beslutningsfatting over tid.

5. **En prosess for å identifisere ofre og skade ved hjelp av forskning og analyser.** MASH er et sikkert sted der informasjon kan brukes i pågående forskning og analyser. Dette gjør det enklere å identifisere ofre og overgripere gjennom analyser av gjentatte meldinger i samme sak, og identifisering av personer som risikerer å utsettes for økende skade over tid. Dette skaper muligheter for tidligere inngripen. De interne analysene i MASH gjør det mulig å innhente og prioritere ressurser for å bedre barns trygghet.

I forhold til spørsmålene vi stilte innledningsvis, ser vi at organiseringen av MASH ikke innebærer en reell, juridisk enhet. Snarere avhenger MASH-teamene av at hver enkelt enhet er villig til å prioritere at en eller flere av de ansatte deltar, betalt av den opprinnelige enheten. Barrieren MASH er mest opptatt av å håndtere, er formidling av informasjon. Løsningen er en brannmur der det meste deles innenfor, mens behovet for informasjonsformidling utenfor den forseglede enheten vurderes fra sak til sak. MASH innebærer videre en mulighet for å konfrontere «wicked problems», i den grad oppgavene defineres som dette, fordi ansatte fra flere tjenester og sektorer sitter sammen i et fast forum.

#### 5.4.2 EVALUERINGEN AV MASHS FØRSTE FASE

Crockett mfl. (2013) gjennomførte en evaluering av MASH i fem lokale områder (*boroughs*) i London for å finne ut hvor effektivt systemet settes ut i livet. Datainnsamlingen ble gjennomført på flere måter, inklusive besøk på stedene før MASH ble implementert, vurdering av henvisninger til MASH, intervjuer med profesjonelle i teamet pre og post implementering og intervjuer med de som henviser til MASH etter implementeringen.

Forfatterens vurdering er at tilnæringsmåten med MASH har et potensiale for å håndtere noen av utfordringene som er diskutert i tidligere Serious Case Reviews. Det ser ut som om metoden gjør tverretattlig samarbeid enklere, og det var tegn til at de profesjonelle i teamene var i ferd med å utvikle en egen «MASH-kultur» til forskjell fra kulturen i deres egne tjenester. Det var også tegn til at behandlingstiden for saker ble forkortet gjennom bruken av MASH.

Evalueringen finner mange positive utviklingstrekk, og formulerer en rekke anbefalinger. Mens det ble sett som en fordel med raskere omløpstid, og at deltakerne så ut til å utvikle en MASH-kultur som var annerledes, var det også en del punkter som etter Crockett og medforfatteres (2013) oppfatning krever videre



arbeid. For det første var det en del profesjonelle som ikke var fra barnevern-tjenesten, inklusive politifolk, som følte seg marginalisert og at deres ekspertise ikke ble fullt utnyttet innen MASH. Dette reiser spørsmål om jobbtilfredsheten hos de som jobber innen MASH, og stemmer bra med påpekninger fra annen litteratur om betydningen av å inkludere alle som skal arbeide sammen på like fot.

Videre kunne profesjonelle både i og utenfor MASH ønske seg mer informasjon om resultatet av henvisningene som skjer. For MASH-teamet ville dette kunne gi dem et inntrykk av hvordan og på hvilke måter informasjonen som formidles bidrar til de beslutningene som tas. Dette ville også kunne øke forståelsen av MASHs arbeidsmåter hos andre. Mer generelt kan det se ut som om profesjonelle og enheter utenom MASH vet for lite om hva MASH gjør, og hva MASH kan tilby. Disse spørsmålene tas ikke spesielt opp i den litteraturen vi har gjennomgått her, men de er vel kjent fra en norsk virkelighet som kilde til konflikt og usikkerhet mellom barnevernet og andre.

Avslutningsvis påpekes mangel på ressurser for MASH, særlig når det gjelder personale og IT-service, som hindrer de profesjonelle i å arbeide effektivt. Dette kan relateres til Atkinsons mfl. (2007) påpekning av behovet for egne ressurser hvis tverrfaglig og tverretatlig samarbeid skal fungere godt. Grunnet for arbeidet kan også bli ekstra usikkert i den grad finansieringen må komme fra alle deltakende enheter, særlig hvis representantene for noen av enhetene føler seg marginalisert i arbeidet.

Noe som ikke diskuteres inngående i evalueringen, er spørsmålet om deling av informasjon i forhold til bestemmelser om taushetsplikt. Også i den norske implementeringen forutsetter man at informasjon deles relativt fritt innen teamet, med en brannmur i forhold til utenverdenen. Det betyr at medlemmet av teamet må ha taushetsplikt også i forhold til kollegaene på sitt vanlige arbeidssted når det gjelder saker som kommer fra andre enheter. Det tas heller ikke opp om MASH på et vis blir en «stat i staten» i forhold til sakene de skal behandle, noe som igjen kan skape samarbeidsbarrierer til de andre profesjonelle på tjenestestedene som inngår i MASH.

#### 5.4.3 «BARNETS BESTE»-PROSJEKTET I GRORUD BYDEL SOM SAMARBEIDS- OG SAMORDNINGSFORUM

Prosjektet «Barnets beste» bygger, som nevnt, på ideene i MASH. Samtidig er prosjektet primært sentrert rundt barnevern, politi og barnehus, for å utvikle et tettere og enda mer koordinert samarbeid enn det som allerede finnes. Arbeidet skal organiseres i form av ukentlige møter som fører til koordinert arbeid i nye så

vel som eksisterende saker, det skal være korte frister for avhør, det skal være risikovurderinger med et eget verktøy i alle voldssaker, og man ser for seg en økning i antall anmeldelser om mishandling av barn.

«Barnets beste» bygger på MASH-modellens policy for utveksling av personidentifiserbar informasjon, med en brannmur som hindrer tilgang for andre. I forhold til Atkinson og medforfatteres (2007) diskusjon av samarbeidsprosesser, er det også et klart rasjonale for samarbeidet med formulerte mål. Prosjektet har en tydelig styringsstruktur og ledelse, som sikrer at alle med beslutningsmyndighet er representert. Dette understrekes som en viktig forutsetning i mye av litteraturen vi har gjennomgått. Imidlertid gjenstår det å se hvordan prosjektet utvikler seg i praksis.

## 5.5 Konsultasjonsteam-modellen i Vest-Norge

### 5.5.1 BESKRIVELSE AV KONSULTASJONSTEAM-MODELLEN

Konsultasjonsteamene er et lavterskeltilbud for fagfolk som arbeider med barn og unge, der man kan henvende seg hvis man er bekymret for at et barn utsettes for vold eller overgrep. Man kan legge fram en sak anonymt, og få råd og veiledning om hvordan det er best å gå videre med saken.

Initiativet til å opprette tverretatlige konsultasjonsteam ble tatt i Bergen allerede i 2005, og i løpet av hele 2010 var i alt 28 konsultasjonsteam i drift i henholdsvis Helse Bergen, Helse Stavanger og Helse Fonna. Teamene var sammensatt av representanter fra tjenester som barnevern, kommunehelsetjeneste, PPT, BUP, familievern, politi m.fl. De fleste var koordinert av barneverntjenesten. Teamene møtte jevnlig, som oftest en gang i måneden. De ble fulgt opp av Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region Vest (RVTS Vest), som også gjennomførte den første systematiseringen av erfaringen med modellen.

I 2009 ble det utarbeidet et felles registreringsskjema for alle teamene, der man samlet inn opplysninger om hvem som ba om konsultasjon, hvem i teamet som deltok i diskusjonen, kjennetegn ved barnet, hvilke belastningsforhold konsultasjonen gjaldt, beskrivelse av saken og bakgrunnen for den og hvilke råd som ble gitt. Sakene gjaldt primært ulike former for vold, men også spørsmål om kjønnslemlestelse, tvangsekteskap, menneskehandel og annet. Modellen er beskrevet i en artikkel som bygger på hovedfunnene fra teamenes registreringer i løpet av hele 2010 (Nordanger mfl., 2012). I alt omfattet analysene 392 saker fra 24 av teamene.

### 5.5.2 BRUKEN AV KONSULTASJONSTEAMENE

I analysen fant man at teamene ble brukt av mange tjenester, men først og fremst av barnevern, skole og barnehage, og i mindre grad av spesialiserte tjenester. Det kan skyldes at disse har høyere kompetanse allerede, men det gikk ikke an å konkludere her. Videre var det en overrepresentasjon av meldinger om 4–6-åringer, og en overrepresentasjon av meldinger om barn av annen etnisk opprinnelse enn norsk. Bekymringen bunnet som oftest i noe barnet selv hadde sagt eller fortalt, men også som følge av observasjoner av barnets atferd.

Det vanligste rådet som ble gitt, var å gå tilbake til barnet for å ha en avdekkende samtale med henblikk på å få utfyllende informasjon om hva som hadde skjedd (53,8 %). Ellers ble det typisk gitt råd om å melde saken til barnevernet (32,7 %) eller henvise den til BUP (12,9 %), men i nærmere 20 prosent av sakene ble den som henvendte seg, oppfordret til å politianmelde saken (flere enn ett råd kunne også gis).

Forfatterne diskuterer blant annet den relativt høye andelen saker som angår barn med annen etnisk bakgrunn enn norsk, og stiller spørsmål om dette skyldes ekstra usikkerhet i forhold til disse versus norske familier.

At det vanligste rådet er å gå tilbake til barnet for å ha en utfyllende samtale, illustrerer etter forfatternes oppfatning at konsultasjonsteamene tjener sin tiltenkte funksjon og blir et forum hvor bekymringer kan tas opp på et tidlig stadium. At politianmeldelse ble anbefalt i nærmere en femtedel av sakene, forstås på den andre siden som uttrykk for at konsultasjonsteamene også fanger opp mange alvorlige saker.

### 5.5.3 KONSULTASJONSTEAMENE SOM SAMARBEIDS- OG SAMORDNINGSFORUM

Konklusjonen i artikkelen er at konsultasjonsteamene er en struktur som det er nyttig å bygge videre på, gjerne kombinert med generell kompetanseutvikling i forhold til tjenestene. Vi vet ikke hvordan utviklingen har vært etter 2011.

Hvis vi vurderer konsultasjonsteamene i forhold til nivåer for struktur og forpliktelse på samarbeidet, er de eksempler på styringsgrupper uten ressurser, organisert som et forum som kan ta beslutninger (for eksempel om å foreslå en ny samtale, politianmeldelse osv.). Beslutningene må imidlertid implementeres via de samarbeidende organisasjonene.

Konsultasjonsteammodellen kan i prinsippet fungere horisontalt, med muligheter for læring på tvers av sektorer, fordi teamene er sammensatt av personer

med ulik kompetanse og ulik sektortilhørighet. I hvor stor grad dette skjer, vil imidlertid avhenge av samarbeidsrelasjonene internt, et tema som ikke blir diskutert i denne artikkelen. I forhold til samarbeidsprosesser, har teamene en klar hensikt som også innebærer informasjonsutveksling, dog anonymt. Her skiller modellen seg fra MASH-modellen, der personidentifiserbar informasjon er en viktig faktor. I artikkelen diskuteres ikke spesielle barrierer for samhandlingen.

## 5.6 Helhetlig organisering av tjenester for barn og unge

### 5.6.1 KORT OM PROSJEKTET

Prosjektet ble gjennomført av Møreforskning på oppdrag av Kommunenes Sentralforbund (KS). Hensikten var å undersøke hva som er typisk for kommuner som gir gode og effektive tjenester til barn og unge, og hva kommuner vektlegger for å sikre kontinuitet og god og effektiv tjenesteytelse for brukerne gjennom tverrfaglig og tverretatlig samhandling og samarbeid. Utgangspunktet er at utsatte barn og unge har behov for tjenester fra flere instanser som gjerne er underlagt flere lov- og avtaleverk, noe som stiller krav til samordning av tjenestetilbudet. I 2008 fant tilsynsmyndighetene store avvik når det gjaldt i hvilken grad utsatte barn og unge ble fanget opp, samt i tjenestene til denne gruppen, med brudd på regelverk i nærmere 80 prosent av de undersøkte kommunene (Helsetilsynet, 2009).

Datagrunnlaget var en nasjonal spørreundersøkelse om kommunenes tjenester til utsatte barn og unge, analyser av kommunenes egne registreringer (KOSTRA-tall) samt en casestudie i sju kommuner. Det har imidlertid ikke vært mulig innenfor rammen av vårt prosjekt å beskrive alle de ulike tilbudene som finnes. For vårt formål er det også av størst interesse å se nærmere på resultatene som relaterer seg til temaet samarbeid.

### 5.6.2 RESULTATER OM TVERRFAGLIG OG TVERRETATLIG SAMARBEID

Kaurstad med flere (2015) har skrevet en omfattende og detaljert rapport, og det faller for langt å gå grundig gjennom den her. Vi har derfor valgt å fokusere på de viktigste resultatene om barrierer og suksessfaktorer for godt tverrfaglig og tverretatlig samarbeid.

Prosjektet hadde seks hovedproblemstillinger:

- Hvilke strategier og virkemidler for samhandling og samarbeid kommunene velger mht. målgruppa
- Hvilke tjenester som anses som spesielt viktige
- Hvilke faktorer som hemmer og fremmer samhandling
- Om det er sammenhenger mellom ressursinnsats og resultater, og om hvordan dette er for barnevernet i forhold til andre tjenester for barn og unge
- Hvordan behovet for barneverntjenester påvirkes av tiltak og arbeid i helsestasjonstjenesten og barnevernets tjenester
- Utvikling av gode indikatorer for god samhandling og resultater av samhandlingen

Kaurstad og medforfattere (2015, s. 101) viser til en innstilling fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2014), som peker ut følgende kriterier for at kommunene skal ivareta sin rolle som tjenesteyter: Tilstrekkelig kapasitet, relevant kompetanse, effektiv tjenesteyting, økonomisk soliditet og valgfrihet i tjenestene. Forfatterne viser også til at de sju casekommunene stort sett ser ut til å ha forholdt seg til disse kriteriene. De er imidlertid svært generelle, følgelig blir det av interesse å undersøke nærmere hvordan kriteriene operasjonaliseres i kommuner med ulik størrelse, ulik organisering og ulik økonomisk situasjon.

Rapportens oppsummering av suksessfaktorer på grunnlag av intervjuene med caseskommunene, er overensstemmende med det vi har funnet i annen litteratur: Oppsummert dreier de seg for det første om *kompetanseheving*, gjerne felles, både om relevante fagområder og ledelse og samhandling. Å være en lærende organisasjon vektlegges også. Videre understrekes *ledelsens betydning* sterkt, både når det gjelder forpliktelse og tilrettelegging. Og her må ledelsen på tvers av sektorer og instanser også være samkjørt. Dessuten må ledelsen ansvarliggjøres gjennom tydelige beslutningslinjer og tette lederdialoger. Det trengs en sterk *samhandlingskultur*, som krever kontinuerlig arbeid, men som også avhenger av samhandling med ordinær drift i tjenestene. Det trengs dessuten *organisatoriske grep*, for eksempel knyttet til samlokalisering, fora for samarbeid og nettverksorganisering. Egentlig berøres her både samarbeidsrelasjoner, samarbeidsprosesser og ressurser. Og det er nødvendig å utvikle budsjettmodeller for samhandling og tverrfaglig arbeid, særlig i kommuner med resultatenheter. Dette siste er i tråd med diskusjonen i Head og Alford (2015) om «wicked problems».

I rapporten nevnes imidlertid også noen tilleggsmomenter som ikke har vært like mye framme i annen litteratur (Kaurstad mfl., 2015, s. 101). For det første tar de inn målgruppene for innsatsen, i form av et behov for satsing på økt foreldrekompetanse i forebyggende perspektiv, og for det andre at deltakelse i denne typen samhandlingsprosjekt faktisk stiller krav til kommunen om prioritering av barn og unge. Langsiktig og overordnet satsing sørger dessuten for en rød tråd i arbeidet, og handler om synlig forpliktelse fra kommunens side.

Videre understrekes fordelene med samarbeid med forsknings- og kompetansemiljø, med derav følgende muligheter for bistand til kompetanseheving. I tillegg kommer betydningen av å søke om eksterne prosjektmidler, så kommunene kan frikjøpe tid til å prøve ut nye tiltak.

For det tredje diskuteres bruk av gode indikatorer på godt samarbeid så vel som gode resultater for brukerne. Dermed beveger forfatterne seg utenfor rammen for selve samarbeidet, og trekker fram viktige, kontekstuelle forhold.

## 5.7 Evaluering av interkommunalt samarbeid i barnevernet

### 5.7.1 KORT BESKRIVELSE AV INTERKOMMUNALT SAMARBEID

Interkommunalt samarbeid i barnevernet har gradvis grepet mer om seg, ikke minst på grunn av at mange småkommuner har problemer med å få arbeidet godt nok med de alvorligste sakene (Andrews mfl., 2015). Småkommunene kan mangle kvalifisert personale, eller det blir for problematisk å foreslå inngripende tiltak i en kommune der alle kjenner hverandre og har forbindelseslinjer på kryss og tvers. Hensikten med det interkommunale samarbeidet har derfor vært å bedre ressurstilgangen i barnevernet, å heve kompetansen og dessuten hjelpe hverandre der små forhold kan gjøre det vanskelig å gjennomføre undersøkelser i konfliktfylte saker (Andrews mfl., 2015, s. 9). Selv om dette samarbeidet ikke skjer på tvers av etater eller sektorer, skjer det på tvers av kommuner, mellom enheter som kan være ganske ulike når det gjelder bemanning, sakstype og saksmengde, arbeidsform osv.

Ved utgangen av september 2014 hadde i alt 202 norske kommuner etablert totalt 63 interkommunale samarbeid fordelt på 17 fylker, med fra ett til sju samarbeid per fylke. Hvert samarbeid hadde fra to til sju deltakerkommuner, men to til tre var det mest vanlige. Befolkningsstørrelsen varierte fra den minste på vel 200 innbyggere til den største med vel 125 000 innbyggere. Samarbeidene hadde vart fra et par måneder til mer enn ti år. Den vanligste fordelingen av driftsutgiftene, det vil si utover personalressursene som avgis fra hver enkelt kommune

i samarbeidet, var som en fordeling helt eller delvis etter befolkningsstørrelse (Andrews mfl., 2015, s. 5).

Fire av fem samarbeid var organisert etter en vertskommunemodell. Vertskommunen har en sentral rolle – den er arbeidsgiver, skal utføre de lovpålagte oppgavene som er overlatt til den, og vil ha beslutningsmyndighet så langt slik myndighet er delegert. Ansvar for oppgaven og myndighetsutøvelsen ligger imidlertid fortsatt hos kommunen som har delegert myndigheten (Andrews mfl., 2015, s. 12).

Analysene bygget på spørreskjemaundersøkelser til rådmennene i alle kommunene med interkommunalt barnevern, og ledere for alle de interkommunale tjenestene, samt på intervjuer med representanter for fylkesmannsembetene og lederne for Fylkesnemndene for sosiale saker.

#### 5.7.2 NOEN RESULTATER FRA EVALUERINGEN

Evalueringen skulle dreie seg om fire spørsmål: hvordan den interkommunale barneverntjenesten er organisert, hva de interkommunale barneverntjenestene har og mangler av ressurser og fagkompetanse, hvordan det interkommunale samarbeidet om barnevern fungerer, og om det er systematiske forskjeller mellom vurderingene fra de ulike informantgruppene. Her fokuserer vi på resultater om hvordan samarbeidet fungerer.

En av utfordringene for interkommunalt barnevern – og eventuell interkommunal organisering av andre tjenester – er at geografisk avstand kan føre til at tjenesten blir mindre tilgjengelig i samarbeidskommunene enn i vertskommunene, både for innbyggere og samarbeidspartnere. Det vil også være et ønske at barnevernet deltar i tverrfaglige møter i alle samarbeidskommunene, og det var delte meninger blant informantene om det skjedde i like stor grad utenfor vertskommunene. Med andre ord kunne det se ut som om en vertskommunemodell kunne føre til utfordringer for like god forankring i lokalkommunene som i vertskommunen, på grunn av tidvis store, geografiske avstander, men kanskje også fordi det kan bli en ekstra mengde med møter.

Videre viser Andrews mfl. (2015, s. 77–78) at det ikke er noen entydig sammenheng mellom størrelsen på fagmiljøet og kvaliteten på tjenestene som tilbys, enten organiseringen er kommunal eller interkommunal. Sammenslåing av barneverntjenester løser ikke nødvendigvis dagens problemer, og kan skape nye. Samtidig går det en grense for hvor lavt antall det er forsvarlig å ha i forhold til de lovpålagte oppgavene, og hovedinntrykket er at den interkommunale

organiseringen har styrket tjenesten personellmessig. På evalueringstidspunktet var det ingen av de samarbeidende tjenestene som hadde færre enn tre årsverk for fagstillinger, men flertallet hadde flere enn fem. Dette skaper et fagmiljø som er vanskelig å få til med for små enheter. I tråd med tenkningen basert på «wicked problems» mener så flere informanter at styrket ledelse i barnevernet kan bidra til å heve kvaliteten på tjenestene.

### 5.7.3 INTERKOMMUNALT SAMARBEID SOM SAMARBEIDS- OG SAMORDNINGSORGANER

Rapporten diskuterer i liten grad innholdet i samarbeidet. Samtidig kan man godt sammenlikne vertskommunemodellen med en form for virtuell organisering (jf. Atkinson mfl., 2005) med samlokalisering av personale. Samtidig vil man trenge en avklaring av ansvarsforhold og forpliktelse i forhold til de som deltar uten å være «verter», for å unngå konflikter knyttet til ulikhet i status. Evalueringen av det interkommunale samarbeidet er også en nyttig påminnelse om at geografi har betydning, og Andrews mfl. (2015) anbefaler også at man ser spesielt på samarbeid der de geografiske avstandene er store.

## 5.8 Følgeevaluering av prosjektet «Bedre tverrfaglig innsats»

### 5.8.1 BESKRIVELSE AV PROSJEKTET

Prosjekt Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI) (Helgesen, 2013) er et utviklingsprosjekt om en samhandlingsmodell for å forbedre tidlig innsats og oppfølging av utsatte barn og unge, der hovedhensikten var å tilpasse en tilsvarende dansk modell til norske forhold. Prosjektet ble gjennomført sammen med åtte nøkkelkommuner og regionale kompetansesentre på rusfeltet, og hensikten var å være til inspirasjon for alle landets kommuner. Prosjektet ble gjennomført i regi av Helsedirektoratet. Modellen har flere verktøy for å fange opp utsatte barn og unge, samt deres foreldre, på et tidlig tidspunkt i en hendelsesforløp, og dessuten verktøy for samhandling mellom aktuelle, kommunale tjenester for at disse skal kunne gi et tilbud. Den overordnede målsettingen er å hindre brudd i oppfølging.

For å koordinere det tverrfaglige samarbeidet er det et minimumskrav til deltakende kommuner at de tar i bruk noen virkemidler. Det første er den såkalte «stafettholderen», som er den fysiske personen eller tjenesteenheten i kommunen som har fått i oppgave å være kontaktperson eller ansvarshaver for barnet eller ungdommen, som har fått opprettet en sak. Videre kreves en «stafettlogg», som er en opprettet sak, eller et notat, angående barnet eller ungdommen og hva som



skjer i arbeidet med å følge opp. For det tredje skal saksgangen beskrives (Helgesen, 2013, s. 10).

Hoveddelen av analysen bygger på en spørreskjemaundersøkelse som skulle kartlegge situasjonen i de deltakende kommunene før prosjektet ble iverksatt. Undersøkelsen ble sendt til 5 000 medarbeidere og ledere i tjenestestedene i pilotkommunene, hvorav knapt halvparten svarte. Dernest ble det gjennomført telefonintervjuer med alle prosjektlederne, og en dokumentstudie. Det ble gjennomført analyser av det tverrfaglige samarbeidet i de åtte kommunene, prosjektenes forankring i den kommunale organisasjonen og behov for opplæring.

De åtte kommunene som inngikk i studien, varierte i innbyggertall fra mellom 5 og 6 000 til mellom 35 og 75 000.

### 5.8.2 NOEN RESULTATER FRA EVALUERINGEN

Det tverrfaglige arbeidet i kommunene ble analysert i forhold til den såkalte samordningstrappen, som er en litt annen måte å diskutere forpliktelse på enn det vi har vært inne på tidligere. Samordningstrappen har fem trinn, nemlig informasjon, konsultasjon, dialog og diskusjon, enighet om meninger og holdninger samt felles handling. De to første trinnene kan forholde seg bare til individnivået, det midterste kan forholde seg til både individ- og systemnivå, mens de to siste krever systemnivå og derved samordning. Og mens samarbeid i større grad er frivillig, foregår samordning innenfor klare rammer der det er bevissthet om hvordan ulike aktørers handlinger skal knyttes sammen for å trekke i samme retning (Helgesen, 2013, s. 7).

Helgesen (2013, s. 99) lister opp flere av suksessfaktorene for godt samarbeid som vi har vært inne på tidligere, og diskuterer dem i forhold til samordningstrappen. For det første opplevde informantene at informasjon ikke flyter slik den bør for å unngå konflikter, i den forstand at deltakerne i samarbeidet opplevde hverandre, og særlig barnevernet, som lite villige til å dele informasjon. Dette har igjen sammenheng med usikkerhet rundt bestemmelsene om taushetsplikt, som vi kommer nærmere tilbake til i del 5.9 (Stang mfl., 2013).

Det andre steget i samordningstrappen er konsultasjon, og også her fant Helgesen mange barrierer. De viktigste var tydelighet i roller og ansvar for oppfølging. Dette kunne igjen ha sammenheng med manglende tillit, for eksempel på grunn av opplevd ansvarsfraskrivelse, misforstått bruk av taushetsplikt, manglende ressurser og kapasitet i andre tjenester, og manglende kompetanse og kunnskap om tverrfaglig samarbeid (Helgesen 2013, s. 101).

Det tredje steget er dialog og diskusjon, som forutsetter både kunnskap om at det finnes et samarbeidsteam og deltakelse i diskusjoner. Her viste det seg at mange informanter manglet kunnskap om at teamet fantes, og det manglet tydeligvis en felles forståelse av når og hvorfor en bekymring skulle tas videre. Her har forekomsten av mistillit i relasjonen stor betydning (Helgesen 2013, s. 102). Både MASH og andre konsultasjonsteam er avhengige av at saker meldes til dem, akkurat som barneverntjenesten er det. Helgesens evaluering viser med all tydelighet at det ikke er tilstrekkelig at en ordning etableres, selv med støtte ovenfra. Den må også orienteres ordentlig om og forankres i de lokale strukturene som skal bruke tjenesten.

Enighet om meninger og holdninger er det nest øverste trinnet på stigen. Som Helgesen (2013, s. 102-103) påpeker, må man her ha et systemisk fokus på samarbeid og samordning der det kreves tilrettelegging for kontinuerlig samarbeid. Partene må tilpasse seg til hverandre, og fravær av domenekonflikter og opplevd likeverd er nødvendig. Her manglet det også mye kunnskap blant informantene i evalueringen, blant annet om hvordan det tverrfaglige teamet i deres kommune var organisert. Det var en utfordring å være klar i bruken av begreper, ord og uttrykk, og få en felles forståelse av disse. Selv om medarbeiderne i pilotprosjektet ble tilbudt utdanning spesifikt i tverrfaglig og tverretatlig samarbeid, var det likevel en utfordring å spre denne kunnskapen til de som ikke hadde deltatt i utdanningen.

Det øverste trinnet i samordningstrappen er felles handling, som bygger på de foregående trinnene. Det viste seg problematisk for pilotkommunene å komme fram til felles meninger og holdninger. Dette krever at det eksisterer noen rutiner, faste møtefora eller tverrfaglige team, noe som igjen krever ressurser som er spesifikt rettet mot tverrfaglig samarbeid. Ressurser dreier seg ikke bare om tid, som også Atkinson mfl. (2007) påpekte, men om ting som IT, stillingsandeler osv. Helgesen (2013, s. 104) antyder også at det kan være nødvendig å se på innholdet og rutiner for møter som holdes, spesielt hvis barn, unge og foresatte skal delta. Dessuten må det eksistere ressurser til å tilby tiltak og følge opp hvordan det går – som gjerne ikke skjer i regi av teamet, men i regi av de tjenestene som har ansvaret for tjenesteytingen. Dette var det også lite kunnskap om blant Helgesens informanter.

### 5.8.3 «BEDRE TVERRFAGLIG INNSATS» (BTI) SOM SAMARBEIDS- OG SAMORDNINGSORGAN

Evalueringen av BTI diskuterer barrierer og suksesskriterier for godt, tverrfaglig samarbeid, og ser betydningen av dem i forhold til graden av forpliktelse som følger av den fem trinns store samordningstrappen. Strukturen på samarbeidet kan ses som en styringsgruppe uten ressurser, med mindre det settes av ressurser til samarbeidet, men med form som en koordinert tjeneste (Atkinson mfl., 2005).

En viktig innsikt fra denne evalueringen, er betoningen av at systemnivået blir viktigere jo mer forpliktende samarbeidet er, det vil si jo lenger oppover i samordningsstigen man beveger seg. En annen, viktig innsikt, er betydningen av å bruke tid på å informere og forankre bredt i en kommune når et samarbeidstiltak igangsettes, og tid og ressurser på å lære opp profesjonelle i tverrfaglig samarbeid.

BTI opererer også med horisontalt samarbeid, men Helgesen (2013) diskuterer ikke eksplisitt spørsmål knyttet til kjennetegn ved «wicked problems». Indirekte kommer hun imidlertid inn på det gjennom diskusjonen av hvor viktig det er å ha et felles begrepsapparat, samt å ha kjennskap til hverandres ansvar og arbeidsform.

## 5.9 Betydningen av bestemmelsene om taushetsplikt

Stang mfl. (2013) kartla rettsoppfatninger og praktisering av bestemmelsene om taushetsplikt, opplysningsplikt og opplysningsrett mellom samarbeidende etater, blant annet helse- og omsorgstjenestene, politiet, kriminalomsorgen, barnevernet og barnehage/skole. Prosjektet hadde en rekke problemstillinger, som dels dreide seg om hva informantene visste, i hvor stor grad regelverket ble opplevd som en hindring for samarbeid, om man benyttet seg av reglene for samtykke på den ene siden og anonymisering på den andre, og om barneverntjenesten oppfyller plikten til å gi tilbakemelding til melder. Datagrunnlaget var en litteraturstudie, samt semi-strukturerte intervjuer og en omfattende spørreundersøkelse i fire utvalgte kommuner og en bydel i Oslo.

Rapporten formidler tre sentrale funn: Det første er at reglene for taushetsplikt generelt oppfattes som verdifulle og nødvendige, og ikke oppleves som et hinder for samarbeid i praksis. Imidlertid kommer ikke all nødvendig informasjon fram, og man savner bedre samarbeid mellom etatene. Det framstår imidlertid som noe uklart om det er regelverket i seg selv eller andre forhold som påvirker hvorvidt informasjon faktisk blir delt. Dermed kommer man tilbake til de barrierene for samarbeid litteraturen vi har gjennomgått, poengterer på ulike

måter – som tillit mellom samarbeidspartnere, personlige relasjoner, manglende kunnskap om andre etater, manglende tid osv.

Det andre, sentrale funnet var at informantene i liten grad leser i lovverk, rundskriv og veiledere, til tross for at man kjenner seg usikker på gjeldende regler. Materialet kan være lite tilgjengelig, og det varierer i hvor stor grad det blir holdt kurs om tematikken. Det kom fram at lederens kunnskap om og opptatthet av regelverket hadde stor betydning.

Det siste, framtreddende funnet var at det særlig er taushetspliktens unntaksbestemmelser som er lite kjent. Opplysningsplikten til barnevernet er godt kjent, men ikke den til andre instanser.

Stang mfl. (2013, s. 10) konkluderer med at hovedproblemet er det store mangfoldet av lover og retningslinjer på feltet. Selv om profesjonelle mestrer lovverk og retningslinjer på sin egen arena, som kanskje det første, sentrale funnet er en indikasjon på, er det mindre vanlig å mestre mer enn en arena. Dermed blir det usikkerhet, og samarbeidet vanskeliggjøres, og spørsmålet om samordning av lovverket kommer automatisk opp.

Det ligger utenfor rammen for kunnskapsoversikten å referere innholdet i akkurat denne rapporten mer inngående, men det er åpenbart at spørsmålet om regler for taushetsplikt og deling av informasjon vil være en sentral dimensjon i enhver form for samarbeid av mer forpliktende art. Da trengs kunnskap på tvers, og autoritative retningslinjer som kan redusere muligheten for motstridende tolkninger og konflikter.

## 5.10 Avslutning

I dette kapitlet har vi presentert i alt sju prosjekter om tverrfaglig og tverretatlig/tverrsektorielt samarbeid. Tre av dem handlet direkte om barn som utsettes for vold, overgrep og omsorgssvikt, og diskuterte enkeltstående prosjekter. Tre av dem handlet mer generelt om innsatser i forhold til utsatte barn og unge, og beveget seg fra en landsdekkende evaluering via analyse av interkommunalt barnevernsarbeid til et pilotprosjekt som omfattet åtte kommuner. Det siste prosjektet analyserte forståelser av taushetsplikt, opplysningsplikt og opplysningsrett spesielt, ettersom dette går igjen som et helt sentralt tema.

Som påpekt underveis, går de samme poengene igjen fra prosjekt til prosjekt når det gjelder kriterier for god samhandling og samordning. Det underbygger en konklusjon om at resultatene i den meget omfattende litteraturen på feltet er rimelig gyldige, og virker ganske sammenfallende på tvers av land. Men

spørsmålet som stadig melder seg, er hvilke av disse suksesskriteriene som har spesiell betydning i saker der det forekommer alvorlig vold, mishandling og overgrep. Dette spørsmålet blir særlig viktig fordi svært mye av litteraturen ikke skiller mellom ulike sakstyper og resultatene derfor blir ganske generelle. Spørsmålet er om alle indikatorene vil være viktige for samarbeid i de alvorlige sakene, bare i sterkere grad, eller om noen er viktigere enn andre. Det siste er det vanskelig for oss å besvare på bakgrunn av de prosjektene vi har beskrevet her, da bortsett fra at god håndtering av taushetspliktsbestemmelsene går igjen som vesentlig. Det er også tenkelig at gjensidig kjennskap og tillit vil være spesielt viktig i de vanskeligste sakene, og ikke minst en god og forpliktet ledelse som støtter de profesjonelle og har godt samarbeid med ledere på samme nivå i de samarbeidende etatene.

Vi har derimot ikke muligheter for å ta stilling til hva slags organisasjonsform eller hva slags form for forpliktelse som fungerer best. Her kunne det vært nyttig med mer komparativ forskning som så mer på organisasjonsform og ikke like mye på enkeltstående indikatorer. Det ville også åpne for bedre analyser av hvordan de ulike elementene samvirker med hverandre.

De fleste prosjektene som er tatt med her, beskriver horisontalt samarbeid – selv om ingen spesifikt reflekterer over hva det betyr i forhold til et sektorisert tjenesteapparat. Men det at samarbeid og samordning på tvers blir et tema, er i tråd med Difis (2014) påpekning av at vi i stadig sterkere grad møter problemer som krever horisontal samordning – kanskje til og med som en konsekvens av den økende sektoriseringen fra siste del av 1900-tallet.

I de prosjektene vi har gjennomgått, har vi heller ikke sett direkte referanser til «wicked problems» i den forstand at prosjektene har reflektert spesielt over betydningen av å måtte forholde seg til komplekse problemer med mangesidige årsaksforhold, der det ofte ikke er én løsning. Dette selv om en del av virkemidlene, for eksempel knyttet til ledelse og kompetanseutvikling, er i tråd med forslagene til Head og Alford (2015). Det kunne vært ønskelig med forskning som sammenlikner samarbeid og samordning når problemene er «wicked» og når de er mindre kompliserte.

Med unntak av den landsdekkende analysen til Kaurstad mfl. (2015), ser det ut til at de andre prosjektene i liten grad har vært opptatt av å bruke indikatorer på samarbeid. De kan bruke mer eller mindre strukturerte skjemaer for å vurdere risiko, for eksempel, eller for å kartlegge brukere eller klienter. De kan også registrere samarbeidsprosesser. Det det er snakk om her, er imidlertid kartlegging

av selve samarbeidet og dets resultater, som igjen ville vært en nyttig videreføring av det arbeidet som allerede er gjort. Disse forfatterne peker også på betydningen av at miljøer som prøver ut samarbeids- og samordningstiltak, inngår i dialog med kompetanse- og forskningsmiljøer. Dette kan for eksempel skje ved hjelp av følgeevalueringer.

Samtlige av prosjektene er rettet mot barn og unge som er utsatt i mer eller mindre alvorlig grad, og eventuelt deres foreldre. Målsettingene er gjerne klare, i form av å forebygge eller redusere risiko, eller hjelpe utsatte barn og unge på best mulig måte. Samtidig savner vi et barneperspektiv i diskusjonene, i den forstand at mer spesifikk kunnskap om barn og unge, deres behov og levekår er utgangspunktet for tenkningen om samarbeid og samordning. Unntaket er prosjekter som barnehusene, hvor kunnskap om barn og avhør har vært premissgivende for måten tiltaket er organisert på. Dessuten er evalueringen av barnehusene det eneste av våre eksempler der barn og pårørende faktisk har blitt spurt direkte om sin oppfatning av tilbudet de har mottatt.

## 6 Virkemidler for å forebygge svikt: Ulike tilnærminger til risikohåndtering

### 6.1 Introduksjon

Hensikten med dette kapitlet er å gi en oversikt over de ulike virkemidlene for å redusere forekomsten av systemsvikt som diskuteres i den litteraturen vi har gjennomgått. Å hindre at barn utsettes for vold, overgrep eller omsorgssvikt handler om å analysere risiko, for deretter å iverksette adekvate tiltak. Som vi var inne på i innledningen, er begrepet systemsvikt knyttet til risikobegrepet, og forventningen om at systemer er i stand til å kontrollere risiko. Når man bruker begrepet systemsvikt i forbindelse med at barn har blitt utsatt for alvorlig vold og overgrep, innebærer dette, slik vi tolker det, en påstand om at en eller flere deler av tjenesteapparatet ikke har fungert i tråd med samfunnets intensjon – beskytte barn mot slike handlinger.

Vi har gjennomgått studier som fokuserer på hvordan profesjonelles vurdering av risiko for vold og omsorgssvikt og beslutninger om tiltak for barn, kan gjøres bedre. Vi har identifisert fire hovedkategorier av virkemidler som innebærer ulike tilnærminger til risikohåndtering:

- ulike former for strukturerte beslutningsverktøy for å vurdere risiko for vold og overgrep i enkeltfamilier
- styrking av profesjonelles relasjonelle arbeid med utsatte barn og familier
- forbedre tjenesteapparatets evne til å lære av feil gjennom systemtilnærming til ulykker etter modell fra industrien
- redusere risikofaktorer for vold og overgrep i befolkningen generelt, en såkalt folkehelse-tilnærming. Denne tilnærmingen vurderes imidlertid som mindre viktig for vårt formål, og vi går ikke veldig grundig inn på den her.

Overordnet handler denne litteraturen om hvordan tjenesteapparatet kan settes i stand til å håndtere risiko for at barn påføres (alvorlig) skade. De ulike virkemidlene har imidlertid ulike målgrupper: Mens strukturerte beslutningsverktøy tilbys som hjelpemiddel for de profesjonelle, er systemtilnærmingen til ulykker myntet på organisasjonene. Dessuten fokuserer mye av litteraturen om virkemidler på hvordan tverrfaglig og tverretatlig samarbeid kan gjøres bedre. De ulike

virkemidlene innebærer også ulike forståelser av hva risiko er og i hvilken grad risiko kan kontrolleres fullt ut. I framstillingen av litteraturen vil vi legge vekt på å få fram disse dimensjonene ved de ulike tilnærmingene.

## 6.2 Aktuariske og strukturerte beslutningsverktøy

### SENTRALE ARTIKLER

Barlow, J., mfl. (2012). Systematic review of models analyzing significant harm. D. f. Education. London.

Bartelink, C., mfl. (2015). "Deciding on child maltreatment: A literature review on methods that improve decision-making." *Child Abuse & Neglect* 49: 142-153.

Price-Robertsen, P. & L. Bromfield (2011). Risk assessment in child protection. Melbourne, National Child Protection Clearinghouse.

Schwalbe, C. S. (2008). "Strengthening the integration of actuarial risk assessment with clinical judgment in an evidence based practice framework." *Children and Youth Services Review* 30(12): 1458-1464.

Shaw, I., mfl. (2009). "An Exemplary Scheme? An Evaluation of the Integrated Children's System." *British Journal of Social Work* 39(4): 613-626.

Shlonsky, A. & D. Wagner (2005). "The next step: Integrating actuarial risk assessment and clinical judgment into an evidence-based practice framework in CPS case management." *Children and Youth Services Review* 27(4): 409-427.

Slack, K. S., mfl. (2011). "Risk and protective factors for child neglect during early childhood: cross-study comparison." *Children and Youth Services Review* 33(8): 1354-1363.

Vatnar, S. K. B. (2015). Partnerdrap i Norge 1990-2012. En mixed methods studie av risikofaktorer for partnerdrap. Oslo Univeristetssykehus: 160.

Det finnes en meget omfattende litteratur om ulike verktøy, primært amerikansk, som skal sette profesjonelle i stand til bedre å vurdere risikoen for at et barn blir utsatt for vold og overgrep. Litteraturen reflekterer en flere tiår lang prosess på feltet, men kan samtidig kobles til dagens interesse for evidensbasert eller evidensstøttet praksis også i barnevern. Tanken er at bedre risikovurderinger gjør profesjonelle i stand til å fatte bedre beslutninger om hvorvidt man bør sette i verk tiltak for å beskytte et barn. Strukturerte verktøy for å håndtere risiko er følgelig et virkemiddel den enkelte profesjonelle skal bruke, samtidig som slike verktøy innføres på et organisasjons- eller strukturnivå, og kan ha konsekvenser for – eller være en konsekvens av – en bestemt struktur eller organisasjon. Shlonsky og Wagner



(2005) beskriver to hovedtyper av strukturerte beslutningsverktøy, aktuariske instrumenter og strukturerte kliniske verktøy.

### 6.2.1 AKTUARISKE RISIKOVURDERINGSINSTRUMENTER

*Aktuariske risikovurderingsinstrumenter* utvikles på grunnlag av statistiske analyser av sammenhenger mellom definerte risikofaktorer og det utfallet man ønsker å unngå, og bygger derfor gjerne på empirisk utviklet kunnskap. Aktuariske instrumenter kjennetegnes også av faste beslutningsregler – det er ikke rom for å trekke fra eller legge til relevant informasjon og variabler. For eksempel vil kunnskapen om at alvorlige overgrep og mishandling kan ha sammenheng med psykiske vansker og rusmiddelmisbruk for foreldrenes del, føre til at disse forholdene tas med som risikofaktorer. Det er viktig å understreke at mange verktøy tar utgangspunkt i at det allerede har forekommet mishandling, og at utfordringen da er å predikere om ny mishandling vil skje (se f.eks. Coohy mfl., 2013; Thompson & Wiley, 2009). Dette regnes som langt enklere enn å predikere noe som ennå ikke har skjedd.

Shlonsky & Wagner (2005) viser til tidlige studier som har dokumentert at aktuariske verktøy er bedre enn rene, kliniske vurderinger når det gjelder å forutsi gjentakelse av barnemishandling. De påpeker imidlertid at aktuariske verktøy i seg selv ikke kan brukes i kliniske beslutninger der man må vurdere hvilke risikofaktorer man bør fokusere mest på, eller hvilke tiltak som vil være effektive. Dessuten vil aktuariske verktøy alltid predikere risiko på gruppenivå, mens beslutninger i enkeltsaker gjelder individer som enten viser seg å være eller ikke å være i risiko. Enkeltindivider vil utsettes for mishandling og omsorgssvikt eller ikke, de kan ikke både utsettes og ikke utsettes. Aktuariske verktøy er derfor en god hjelp som referanseramme for tenkningen, men løser ikke i seg selv problemene knyttet til falske positive og falske negative.

En rekke studier har over år undersøkt i hvilken grad aktuariske verktøy kan hjelpe sosialarbeidere med å fatte bedre beslutninger i saker der det er mistanke om mishandling og omsorgssvikt. Det faller for langt å gjennomgå alle her, så vi har valgt noen få eksempler. Basert på en studie av nesten 7000 amerikanske familier som var rapportert for barnemishandling en gang, fant Coohy og medforfattere (2013) at et slikt verktøy ga gode prediksjoner av gjentakelse av barnemishandling. Gevinsten ved å bruke verktøyet var at siden de fleste familiene ble plassert i lavrisikokategorien, kunne mer forebyggingsressurser prioriteres til høyrisikofamiliene. Ulempen med å bruke verktøyet var imidlertid at man også

fikk flere falske negative, altså familier plassert i lavrisikogruppen som likevel viste seg å bli rapportert for barnemishandling på nytt. Putnam-Hornstein & Needell (2011) undersøkte hvilke variable som kunne måles ved fødsel og dernest predikere hvorvidt familien ville ha vært i kontakt med barnevernet innen fem år etter, basert på en enkelt fødselskohort i California der barnevernsdata ble koblet til generelle registerdata. Hvis barnet ble født inn i en familie der tre eller flere av noen få risikofaktorer var til stede, greide studien å identifisere halvparten av de barna som senere kom i kontakt med barnevernet, blant 15 prosent av den totale fødselskohorten. Dette nivået ville være å forvente ut fra generell kunnskap om kjennetegn ved familier som kommer i kontakt med barnevernet.

Det å være i kontakt med barnevernet, er imidlertid et langt mindre presist utfallsmål enn at alvorlig mishandling, omsorgssvikt eller overgrep blir bekreftet. I sin systematiske oversikt diskuterte Bailhache og medforfattere (2013) diagnostisk treffsikkerhet når det gjelder tidlig identifisering av mishandlede barn. Forfatterne fant nærmere 2300 artikler. De valgte ut 13 studier som inkluderte minst ett mål på treffsikkerhet, som sensitivitet, spesifisitet, prediktiv verdi eller odds ratio, som inkluderte en referanse til om mishandling faktisk hadde forekommet, og som beskrev instrumentet som var brukt. Studiene omfattet både fysisk mishandling, seksuelle overgrep og vanskjøtsel. Forfatterne fant at det er vanskelig å vurdere hvor treffsikre instrumentene var, fordi det ikke finnes noen gullstandard for å identifisere mishandlede barn. Her viser forfatterne til at både WHO's definisjon av mishandling og artikkel 19 i FNs barnekonvensjon som presiserer barns rett til ikke å bli mishandlet, er problematiske fordi mishandling ikke defineres noen av stedene. Generelt konkluderer disse forfatterne med at det foreligger lite evidens med dårlig kvalitet for treffsikkerheten i instrumenter for å identifisere mishandlede barn, og at både sensitivitet og spesifisitet er utilstrekkelig.

Et siste eksempel gjelder vanskjøtsel. Slack og medarbeidere (2011) sammenliknet tre longitudinelle studier for å identifisere risiko og beskyttende faktorer for vanskjøtsel tidlig i barndommen, definert ut fra om familien var i kontakt med barnevernet på grunn av vanskjøtsel og om liknende faktorer predikerte vanskjøtsel basert på foreldres svar på et spørreskjema om temaet. Forfatterne fant en del konsistens på tvers av studier, særlig forbundet med levekårsindikatorer som følger av dårlig økonomi, som også er rapportert av andre, men det var også forskjeller mellom studiene. Så konklusjonen er at selv om aktuariske tilnæringsmåter kan være til hjelp, er det likevel mange problemer knyttet til dem som gjør at de må brukes med omhu og kritisk sans. Dette krever

igjen kompetanse blant de som skal bruke dem til å se både svakheter og fordeler, og til å vite begrensningene ved dem. Ettersom de aller fleste av disse instrumentene er utviklet i en amerikansk kontekst, kommer i tillegg de feilkildene som er innebygget i overføring mellom kontekster som er både språklig, kulturelt og kontekstuell svært forskjellige.

Kanskje er et av problemene med diskusjonene om aktuariske verktøy en premiss om at de er brukbare, og per definisjon bedre enn klinisk skjønn alene. Aktuariske instrumenter åpner ikke for å bruke både instrumentet og skjønn i kombinasjon. Schwalbe (2008) viser til den floraen av risikovurderingsinstrumenter som er utviklet de senere årene, uten at man vet så mye om hvordan instrumentene egentlig brukes av praktikere. Med andre ord trengs det et begrepsmessig rammeverk for bruken av dem. Med henvisning til Shlonsky og Wagner (2005), er Schwalbes forslag å integrere aktuariske tilnæringsmåter med strukturerte, kliniske vurderinger i et evidensbasert rammeverk. Det samme foreslår Shlonsky og Friend (2007).

#### 6.2.2 STRUKTURERTE BESLUTNINGSVERKTØY

En videreutvikling av risikovurderingsverktøy er såkalte *strukturerte beslutningsverktøy*. Slike verktøy skal egentlig tilfredsstillende to formål: å motvirke at profesjonelt skjønn nedvurderes for sterkt i diskusjonen om fordelene med aktuariske tilnæringsmåter, og vise at det bør være mulig å integrere prediktive og kliniske vurderingsstrategier. Den internasjonale litteraturen om slike beslutningsverktøy er omfattende, og fordeler seg igjen på to hovedkategorier. Den ene er studier som tester ut validiteten av spesifikke verktøy, eller sammenligner verktøy. Den andre hovedkategorien er studier som – ofte med et kritisk utgangspunkt – undersøker nytten av slike verktøy sammenlignet med profesjonelt skjønn. Når verktøy er utviklet på grunnlag av diskusjoner mellom eksperter innen området, kalles de gjerne konsensusbaserte. Her diskuteres de to typene i fellesskap.

De Kwaadsteniet og medforfattere (2013) analyserer effekten av å innføre et bestemt strukturert beslutningsverktøy, ORBA, i en del av sosialtjenesten. Forskerne analyserte innholdet i 100 journaler etter at verktøyet hadde blitt innført, og sammenlignet disse med 60 journaler fra perioden før dette hadde skjedd. Studien viste at etter at verktøyet ble innført, inneholdt journalene mer relevant informasjon og beskrivelse av arbeidsprosessen med saken, men at journalene

fremdeles manglet begrunnelser for beslutningene som ble fattet. Studien konkluderer med at verktøyet gjør selve arbeidsprosessen mer transparent, men at det fremdeles trengs forbedringer når det gjelder å beskrive beslutningsgrunnlaget.

En oversiktsartikkel fra 2015 (Bartelink mfl., 2015) gjennomgår studier av metoder for å bistå profesjonelle i å fatte bedre beslutninger i saker der det er mistanke om mishandling av barn. De fant få *empiriske* studier som undersøker i hvilken grad ulike metoder og verktøy forbedrer beslutningsprosesser. Forfatterne fant også få studier av strukturert beslutningstaking, men vurderte at de tilgjengelige studiene viser lovende resultater. Et funn som blir løftet fram er at strukturert beslutningstaking bidrar til en mer barnesentrert og holistisk tilnærming, og gjør profesjonelle bedre i stand til å analysere komplekse situasjoner. De fant imidlertid at strukturerte verktøy ikke førte til mer samsvar mellom ulike profesjonelles beslutninger (*inter-rater agreement*). Forfatterne konkluderer derfor med at profesjonelle i større grad bør fatte beslutninger i samarbeid med kollegaer, og ved hjelp av prosesser som også involverer foreldre og barn.

Konklusjonene i studier som sammenligner aktuarisk baserte beslutning med beslutninger basert på klinisk skjønn, spriker derimot. Forfatterne anbefaler derfor at «the added value» av risikovurderingsinstrumenter blir studert nærmere. Bartelink mfl. (2015) viser også til studier av brukervedvirkning i beslutninger som virker lovende når det gjelder brukernes tilfredshet, men det finnes ikke forskning om hvilken betydning brukervedvirkning har når det gjelder å forebygge vold og overgrep. Det samme gjelder studier av hvordan involvering av storfamilien påvirker beslutningsprosesser, som i familierådslag. Forfatterne anbefaler imidlertid at man vurderer om beslutningstaking på barnevernsfeltet kan dra nytte av strukturerte verktøy, ettersom slike verktøy har vist seg nyttige i medisinske sammenhenger.

En klar begrensning ved konklusjonene i Bartelinks oversiktsstudie er at det ikke skilles mellom saker med alvorlig utfall og saker med mindre alvorlig utfall. Det er altså uvisst om for eksempel strukturerte beslutningsverktøy vil kunne hindre at barn utsettes for mishandling som får alvorlige konsekvenser for deres liv og helse. Britiske studier av *Serious Case Reviews*<sup>7</sup> argumenterer gjennomgående for at det var umulig å forutse de mest alvorlige utfallene. Et eksempel er

---

<sup>7</sup> Serious case reviews er en britisk ordning for gjennomgang av saker der barn har dødd eller blitt alvorlig skadet og det er mistanke om vold eller overgrep kan ha funnet sted. Vi går nærmere inn på denne ordningen og forskningslitteraturen omkring den i neste kapittel.

Brandons (2009) gjennomgang av 161 barnedødsfall i Storbritannia. Hun argumenterer for at de fleste av disse verst-tenkelig-utfall-sakene var for komplekse til at profesjonelle kunne se hva som var i ferd med å skje, og at ikke mer enn rundt halvparten av barna var kjent for sosial- og barnevernstjenesten da de døde.

Brandons studie viste imidlertid at en langt større andel av de voksne omsorgspersonene som hadde gjort seg skyldig i fatal omsorgssvikt eller overgrep var kjent for sosialtjenesten. Studien viste dessuten at det i liten grad var etablert forbindelser *mellom* tjenestene som hadde ansvar for de voksne og barnevernstjenesten, og at det var lite bevissthet i tjenesteapparatet om forbindelsen mellom familievold – som var kjent i mange av disse sakene – og vold mot barn. Med andre ord gjelder poenget med horisontalt samarbeid også på tvers av ansvarsområder, ikke bare på tvers av sektorer.

På denne bakgrunnen er det relevant å nevne en ny norsk studie som undersøker om strukturerte risikovurderingsverktøy kan bidra til å identifisere personer og situasjoner med høy risiko for partnerdrap: Solveig K. B. Vatnar analyserte partnerdrap begått i Norge i perioden 1990–2012 gjennom en kombinasjon av strukturerte voldsrisikoinstrumenter og individuelle risikovurderinger (Vatnar, 2015). Studien viser at i de fleste av partnerdrapssakene hadde ulike deler av tjenesteapparatet og privatpersoner, ofte nær familie, observert forhold som i forskningen er dokumentert å være risikofaktorer for partnervold og partnerdrap. Vatnar understreker imidlertid at det er viktig å skille mellom prediksjon og risikoanalyse:

Poenget med risikoanalyser er ikke å forutsi partnerdrap, men å gjøre strukturerte vurderinger av i hvilke situasjoner og for hvilke personer risikoen for partnerdrap er høy, og på grunnlag av disse analysene iverksette intervensjoner for å redusere risikoen (Vatnar, 2015, s. 17).

På grunnlag av sin studie konkluderer Vatnar med at:

... dersom vi systematisk og strukturert registrerer partnervold i interaksjon med sosiodemografiske data, kliniske faktorer, kontekst, kontakt med helsevesen, politi, hjelpeapparat og informasjon fra privatpersoner, har vi reelle muligheter til å identifisere saker med høy risiko for partnerdrap (Vatnar, 2015, s. 17).

Et spørsmål det er relevant å stille i lys av Vatnars studie, er om tilsvarende former for strukturert risikoanalyse med tanke på alvorlige utfall er mulig og eventuelt ønskelig innenfor barnevernet.

Et eksempel på et strukturert risikovurderingsverktøy som brukes i Norge, er «Sjekkliste for bedømming av risiko for fremtidig partnervold (SARA:SV)<sup>8</sup>. Instrumentet er beregnet på menn over 18 år, består av 20 items i en sjekkliste som er konkret knyttet til voldsbruk, og tar 60–90 minutter å gjennomføre. Den kan brukes av personer uten spesiell opplæring i verktøyet. I følge firmaets nettsider kan SARA hjelpe profesjonelle innen politi og rettsvesen med å forutsi sannsynligheten for partnervold. Testresultatene brukes til å vurdere risikoen i et enkelttilfelle som høy, middels eller lav, som igjen styrer om det iverksettes beskyttelsestiltak eller ikke fra politiets side, og hvor omfattende tiltakene eventuelt er.

Et annet eksempel på et strukturert beslutningsverktøy, er det såkalte Child Abuse Risk Evaluation (CARE)<sup>9</sup>, som ble utviklet i Canada på 1990-tallet og siden har blitt eksportert til både England, Nederland og Norge (Agar 2002). Dette er en slags sjekkliste med 14 risikoområder som knyttes til forhistorien (evt. tidligere mishandling), kjennetegn ved foreldrene (ni områder), og kjennetegn ved barnet, ressursene i familien, mangel på sosial støtte og partnervold. Valget av områder bygger på en omfattende litteraturgjennomgang, og manualen, som er fritt tilgjengelig på nettet, beskriver også grundig hvordan svarene skal skåres. Igjen er hensikten å differensiere mellom lav, middels og høy risiko på bakgrunn av denne skåringen.

Det finnes en rekke strukturerte beslutningsverktøy, som det finnes en rekke aktuariske verktøy. Eksistensen av dem reflekterer nok behovene til både profesjonelle og administrativt ansvarlige for å få hjelp med de vanskelige avveiningene det innebærer å skulle predikere et utfall av vanskelige saker i et univers preget av stor usikkerhet.

Både Barlow med medarbeidere (2012) og Price-Robertson og Bromfield (2011) setter aktuariske og strukturerte (noen kaller dem også konsensusbaserte) beslutningsverktøy opp mot hverandre for å få fram fordeler og ulemper med begge metoder. Her referer vi oversikten til Price-Robertson og Bromfield (2011) som en inngang til kapitlets avsluttende del, der vi oppsummerer de mer generelle diskusjonene om aktuariske og strukturerte verktøy. Disse forfatterne oppsummerer følgende fordeler og ulemper ved de to tilnæringsmåtene (Tabell 6.1).

Tabellen illustrerer at det er få enkle svar i debatten mellom ulike typer måleinstrumenter, og uansett hva noen hevder, er det ikke klart at en type alltid er mer effektiv enn en annen. Ingen av tilnæringsmåtene kan garantere at det

---

<sup>8</sup> Se <http://www.mhs.com/product.aspx?gr=saf&id=overview&prod=sara>

<sup>9</sup> Manualen er tilgjengelig på [http://sifer.no/files/CARE\\_Manual.pdf](http://sifer.no/files/CARE_Manual.pdf)

systematisk fattes treffsikre beslutninger, og det vil alltid forekomme falske positive og falske negative. Generelt påpeker dog forfatterne at hvis målet med en vurdering er å identifisere de som trenger ytterligere utredninger, er det sannsynlig at aktuariske metoder vil predikere mer nøyaktig ettersom de innebærer en statistisk modellering basert på kjente risikofaktorer. Dette kan hjelpe praktikere med å prioritere ressurser ut fra hvilke undergrupper med barn som er i høyest risiko for å bli henvist om igjen til barnevernet. Aktuariske verktøy kan imidlertid ikke brukes som et verktøy for å planlegge framgangsmåten i den enkelte saken.

Tabell 6.1: Fordeler og ulemper ved aktuariske og strukturerte (konsensusbaserte) tilnæringsmåter

	Fordeler	Ulemper
<b>Aktuariske tilnæringsmåter</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bruker gjerne færre faktorer enn konsensusbaserte verktøy – det skal hjelpe praktikere med å fokusere på de mest betydningsfulle faktorene.</li> <li>• Gir presise, probabilistiske estimater for videre mishandling.</li> <li>• De empiriske analysene er ofte gjort i området hvor undersøkelsene skal gjennomføres, noe som bidrar til å øke verktøyets treffsikkerhet og relevans.</li> <li>• Man bruker ulike variable for å predikere ulike former for mishandling.</li> <li>• Slike verktøy visere sterkere inter-rater reliabilitet og prediktiv validitet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vektlegger i mindre grad unike, uvanlige eller kontekstspesifikke faktorer som kan identifiseres ved hjelp av de mer fleksible konsensusbaserte verktøyene.</li> <li>• Vil gjerne ikke inkorporere eller legge til rette for bruk av praksisbasert kunnskap.</li> <li>• Kan bli ineffektive hvis de brukes i situasjoner som er veldig ulike situasjonene verktøyet ble utviklet i (for eksempel hvis et populasjonsbasert verktøy brukes i forhold til en minoritetsbefolkning).</li> <li>• Kan bli avvist av noen praktikere på grunn av manglende teoribasering. Omvendt kan de være sårbare for forventninger om at de alltid kommer med riktige prediksjoner</li> </ul>
<b>Strukturerte (konsensusbaserte) tilnæringsmåter</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tillater større fleksibilitet i vurderingene enn aktuariske verktøy.</li> <li>• Innfører ofte ikke restriksjoner når det gjelder vektning eller kombinasjon av ulike faktorer.</li> <li>• Vektlegger en utdypende risikovurdering.</li> <li>• Inkorporerer kliniske vurderinger og praksiskunnskap fra erfarne klinikere.</li> <li>• Viser noe evidens for reliabilitet og validitet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er rapportert at inter-rater reliabilitet og prediktiv validitet er dårlig sammenliknet med aktuariske verktøy.</li> <li>• Kan være dårlig konseptualisert, med svakt definerte og flertydige risikoinndikatorer.</li> <li>• Kan være vel subjektive og for avhengige av profesjonelt skjønn.</li> <li>• Bruker ofte samme indikatorer for å predikere mishandling, selv om ulike typer mishandling kan knyttes til ulike indikatorer.</li> </ul>

Hvis målsettingen med en utredning er å få en grundig og god forståelse av et enkelt barn eller en enkelt familie for å finne ut hva slags tjenester de trenger, kan det tenkes at en strukturert eller konsensusbasert tilnæringsmåte er mest effektiv

fordi disse gjerne er mer fleksible, inkorporerer flere områder og gir mer informasjon (Austin, mfl. 2005). Resultatene av en slik utredning kan derfor enklere knyttes til en handlingsplan for arbeidet med å redusere risiko sammen med barn og familier. Med andre ord konkluderer Price-Robertson og Bromfield (2011) med at begge tilnæringsmåter er nyttige, men til hver sine formål. For vårt formål vil vi trekke fram poenget med at aktuariske metoder kanskje ikke egner seg like godt til å identifisere enkeltbarn og enkeltfamilier som er i størst risiko, selv om de gir svært nyttig informasjon om risikogrupper i sin alminnelighet. Imidlertid bør et hvert instrument som overføres fra et land til et annet, valideres nasjonale og lokalt før det benyttes, slik de er vanlig med andre måleinstrumenter.

I kapitlets avsluttende diskusjon oppsummerer vi de mer overordnede diskusjonene om aktuariske og strukturerte metoder.

### 6.3 Profesjonelles relasjonsbaserte arbeid med utsatte barn og familier

#### SENTRALE ARTIKLER:

Cooper, A. (2005). "Surface and depth in the Victoria Climbié Inquiry Report." *Child & Family Social Work* 10(1): 1-9.

Ferguson, H. (2010). "Walks, home visits and atmospheres: risk and the everyday practices and mobilities of social work and child protection.(Risk and Social Work: Critical Perspectives)." *British Journal of Social Work* 40(4): 1100-1117.

Farmer, E. & E. Lutman (2014). "Working Effectively with Neglected Children and Their Families – What Needs To Change?" *Child Abuse Review* 23(4): 262-273.

Fuller, T. & M. Nieto (2014). "Child welfare services and risk of child maltreatment rereports: Do services ameliorate initial risk?" *Children and Youth Services Review* 47: 46-54.

Et annet virkemiddel for å håndtere risiko for at barn kan utsettes for mishandling og overgrep, er sosialt arbeid med familier. Forskerne som argumenterer for relasjonelle tilnæringer, posisjonerer seg som oftest i opposisjon til det de oppfatter som den økende tendensen til tekniske tilnæringer til risiko – som for eksempel metodene vi har diskutert ovenfor. Heller rettes oppmerksomheten mot at sosialt arbeid er en praksis som innebærer å vurdere og redusere risiko ved hjelp av den relasjonen sosialarbeidere etablerer til familier. Vi har funnet noen, primært britiske studier, som argumenterer for mer bruk av profesjonelt skjønn og mindre bruk av både atuariske og ulike strukturerte instrumenter.



Et eksempel på denne posisjonen er Shaw mfl. (2009). Forfatterne viser til at 80 prosent av tiden i sosialt arbeid nå går med til å fylle ut skjema og registrere data. Årsaken er, hevder de, at praksisen i sosiale tjenester har utviklet seg til et risikobasert system, der den sentrale aktiviteten er overvåkning og informasjonsutveksling for å få innhentet data til å vurdere og dernest kommunisere risiko. Shaw og medforfattere kontrasterer et slikt risikobasert system med relasjonsbaserte system, der hensikten er å bygge forståelse, drive problemløsning og involvering i klienten.

En annen representant for et perspektiv som vektlegger relasjonen mellom profesjonelle og klienter som et virkemiddel for å håndtere risiko, er den britiske forskeren Henry Ferguson. Et av hans bidrag er en analyse av Victoria Climbié-granskningen (Ferguson, 2005).<sup>10</sup> Ferguson stiller spørsmålet om hvorfor de profesjonelle som hadde vært involvert i saken – ifølge det som framgikk av høringen – vegret seg for å ha direkte kontakt med Victoria og besøke henne hjemme. Fergusons hevder at de voksne som mishandlet barnet vakte sterk frykt hos sosialarbeiderne som kom i kontakt med dem, og at Viktorias smittsomme sykdom, skabb, gjorde at både sosialarbeidere og politi vegret seg og unnlot å besøke og komme nær barnet. Ferguson mener at den offentlige høringsrapporten unnlater å gå nærmere inn i dette spørsmålet, mens han mener dette er sentralt for å forstå hvorfor de forferdelige overgrepene dette barnet ble utsatt for, ble oversett. Hans generelle poeng er at disse psykologiske og emosjonelle aspektene for profesjonelle som skal beskytte barn, i for liten grad er tatt på alvor, og at profesjonelle i liten grad er rustet til å møte denne formen for risiko. I tilknytning til dette kan det være verdt å nevne hvordan profesjonelles relasjoner kan bli påvirket av barn som har en diagnose der det blir lett å tilskrive all bekymringsfull atferd tilstanden, uten å undersøke andre muligheter i tillegg. Gangdal vektlegger dette poenget i sin framstilling av Christoffer-saken (Gangdal, 2010).

I en senere publikasjon (Ferguson 2010) kritiserer Ferguson den ensidige vektlegging av systemisk risiko. Han mener at tiltakene som har blitt iverksatt for å redusere risiko for svikt i for stor grad har rettet seg mot å bygge opp systemer for å redusere denne type risiko, ikke minst svikt i det tverretatlige apparatet. Et av problemene med dette er, mener han, at høye krav til rapportering på ulike områder, stjeler av tiden profesjonelle kan bruke til å møte barn og familier.

---

<sup>10</sup> I innledningen refererte vi til denne granskningen og den enorme offentlige oppmerksomheten saken fikk.

Dagens situasjon, der sosialarbeidere har lite tid til å møte og samhandle med foreldre og barn innebærer dermed en selvstendig risikofaktor for barn (Ferguson, 2010, s. 1114).

I stedet for å fokusere på systemisk risiko, mener Ferguson at man bør fokusere hvordan sosialt (eller profesjonelt) arbeid er selve grunnlaget for å håndtere og redusere risiko for at barn skal bli utsatt for og skadet av vold. Fergusons argument er at den profesjonelles direkte arbeid med familier er helt sentralt for å oppdage fare:

.... Moving around the home and checking on bedrooms and other intimate spaces was once regarded as best practice and we know from inquiries into children's deaths today that the absence of such mobile social work practices is a vital reason why the serious abuse of children is missed (Ferguson, 2010, s. 1109).

Cooper (2005) presenterer en lignende analyse av rapporten om Victoria Climbié-saken. Han argumenterer også for at det er et påfallende fravær av beskrivelser av sosialarbeidernes erfaringer og følelser i møtene med Victoria og hennes omsorgspersoner. Han mener dette fraværet gjør at man ikke får tak på hvilke slutninger sosialarbeiderne trakk, og hvorfor. Coopers argument er at et «levende og emosjonelt» forhold mellom sosialarbeidere og familie er nødvendig for at sosialarbeideren skal kunne gripe kjernen i relasjonene som utspiller seg i familien.

Et spørsmål som melder seg er i hvilken grad profesjonelle i barnevernet i en norsk sammenheng fungerer som sosialarbeidere på den måten som det legges til grunn i Coopers analyse. Er det andre profesjonsgrupper i det norske tjenesteapparatet som har en tettere relasjon til familier, og som kunne ha nytte av å være mer bevisste på mulighetene et nært forhold til foreldre og eller barn kan innebære for å oppdage mishandling og omsorgssvikt?

Det å ta barnas perspektiv er en side ved det relasjonelle arbeid som framheves som særskilt viktig, og som, når det mangler, kan føre til svikt. Flere av analysene av britiske *Serious Case Reviews* har understreket at profesjonelle ikke i tilstrekkelig grad har rettet oppmerksomheten mot barna, og ikke spurt om barnets synspunkter og perspektiver (Ofsted, 2011). Brandon og medforfattere (Brandon mfl., 2010) understreker at det å bygge gode relasjoner med barn og familier har stor betydning for å redusere mishandling. Samtidig understreker forfatterne at tillit skal utvikles forsiktig, og at det de omtaler som «respektfull usikkerhet» (*respectful uncertainty*) er en integrert del av praksisen. Det innebærer at sosialarbeidere må være interesserte og nysgjerrige, og våge og stille

spørsmål – for eksempel hvis foreldre eller barns forklaringer på hvordan fysiske skader er oppstått, virker usannsynlige. Forfatterne understreker videre at veiledning fra ledere og kultur for kritisk diskusjon med kollegaer er viktig for å utvikle en slik form for relasjonell praksis.

Det finnes også noen studier som er mer avventende og pessimistiske til i hvilken grad profesjonelt arbeid faktisk kan bidra til å redusere risiko. Et eksempel er en amerikansk studie som sammenlignet to grupper av familier med lik sannsynlighet for å motta tiltak på grunn av mishandling (Fuller & Nieto, 2014). Den ene gruppen mottok tiltak fra sosialtjenesten mens den andre ikke gjorde det. Studien viste at gruppen som mottok tiltak hadde høyere sannsynlighet for å bli rapportert på nytt for mishandling, til tross for at denne gruppen ikke ble vurdert som å ha høyere risiko på forhånd. Studien tyder altså på at tiltakene de fikk ikke hadde noen effekt på risikoen for at barna ble utsatt for vold. Forfatterne reiser på denne bakgrunnen spørsmål om sosial- og barnevernstjeneste har effektive nok tiltak for å forhindre mishandling. Samtidig kan studien gi en indikasjon på at om tiltakene i seg selv ikke forhindrer vold, så kan tiltak bidra til at familie blir synlig for tjenesteapparatet og at volden oppdages.

En britisk studie reiser også spørsmål ved i hvilken grad sosialt (profesjonelt) arbeid kan endre en situasjon preget av omsorgssvikt (Farmer & Lutman, 2014). Studien fulgte 138 barn som ble tilbakeført til sine biologiske familier etter at de hadde vært plassert i fosterhjem på grunn av omsorgssvikt. Studien fant at det sosiale arbeidet med familiene etter tilbakeføringen ikke rettet tilstrekkelig oppmerksomhet mot barna og deres vilkår. Forfatterne reiser spørsmålet om profesjonelle noen ganger gir foreldrene for mange sjanser til å forbedre seg, med den konsekvens at man kan komme til å overse barnas behov. De argumenterer for at håndtering av saker med omsorgssvikt krever en annen tankegang enn håndtering av saker med fysisk vold og seksuelle overgrep. Omsorgssviktsaker dreier seg om akkumulert bekymring, det vil si at beslutningen om omsorgsovertakelse vil komme som en følge av mange hendelser over tid, i stedet for (plutselige) alvorlige enkelthendelser. Studien konkluderer med at arbeidet med barn utsatt for omsorgssvikt må bli mer formalisert, men med mer dokumentasjon av barnas utvikling, slik at det finnes støtte for omsorgsovertakelse hvis det skulle bli nødvendig på et senere tidspunkt.

## 6.4 Systemtilnærming til risiko og feil

### SENTRALE ARTIKLER

- Munro, E. (2010). "Learning to reduce risk in child protection. (Risk and Social Work: Critical Perspectives)." *British Journal of Social Work* 40(4): 1135-1151.
- Munro, E. & A. Hubbard (2011). "A Systems Approach to Evaluating Organisational Change in Children's Social Care." *British Journal of Social Work* 41(4): 726.
- Turnell, A., mfl. (2013). "Soft is hardest: leading for learning in child protection services following a child fatality." *Child Welfare* 92(2): 199.

En tilnærming til vurdering og håndtering av risiko som har fått økende tilslutning de siste to-tre tiårene innenfor en rekke samfunnsområder, er det som omtales som en *systemisk innfallsvinkel*. Systemtilnærmingen er beskrevet som en tilnærming til feil og ulykker som har som mål å bidra til læring i organisasjonen og forhindre frykt- og skyldkultur i etterkant av ulykker. Begrepet systemisk er i denne sammenhengen hentet fra sikkerhetstenkning i industrien (Cull mfl., 2013). En systemisk tilnærming innebærer å ta utgangspunkt i systemets risiko for å produsere feil, og hvordan denne risikoen kan reduseres. Sentralt i denne tilnærmingen er at man er opptatt av *hvorfor* mennesker gjør feil, ikke bare av om – og eventuelt hvem – som har begått feil.

Bakgrunnen for å ta i bruk en systemtilnærming til risiko på barnevernsfeltet i den britiske sammenhengen, der litteraturen vi har funnet i hovedsak kommer fra, kan oppsummeres slik:

The child protection field, which must daily face and respond to wickedly complex social and organizational problems, has generated a perverse intellectual culture, hungry for set-piece linear causes and answers whether in policy, practice guidance and or casework. What has come to count are things that can be easily counted and what counts most, the actual interactions between families and professionals, is often overlooked (Turnell mfl., 2013, s. 213).

Bakgrunnen for dette sitatet er kritikken mot en tendens til at ansvaret og skylden for at systemet ikke alltid greier å beskytte barn, tillegges individuelle profesjonelle og enkelttjenester. I litteraturen er hovedforklaring på denne tendensen at nyliberale styringssystemer, omtalt som New Public Management, griper om seg. Kort oppsummert kjennetegnes slike styringssystemer av et krav om å definere målbare resultater og kvalitetsmål medfølgende et individuelt ansvar for å oppfylle disse. I Norge ble denne tankegangen en viktig del av statsforvaltningen fra

1980- og 1990-tallet (Difi, 2014). En annen forklaring er endringer i mediebildet, ikke minst sosiale medier, til å engasjere og informere befolkningen om slike saker (Ferguson, 2005, s. 8).

En illustrasjon på hva disse endringene innebærer i en britisk kontekst er Partons (2004) sammenligning av konsekvensene av de offentlige høringene som fulgte etter to barnedødsfall som fant sted med 30 års mellomrom – Maria Colwell-høringen i 1974 og Victoria Climbié-høringen i 2003.<sup>11</sup> I begge sakene var det tydelig at sosialarbeidere og andre i tjenesteapparatet hadde begått feil. Sosialarbeiderne som hadde vært i kontakt med barnet som døde i den første saken, ble offentlig kritisert, også i nasjonale medier, men ingen av dem mistet jobben. I den siste saken, Victoria-Climbié-saken, ble sosialarbeiderne og andre i tjenesteapparatet som hadde vært i kontakt med Victoria utsatt for massiv, offentlig kritikk, og flere av dem mistet jobben (Parton, 2004, s. 90). Høringen hadde en egen nettside hvor det kom et enormt antall treff bare i den måneden høringen foregikk, og 110 000 brukere lastet ned den 400-siders rapporten som kom ut av den. Parton peker også på en annen forskjell mellom de to høringene: Av rapporten fra den første saken, framgår det at alle fra tjenesteapparatet som ble innkalt som vitner, viste stor vilje til samarbeid og til å komme fram med sannheten. I Climbié-saken, derimot, var det en rekke vitner nektet å forklare seg, og det var åpenbart at dokumenter som opplyste saken hadde blitt ødelagt før høringen kom i gang (Parton, 2004, s. 90). I Partons fortolkning illustrerer disse forskjellene at det, i løpet av disse 30 årene som skilte hendelsene, hadde utviklet seg en fryktkultur i tjenesteapparatet. I følge Parton har denne fryktkulturen oppstått på grunn av profesjonelles redsel ikke bare for å gjøre feil, men for å bli hengt ut for å ha gjort feil og endog miste jobben som syndebukk for feil begått av en hel etat (Parton, 2004 s. 91) – kanskje også på grunn av feil som ikke kunne vært unngått. Flere andre britiske forskere kommer fram til tilsvarende konklusjoner (Morrison, 2010; Munro, 2004; Munro, 2009).

På barnevernsfeltet innebærer systemperspektivet en erkjennelse av at ikke alle ulykker – det vil barnedødsfall og alvorlige skader – kan unngås. I Storbritannia har Eileen Munro hatt en sentral posisjon som talsperson for en systemtilnærming til arbeidet med å forbedre tjenesteapparatets håndtering av vold, overgrep og mishandling av barn. Vi vier Munros arbeider relativt stor plass her, på grunn av den sterke posisjonen hun har i Storbritannia, både politisk og i

---

<sup>11</sup> Disse høringene bærer navnet på barna som døde etter grov vold og omsorgssvikt. Navnene er ikoniske i britisk offentlig debatt, og kjent også av mange utenfor Storbritannia.

forskningsfeltet. Hun har en svært omfattende forskningsproduksjon og hun er også en forsker som alle på dette feltet i Storbritannia, men også mange internasjonalt, forholder seg til.

I artikkelen «Learning to reduce risk in child protection» argumenterer Munro (2010b) for en systemstilnærming til ulykker og risiko. En slik tilnærming innebærer ifølge Munro at:

- Ulykker forstås som en naturlig del av et system
- Ikke-lineær kausalitet, kompleksitet i relasjoner og prosesser innad i system gjør ulykker vanskelig å forutse og forklare lineært
- Læring betyr at man reflekterer over regler og prosesser. Det er nødvendig å bli bevisst på hvilke tause normer som faktisk styrer handlingene våre, i motsetning til de begrunnelsene vi bruker for å forklare handlingene våre for andre.

I den andre delrapporten i Munros utredning av barnevernet i Storbritannia, oppsummerer Munro kjernepunktene i systemtilnærmingen i følgende punkter (Munro & Hubbard, 2011) (vår oversettelse), tabell 6.2.

Tabell 6.2: Kjernepunktene i systemtilnærmingen

<p><b>Betyr "systemspørsmål" retningslinjer, prosedyrer og protokollføring"? (1.4.1)</b></p>	<p><b>Nei.</b> I et systemperspektiv er retningslinjer, prosedyrer og protokollføring variabler som til sammen utgjør et arbeidssted og som påvirker førstelinjens innsats i arbeidet med familier. Slike variabler er både synlige og konkrete (prosedyrer, arbeidsforhold, ressurser), men også "myke" og mindre håndgripelige forhold som organisasjonskultur og meldinger som blir kommunisert på mer implisitte måter</p>
<p><b>Betyr "ingen skal få skylda" at ingen er ansvarlig? (1.4.6)</b></p>	<p><b>Nei.</b> Tilnærmingen krever at man ser mer nyansert på spørsmål om skyld enn det som ofte er tilfellet når et enkeltindivid holdes ansvarlig alene. En hendelse skyldes vanligvis en kjede av hendelser som et enkeltindivid alene ikke kan holdes ansvarlig for.</p>
<p><b>Hvordan avgrense et system? (2.2.6)</b></p>	<p>Det finnes ingen objektiv avgrensning av et system. Hva som er makro og mikro, overgripende system og sub-system, avhenger av perspektivet man ser fra.</p> <p>Systemet som står for beskyttelse av barn består både av individuelle etater eller tjenester, og samvirket mellom disse.</p> <p>Teknologi er også en integrert del av et system.</p>

I likhet med andre britiske forskere som vi har referert over, er Munro grunnleggende kritisk til hvordan New Public Management fører til at det blir mer fokus

på profesjonelles individuelle skyld når et barn dør eller blir alvorlig skadet (se for eksempel Munro, 2010b). I «The Munro Review of Child Protection» argumenterer hun mot slik individuell skyldtenkning på følgende måte:

It is important to be aware how much hindsight distorts our judgment about the predictability of an adverse outcome. Once we know that the outcome was tragic, we look backwards from it and it seems clear which assessments or actions were critical in leading to that outcome. It is then easy to say in amazement 'how could they not have seen x?' or 'how could they not have realized that x would lead to y?' Even when we know the evidence on the hindsight bias, it is difficult to shift it; we still look back and over-estimate how visible the signs of danger were (Munro, 2011a, s. 18, utdrag også sitert i Cooper, 2014, s. 284).

Munro mener at å forbedre systemet for å beskytte barn innebærer å reflektere over i hvilken grad de prosedyrene og reglene man har, er den beste måten å gjøre dette på. Munro understreker her betydningen av å involvere de profesjonelle i forbedringsarbeidet. Top-down tilnærminger er ikke mulig og heller ikke ønskelige, fordi ledere i en tjeneste ikke kan forutse nøyaktig hvilke konsekvenser en instruks får. Tilbakemeldingssystemer er nødvendig for å få innsikt i hvordan instruksene slår ut i praksis. Hvis det viser seg at profesjonelle har brutt reglene, mener Munro at det viktige spørsmålet ikke er om og hvem som har gjort det, men hvorfor reglene ble brutt (Munro 2010b).

Hvis vi kontrasterer den systemiske tilnærmingen til risiko med de to tilnærmingene vi har diskutert så langt, er det tydelig at systemperspektivet også anser kunnskap om individuell risiko som relevant. En systemtilnærming innebærer dermed heller ikke at verktøy for å ta beslutninger nødvendigvis er unyttige, i den grad slike verktøy setter de profesjonelle i stand til å ta bedre og mer treffsikre beslutninger. Munro er imidlertid kritisk til teknologiske verktøy for å strukturere informasjon og predikere risiko. Hun mener slike verktøy innebærer en dreining mot prosedyrer (som skal følges for at man ikke skal få skyld), heller enn mot profesjonelt skjønn (Munro, 2010b, s. 1139).

Også i et systemperspektiv vektlegges betydning av sosialt arbeid med barn og familier for å oppdage og håndtere risiko – i likhet med i den andre tilnærmingen ovenfor. Det følgende sitatet fra Turnell, Munro og medforfattere illustrerer dette poenget:

Our capacity to prevent severe child maltreatment depends above everything on building and sustaining intelligent, compassionate and imaginative staff who have the courage to engage with the complex circumstances our society's most vulnerable children live in. What makes this the task harder is that these practitioners must do this work within risky environments and (often) fearful organizations (Turnell mfl., 2013, s. 213).

I et systemperspektiv vil man imidlertid legge vekt på at det arbeidet sosialarbeidere gjør gjennom sine relasjoner til familier, må kunne ut i kunnskap som kan bidra til hele organisasjonens læring, og at vurdering av risiko blir gjort på bakgrunn av hele organisasjonens kunnskap. Igjen blir spørsmålet hvordan slik læring også kan inspirere tverrfaglig og tverretattlig samarbeid.

Systemtilnærmingen blir forstått som å være godt egnet til å analysere og forbedre problemer som skyldes problemer i samarbeid og samordning mellom etater og tjenester (jf. Fish mfl., 2008). Gjennom denne tilnærmingen rettes oppmerksomheten mot hele systemet og identifiserer alle relevante faktorer som påvirker god praksis eller som fører til at feil og dårlig praksis blir mer sannsynlig. Slike faktorer kan være både organisatoriske forhold på et lokalt kontor eller knyttet til et bestemt samarbeidsforhold mellom to eller flere tjenester, men det kan også være mer overordnede, strukturelle betingelser som påvirker de profesjonelles arbeid.

Systemtilnærmingen til *child protection* har fått politisk gjennomslag i Storbritannia. Imidlertid blir det også stilt spørsmål ved om det er mulig at prinsippene fra systemtenkning kan utnyttes i praksis hvis rammene rundt legger premissene (Horwath, 2011). Kritikken mot systemperspektivet har paralleller til en kritikk som har blitt reist mot *root cause analysis*, nemlig at rammene rundt slike prosesser kan omforme det som var tenkt som en læringsprosess uten vekt på identifisere skyldige, til en jakt på syndebukker (jf. Nicolini mfl., 2011). En annen kritikk som har blitt reist knytter seg til forslaget om å lette på den sentrale statlige styringen av barnevern og sosialt arbeid, og overføre mer beslutningsmyndighet til lokale myndigheter. Kritikken her går på at dette kan føre til store lokale forskjeller i terskler for inngripen (Dugmore, 2014 se også debattinnlegg til Gill and Sheppard, 2011).



## 6.5 Et folkehelseperspektiv på risikohåndtering

### SENTRALE ARTIKLER

Dubowitz, H., mfl. (2012). "The SEEK Model of Pediatric Primary Care: Can Child Maltreatment Be Prevented in a Low-Risk Population?" *Academic Pediatrics* 12(4): 259-268.

Gilbert, R., mfl. (2012). "Developing services for a public health approach to child maltreatment." *International Journal of Children's Rights* 20(3): 323-342.

Et fjerde virkemiddel som nevnes i litteraturen, er tiltak for å redusere risikofaktorer for vold og overgrep, enten i befolkningen generelt eller i deler av befolkningen som vurderes som å ha noe høyere risiko for at barn utsettes for vold, overgrep og omsorgssvikt enn gjennomsnittet. Slike tiltak omtales som *folkehelse-tilnærminger* (O'Donnell, mfl. 2008).

Gilbert (2012) argumenterer slik for en folkehelse-tilnærming til arbeidet med vold og overgrep fra et britisk perspektiv:

- Barns selvsagte rett til beskyttelse mot å bli påført skade
- Forekomsten av vold er så høy at hvis alle tilfeller ble rapportert, ville systemene for beskyttelse av barn kollapse
- Utilstrekkeligheten i systemet, som innebærer at de fleste mishandlede barn ikke får hjelp
- Det er mer kostnadseffektivt å forebygge enn å intervensere etter at mishandling har funnet sted.

Et eksempel på et empirisk arbeid er Dubowitz' (2012) amerikanske studie om et program for å redusere mishandling av barn i familier beskrevet som «relativt lavrisiko». Forskningsbidrag som tar til orde for en folkehelse-tilnærming til å redusere risiko, tar utgangspunkt i land med et mindre utbygd velferdssystem enn Norge, for eksempel USA og Australia. Spørsmålet om brede tiltak for å redusere sosial ulikhet og risiko for barn er også relevante for en norsk kontekst, selv om Norge har en rekke universelle velferdsordninger som trolig indirekte bidrar til å redusere barns voldsutsatthet. Dårlige levekår utgjør verden over den klart viktigste risikofaktoren for at barn blir utsatt for vold og overgrep (Lancet, 2014) Også i Norge er voldsutsatthet høyere for barn fra familier med dårlig økonomi (Mossige & Stefansen, 2007).

Vår vurdering er at diskusjonen om folkehelseilnærming går utover rammene for denne kunnskapsgjennomgang fordi litteraturen ikke direkte relaterer seg til spørsmål om systemsvikt. Gilbert (2012) argumenterer likevel for at en generell reduksjon av forekomsten av vold og overgrep mot barn i befolkningen, vil ha betydning for å unngå systemsvikt ved at det blir mindre belastning på systemet. Mindre vold og overgrep er i seg selv udelt positivt. Det er imidlertid mulig å tenke seg at mindre vold og overgrep likevel ikke fører til mindre belastning på systemet, fordi tersklene for intervensjoner senkes. Det er også opplagt at folkehelseilnærming som skal forebygge risiko for vold og overgrep, ikke vil kunne få en endelig slutt på fenomenet (jf. Ferguson, 2004 og hans historiske perspektiv på barnevern som ble presentert i innledningskapitlet).

Vi forlater spørsmålet om folkehelseilnærming som generelt virkemiddel her, men kommer imidlertid tilbake temaet i neste kapittel, i analysen av ordninger for gjennomgang (*reviews*) av barnedødsfall.

## 6.6 Sammenligning og avsluttende diskusjon

Diskusjoner om ulike beslutningsverktøy fokuserer på individuell risiko, mens systemilnærmingen ser på risiko som den faren som nødvendigvis eksisterer i et system for at ulykker kan skje. Relasjonsbasert arbeid som virkemiddel mot systemsvikt, innebærer at risiko også er et element ved relasjonen mellom den profesjonelle og familien. Folkehelseilnærmingen innebærer en forståelse av risiko som egenskaper ved grupper, og virkemiddel for å håndtere risiko blir dermed tiltak som når alle i det som blir ansett som risikogrupper.

Det går utover rammene for denne kunnskapsoppsummeringen å konkludere med at en enkelt tilnærming til risiko og til systemsvikt er den riktige, men vi vil i det følgende prøve å oppsummere noen hovedmomenter når det gjelder de ulike innfallsvinklene. Når det gjelder den faglige diskusjonen om forholdet mellom aktuariske og strukturerte verktøy, oppsummerte vi denne i en tabell i punkt 6.2.2. I det følgende tar vi et mer overordnet blick og diskuterer disse verktøyene samlet, som strukturerte risikovurderingsverktøy.

I barneverns- og sosialtjenester internasjonalt tas strukturerte risikovurderingsverktøy i bruk i økende grad (Munro mfl., 2014), men bruken møtes også av kritikk. Kritikken har flere elementer. Munro og medforfattere (2014) kritiserer strukturerte risikovurderingsverktøy fra en filosofisk innfallsvinkel, og argumenterer for at prediksjon på grunnlag av risikofaktorer for barnemishandling som utfall er umulig i praksis, fordi man ikke har tilstrekkelig kunnskap om de

kausale mekanismene som fører til mishandling. Forfatterne argumenterer for at gitt denne usikkerheten, er det problematisk å innføre slike verktøy i førstelinjetjenesten. Risikoen for at verktøyene blir fortolket til å gi sikrere prediksjon enn de faktisk kan, er stor. Dette er ikke minst fordi fortolkningen av resultatene bruken av slike verktøy gir, avhenger av at de som gjøre dette, har et minimum av statistisk kunnskap.

En annen, men beslektet kritikk som har blitt reist mot strukturerte risikovurderingsverktøy, dreier seg om den politiske konteksten slike verktøy brukes i. I Storbritannia har kritikken fra en del forskere vært at slike risikohåndteringsverktøy blir spesielt attraktive i et New Public Management styringssystem. Basert på en studie av sosialarbeideres tilnærming til risiko hevder Broadhurst og medforfattere (2010, s. 1047) at det lovpålagte, sosiale arbeidet med barn har blitt gjennomsyret av risikospråk og risikoteknikker. Deres påstand er at teknologisk assistert risikovurdering tilbyr en følelse av trygghet som oppleves som særlig nyttig i kjølvannet av den sterke offentlige kritikken av profesjonelle i forbindelse med overgrepstragedier (Broadhurst, mfl. 2010, s. 1048).

Et tredje, og også beslektet element i kritikken dreier seg om de etiske problemstillingene slike strukturerte verktøy reiser. Brownell og Jutte (2013) argumenterer for at databaser utviklet på grunnlag av offentlige registerdata vil øke kunnskap om risikofaktorer og effekt av tiltak. I en norsk sammenheng vet vi av erfaring at kobling av registerdata er vanskelig å få tillatelse til på grunn av personvern hensyn. I en studie fra New Zealand diskuterer Keddel (2015) det problematiske ved at også strukturerte beslutningsverktøy ofte baserer seg på å bruke personinformasjon uten samtykke. De diskuterer også, i likhet med Munro og medforfattere (Munro mfl., 2014, s. 65), faren for stigmatisering av enkelte grupper i samfunnet. Videre mener de at slike verktøy medfører en fare for at sosiale problemer blir individualisert og slik bidrar til en ny-liberal agenda.

En mulig konklusjon i diskusjonen om nytten av aktuariske og strukturerte verktøy i denne sammenhengen, er at nytten avhenger av om profesjonelle greier å ta dem i bruk på en slik måte at de bidrar konstruktivt til beslutningsgrunnlag og prosesser. Det vil trolig være slik at jo mer tidkrevende og kompliserte vurderingsverktøy som introduseres, jo høyere blir sannsynligheten for at enkelte profesjonelle ikke mestrer å bruke dem på riktig måte, eller lar være å bruke dem. Og hvis den eneste måten å komme nærmere problematikken på er å gjennomføre så vidt komplekse vurderinger, er det spørsmål om eller hvordan disse vil være mulige å få til. Flere bidrag peker her mot at strukturerte verktøy alene ikke er

tilstrekkelig for å sikre en bedre beslutningsprosess. Basert på en analyse av modeller brukt for å vurdere risiko i barnevernstjenesten, konkluderer Pecora (2013) med at uavhengig av hvordan risikoverktøy faktisk virker, så avhenger kompetent vurdering og beslutningsfatting i barnevern av profesjonelt skjønn og en bred systemisk tilnærming som går ut over det et enkelt verktøy kan tilby.

Et annet bidrag som peker på et tilsvarende poeng, er Regehr og medarbeideres (2010) empiriske studie av barnevernsarbeideres risikovurdering. Studien viste at selv med de samme verktøyene, kom ulike profesjonelle fram til ulike risikovurderinger av de samme familiene. Studien viste også at de profesjonelle hadde stor tillit til sine egne vurderinger. Forfatterne konkluderer derfor med at det er viktig med kontinuerlig drøfting av beslutninger og forsterkede strategier for å støtte opp om beslutningsprosesser, også hos høyt kvalifiserte og erfarne profesjonelle.

Når det gjelder de andre tilnærmingene til risiko som vi har diskutert her, har det så langt vært mindre omfattende diskusjoner i fagfeltet. Basert på litteraturgjennomgangen vi har gjort, har vi likevel trukket fram momenter som er sentrale for å vurdere fordeler og ulemper ved de ulike tilnærmingene. Basert på vår lesning av litteraturen er det også viktig å framheve at uansett hvilken tilnærming man tar i bruk for å håndtere risikoen for at barn skal bli utsatt for vold, overgrep og omsorgssvikt, må man ta hensyn til at alle virkemidler må tilpasses det systemet og de lokale rammene de skal tas i bruk innenfor. Den samfunnsmessige konteksten så vel for vurderingsverktøy, for sosiale eller relasjonelt arbeid og for systemtilnærming, er ikke de samme i en norsk kontekst, som i den britiske eller amerikanske, der en hovedvekt av litteraturen vi har referert er hentet fra.

Det er etter vår vurdering en mangel ved litteraturen om virkemidler at den i liten grad diskuterer hvordan disse virkemidlene vil fungere på tvers av ulike profesjoner og etater. Et unntak i denne sammenhengen er muligens systemperspektivet, som har som ambisjon å bidra til organisatorisk læring både horisontalt – mellom etater – og vertikalt – innad i en tjeneste eller etat. Det gjenstår også å se om man gjennom en systemtilnærming lykkes med å gjøre læringspunkter om til praksis i alle deler av det systemet som kan ha vært involvert når en ulykke har skjedd.

Som en avslutning på gjennomgangen i dette kapitlet, oppsummerer vi fordeler og svakheter ved ulike tilnærminger til risiko i tabell 6.3.

Tabell 6.3.: Fordeler og svakheter ved ulike tilnærminger til risiko

	<b>Statistisk baserte verktøy</b>	<b>Styrke profesjonelle relasjoner gjennom sosialt arbeid</b>	<b>Systemtilnærming</b>	<b>Folkehelse-tilnærming</b>
<b>Fordeler</b>	Struktur og systematikk i vurdering av risiko	Gir muligheter til å bygge tillit, endre familiepraksiser	Anerkjenner at feil vil skje, og slik motvirke skyldkultur	Ikke noe system ville kunne håndtere alle tilfeller av vold mot barn, derfor er det mest effektive tiltaket å redusere forekomsten generelt
	Kan redusere profesjonelles bias eller tendens til å holde fast i beslutning basert på førsteinntrykk	Gir muligheter til å vurdere risiko for barn i familien på nært hold	Føre til reell læring i organisasjonen, ikke bare nye prosedyrer	Bedre å forebygge enn å intervensere i etterkant
	Hjelp til å foreta prioritering mellom saker; hvilke saker skal det settes inn mye ressurser på?	Gir mulighet til å oppdage og gå inn i kompliserte saker som ikke lar seg forstå og løse gjennom «ytre» vurderinger	Egnet til å skape forbedring i samordning mellom tjenester og etater	
<b>Svakheter</b>	Prediksjon er umulig i praksis, men brukere kan fortolke resultater i retning av prediksjon	Profesjonelle kan være opptatt av relasjon til foreldre og gi dem for mange sjanser, på bekostning av barna	Systemtilnærming vil ofte anvendes i en kontekst som drar analyser mot tradisjonelle forståelser av feil og individuelt ansvar	Selv om lavere forekomst er udelt positiv, vil ikke lavere forekomst nødvendigvis føre til mindre belastning på systemet. Sannsynlig at tersklene for inngripen senkes.
	Dreining mot prosedyrer (som skal følges for at man ikke skal få skyld), heller enn mot profesjonelt skjønn	Arbeid kan komme mangel systematisk dokumentasjon av forhold som kan være av betydning for eventuell omsorgsovertakelse senere	Idealet om å overføre beslutningsmyndighet til lokale organer kan føre til store nasjonale forskjeller	Dersom man bare fokuserer på forebygging på bekostning av tiltak for barn som er utsatt, vil det kunne ha alvorlige konsekvenser for disse barn.
	Mulighet for stigmatisering, personvernutfordringer	Kunnskap/læring kan forbli individualisert, hvis ikke organisasjonen har bevisst forhold til at organisasjonen skal få del i kunnskap fra slike arbeidsrelasjoner		
	Tidkrevende å bruke, kan ta tid fra andre aktiviteter			



## 7 Ordninger for gjennomgang av barnedødsfall. Internasjonale erfaringer

### SENTRALE ARTIKLER I DETTE KAPITLET

Brandon, M. (2009). "Child fatality or serious injury through maltreatment: Making sense of outcomes." *Children and Youth Services Review* 31(10): 1107-1112.

Devaney, J., mfl. (2011). "Inquiring into Non-Accidental Child Deaths: Reviewing the Review Process." *British Journal of Social Work* 41(2): 242-260.

Fraser, J., mfl. (2014). "Learning from child death review in the USA, England, Australia, and New Zealand." *The Lancet* 384(9946): 894-903.

Sidebotham, P. (2012). "What do serious case reviews achieve?" *Archives of Disease in Childhood* 97(3): 189-192.

Vincent, S. (2014). "Child death review processes: A six-country comparison." *Child Abuse Review* 23(2): 116-129.

### 7.1 Innledning

En del av utvalgets mandat er å vurdere om man skal etablere en permanent ordning for gjennomgang av alvorlige saker der det kan være snakk om systemsvikt, i mandatet omtalt som «havarikommisjon». Dette siste empiriske kapitlet i kunnskapsgjennomgangen er derfor viet en presentasjon og drøfting av litteratur om ulike ordninger for det som med et overordnet begrep kan omtales som *child fatality* eller *child death reviews*, eller (i en britisk sammenheng) *Serious Case Reviews*.

I den engelske litteraturen omtales altså ordninger for gjennomgang av barnedødsfall for *reviews*. Vi har valgt å bruke begrepet gjennomgang, selv om ord som analyse eller utredning også kunne være dekkende. Som det vil gå fram av litteraturgjennomgangen, viser disse begrepene til lignende ordninger som kan ha delvis ulike hovedformål. I omtalen av den spesifikke britiske ordningen Serious Case Review, vil vi bruke det engelske begrepet for å unngå språklig uklarhet. Ordningene vi vier mest oppmerksomhet er dermed ikke høringer om enkeltsaker, det som på engelsk omtales som *inquiries*. Slike høringer har hatt stor betydning for utviklingen av arbeidet med de alvorlige sakene i flere land, særlig Storbritannia. Storbritannia har imidlertid, i likhet med flere andre land, etablert permanente, institusjonaliserte ordninger for gjennomgang av slike saker. Hensikten er, i likhet med for høringer, å trekke lærdom av dødsfall som kan

framstå som mulige å unngå, enten tjenesteapparatet har vært involvert i sakene eller ikke. I den forstand kan ordninger for gjennomgang av barnedødsfall betraktes som et virkemiddel for å hindre – riktignok framtidig – svikt i tjenesteapparatet, og på den måten forebygge nye dødsfall.

Vi har valgt å strukturere første del av kapitlet med tanke på å få fram særtrekk og forskjeller mellom ordninger i ulike land. Framstillingen av ulike ordninger trekker særlig på Vincents (2014) komparative empiriske studie av ordninger i seks engelskspråklige land og Fraser mfl. (2014) litteraturstudie av slike ordninger. Begge disse studiene beskriver i hovedsak erfaringer fra engelskspråklige land, noe som i denne sammenhengen må betraktes som en begrensning. I tillegg trekker vi på den noe begrensede litteraturen fra land med spesiell relevans fra et norsk perspektiv, de nordiske landene og Nederland.

I litteratursøket i internasjonale forskningsdatabaser ga søk på termen *child death review* eller *child fatality reviews* langt flere treff enn søk på *Serious Case Reviews*. Treffene på *child fatality/death reviews* var i hovedsak i medisinsk litteratur. Eksempler er studier av hvordan barneleger kan skille mellom fysiske skader på barn som har oppstått på grunn av uhell og ulykker, og skader som har oppstått på grunn av mishandling. Det var overraskende få treff på *serious case reviews* i de tilsvarende databasene, overraskende ettersom det finnes en forholdsvis omfattende britisk forskningslitteratur som diskuterer med utgangspunkt i *Serious Case Reviews*. Denne litteraturen har vi funnet fram til gjennom ulike former for håndzoek, beskrevet i metodekapitlet.

Beskrivelsene fra de ulike landene vil variere, da forskningslitteraturen fra noen land er langt mer omfattende enn andre. Dette gjelder særlig Storbritannia, der arbeidet og diskusjoner rundt analyser av barnedødsfall har vært omfattende.

I kapitlet presenterer vi også en oversikt over de ulike diskusjonene som foregår rundt de ulike ordningene både i fagmiljøer og i offentligheten generelt. Et poeng det er verdt å ta med seg i denne sammenhengen, er at faglige og politiske diskusjoner ofte kan være tett sammenvevd. Dette vil komme fram når vi avslutningsvis i kapitlet analyserer hvordan litteraturen oppsummerer muligheter og begrensninger ved gjennomgang av barnedødsfall. Et spørsmål vi vil ta opp i den avsluttende diskusjonen er hvordan forskjellige ordninger gir forskjellige muligheter.



## 7.2 Bakgrunn og hovedtilnærminger

Flere land har lenge hatt ordninger med gjennomgang av dødsfall til barn som har vært kjent for barnevernet, eller barnedødsfall forårsaket av omsorgssvikt, mishandling og overgrep. Generelle ordninger for gjennomgang av barnedødsfall er derimot av nyere dato. Basert på en komparativ studie av ordninger i seks land, deler Vincent (2014) ordninger for slike gjennomganger inn i to hovedkategorier: På den ene siden en tilnærming med vekt på et folkehelseperspektiv, og på den andre en tilnærming med vekt på systemforbedring, det hun kaller en *child welfare* tilnærming. En folkehelsetilnærming innebærer gjennomgang av alle barnedødsfall av alle årsaker, mens *child welfare*-tilnærminger – et begrep som her referer til tjenesteapparatet rettet mot barn – innebærer gjennomgang av dødsfall relatert til omsorgssvikt og overgrep, eller dødsfall til barn som er kjent for tjenesteapparatet (Vincent 2014, s. 117).

Folkehelseperspektivet på gjennomgangen av barnedødsfall har sitt opphav i USA, der de første utredningsgruppene ble opprettet i 1978 av Michael Durfee (Douglas & McCarthy, 2011; Durfee mfl., 2002; Vincent ,2014). Et viktig argument for å opprette slike *child death review teams* var at flere mente at barnedødsfall som skyldtes overgrep og omsorgssvikt, var kraftig underestimert i dødsårsaksstatistikken. Håpet var at grupper sammensatt av profesjonelle fra ulike fagfelt – medisin, sosialtjeneste med flere – ville innebære mer informasjonsdeling mellom aktører i ulike tjenester og dermed føre til at man kunne fastslå reelle dødsårsaker i flere tilfeller (Vincent, 2014, s. 117). Mange land har i dag totrinnsordninger for gjennomgang av barnedødsfall: En prospektiv ordning for rask-respons undersøkelse av noen dødsfall, og en retrospektiv undersøkelse av alle eller noen dødsfall (Fraser mfl., 2014, s. 897).

Opphavet til *child welfare* tilnærmingene kan spores i de offentlige høringene som har blitt gjennomført i for eksempel Storbritannia helt tilbake til 1945, men som nå foregår i nasjonalt definerte, men lokalt organiserte gjennomganger (Devaney mfl., 2011). Fra et *child welfare* perspektiv er den uttalte hovedhensikten med gjennomganger av barnedødsfall å undersøke tjenesteapparatets rolle i det døde barnets liv, og finne ut om det er noe man kan lære av en tragisk sak som kan forhindre at det samme skjer igjen (Devaney mfl., 2011).

Vincent (2014) påpeker at skillet mellom folkehelsetilnærminger og *child welfare* tilnærminger til barnedødsfall ikke er absolutt, og at de fleste land har ordninger for gjennomgang av barnedødsfall som skal tilfredsstille begge formålene. Disse kan imidlertid være ulikt vektlagt. Noen ordninger har også

parallele systemer, der en systematisk gjennomgang av alle barnedødsfall, om enn i ulikt omfang, kombineres med ordninger for gjennomgang av saker som involverer tjenesteapparat og mistanke om vold og overgrep (Vincent, 2014, s. 122). En utfordring vi har støtt på i analysen av litteraturen, er at en del land har parallele ordninger, uten at dette nevnes eksplisitt. For eksempel nevnes den lovbestemte ordningen for utredning av alle uventede barnedødsfall i England sjelden i forbindelse med diskusjoner av ordningen med *Serious Case Reviews*. I den amerikanske litteraturen, derimot, har de fleste delstatene *en* ordning som har begge målsetningene, og det tas tilsynelatende for gitt at det ikke har noen hensikt å diskutere disse formålene hver for seg. Som vi vil komme tilbake til avslutningsvis, innebærer disse ulike, tatt for gitte premisser noen utfordringer når vi skal oppsummere funn og diskusjoner omkring nytteverdien av slike ordninger: Et spørsmål blir om man må diskutere den potensielle nytten av en folkehelse- og en child welfare tilnærming hver for seg, og i hvilken grad det er mulig å dra et skarpt skille her.

Et annet skille mellom ulike ordninger går på om det bare er saker med dødelig utfall som gjennomgås, eller også saker med alvorlig skade. Vincent (2014, s. 123) peker på at forebyggingspotensialet i et folkehelseperspektiv er større dersom man også inkluderer alvorlig skade, fordi dødsfall bare er «toppen av isfjellet». Tallgrunnlag og statistikk kan også bli bedre dersom flere saker blir vurdert.

Andre sentrale forskjeller mellom ordningene handler om lovgivning. Et spørsmål er om ordningene er hjemlet i nasjonal lovgivning eller er lokalt organisert, et annet spørsmål er hva slags handlingsrom organet som skal stå for gjennomgangen har gjennom lovgivningen. Får organet tilgang til taushetsbelagt informasjon, kan det kreve informasjon utlevert fra andre instanser? Har organet myndighet til å overvåke i hvilken grad anbefalingene de kommer med følges opp av andre myndigheter? Et tredje spørsmål er i hvilken grad dødsfallsgjennomganger foregår i sammenheng med eller er strengt atskilt fra strafferettslige prosesser, enten det gjelder å fastslå skyld for selve drapet eller skyld og forsømmelse på tjenestenivå (Vincent, 2014, s. 121). Et ytterligere skille som Vincent diskuterer, er om familiene til det avdøde barnet involveres i analysen av dødsfallet. Involvering av familier reiser en rekke problemstillinger, blant annet involvering av henholdsvis (antatt) skyldige i forhold til uskyldige familier, samt betydningen ulike befolkningsgruppers tillit eller mistillit til myndighetene har for hvordan de opplever slike prosesser.

Andre faktorer som får betydning for hvordan ordningene gjennomføres, er i hvilken grad finansieringen av gjennomgangene er stabil, og hvilke kilder

(lokale, nasjonale, andre) finansieringen kommer fra. En betydningsfull faktor er dessuten om det finnes sentraliserte, standardiserte systemer for datainnhenting.

I vår beskrivelse av de ulike ordningene, starter vi med de nordiske landene. Rekkefølgen er deretter grovt organisert etter hvor lenge landene har hatt slike ordninger.

### 7.2.1 DE NORDISKE LANDENE

Sverige har siden 2007 hatt en ordning med utredning av barnedødsfall, men en langt mer avgrenset ordning enn de som er beskrevet ovenfor. Ordningen innebærer at det bare er dødsfall med en etterfølgende rettsprosess som blir undersøkt. Det er Socialstyrelsen som står for analysene.

I en evaluering fra Statskontoret (Statskontoret, 2014) rettes skarp kritikk mot denne ordningen. Hovedkritikken er at grunnlaget for analysene er for svakt, ettersom det bare er saker som har vært gjennom strafferettsapparatet som blir gjennomgått. I evalueringen framheves det at konsekvensen er at analysene er overfladiske og gir liten kunnskap om årsakene til dødsfallene, og hvilke faktorer på systemnivå som har hatt betydning og som eventuelt ville kunne forebygges. En annen kritikk har vært at man har lagt for stor vekt på å innhente skriftlig materiale, i stedet for å intervju involverte personer i tjenesteapparatet. En ytterligere kritikk har gått på den mangelfulle måten resultatene har blitt kommunisert til offentligheten på, og for liten vekt på forslag til forbedringer på systemplan.

I tillegg til denne kritikken har flere forskere tatt til orde for at Sverige bør endre sin ordning slik at den omfatter alle uventede barnedødsfall (etter amerikansk modell) og i tillegg omfatter en nærmere utredning av dødsfall der vold og omsorgssvikt ligger bak, i tråd med den engelske modellen (Lahne mfl., 2013).

I Sverige har det også vært debattert om tilfeller der barn har begått selvmord skal granskes etter den samme lovhjemmelen (se avisartikkel «Utvidga Lex Bobby till att omfatta barns självmord», Landberg & Malmberg, 2013). Det kan også nevnes at det i Sverige foregår et prosjekt drevet av Folkhälsomyndigheten og Socialstyrelsen med hendelsesanalyser av saker der et barn har begått selvdrap (Folkhälsomyndigheten og Socialstyrelsen, 2016).

Vi har ikke lyktes i å oppdrive forskningslitteratur om gjennomgang av barnedødsfall fra Finland eller Danmark. Imidlertid har vi funnet en rapport utarbeidet av den finske Olycksutredningscentralen som utreder omstendighetene og tjenesteapparatets rolle i forbindelse med at et åtte år gammelt barn døde av

vold.<sup>12</sup> Fra samme institusjon finnes også fra 2012 en rapport om Dödsfall bland barn, som analyserer dødsfall blant barn mellom 0 og 17 år i en treårsperiode, fra 2009 til 2011.<sup>13</sup>

### 7.2.2 NEDERLAND

Vi har også funnet en studie fra Nederland som beskriver erfaringer med gjennomgang av barnedødsfall her (Kuijvenhoven & Kortleven, 2010). Studien slår fast at offentlige undersøkelser av barnedødsfall er av forholdsvis ny dato i Nederland. Den første utredningen fant sted på 80-tallet, senere har det blitt gjennomført sju undersøkelser (utredninger) av høyprofilerte barnedødsfall som har ført til offentlige rapporter. I Nederland er altså situasjonen slik at det gjennomføres undersøkelser i saker der offentligheten legger et sterkt press på myndighetene om å bringe klarhet i hva som har skjedd, særlig hvis det er skapt et inntrykk av at offentlige tjenester har sviktet (Kuijvenhoven & Kortleven, 2010, s. 1156-1157). Et vilkår for å gjennomføre en analyse er også at barnet som har dødd har vært i kontakt med tjenesteapparatet.

I følge denne studien har følgelig Nederland ikke en permanent ordning for gjennomgang av barnedødsfall. Det framgår ikke om det foregår andre former for gjennomganger av uventede barnedødsfall der fokuset ikke er på mulig systemsvikt. I kontrast til for eksempel de amerikanske *child death review teams*, er heller ikke tverrfaglig eller tverretatlig sammensetning av analysegruppen et krav i de nederlandske høringene.

### 7.2.3 USA

USA er det landet med lengst historie med det som der omtales som *child death review teams*, eller *child fatality review teams* (CDRT). Så godt som alle amerikanske delstater har nå en form for ordning for dette. USA har ikke et

---

<sup>12</sup> Sammendraget er på svensk og med tittelen "Händelserna som ledde till ett åttaårigt barns död i maj 2012 i Helsingfors". Rapporten er beskrevet under fanen eksepsjonelle hendelser på Olycksutredningssentralens nettsider (<http://www.turvallisuustutkinta.fi/sv/index/tutkintaselostukset/poikkeuksellisettaapahtumat/8-vuotiaanlapsenkuolemaanjohtaneettaapahtumat.html>)

<sup>13</sup> Rapporten har tittelen Y2012-S1 Dödsfall bland barn og finnes på Olycksutredningssentralens nettsider <http://www.turvallisuustutkinta.fi/sv/index/tutkintaselostukset/muutonnettomuudet/Undersokningsrapporterperar/muutonnettomuudet2012/y2012-s1Dodsfallblandbarn.html>. Rapporten er på fins med sammendrag på svensk

nasjonalt koordinert system, men det finnes et nasjonalt ressurscenter for de lokale utvalgene. Det er likevel variasjoner på delstatsnivå blant annet når det gjelder hvilke kriterier som ligger til grunn for at et barnedødsfall blir gjennomgått (Hochstadt, 2006; Vincent, 2014).

Douglas og McCarthy (2011) har analysert forskjeller i lovgivning som regulerer child fatality review teams mellom amerikanske delstater. Generelt legger de amerikanske ordningene vekt på at gruppen som skal foreta gjennomgangen skal være tverrfaglige og tverretatlige, slik at en bredest mulig forståelse av årsakene til og omstendighetene rundt dødsfallet kan sikres (Bunting & Reid, 2005; Douglas & McCarthy, 2011; Hochstadt, 2006). Det er ikke vanlig at familier involveres i prosessene (Vincent 2014).

I Vincents (2014) analyse er ordningen i USA et eksempel på en folkehelse-tilnærming til barnedødsfallsutredninger. Administrativt er CDRT også nå oftere enn før lokalisert i offentlige organer for helse, mens de tidligere gjerne var administrativt underlagt barnevern eller rettsinstanser. Tidligere gjennomgikk man i mange stater bare dødsfall knyttet til overgrep og omsorgssvikt. Siden midten av 90-tallet har det imidlertid blitt reist krav om at alle «potensielt unngåelige dødsfall» som involverer barn og unge opp til 18 år, noen ganger også 25 år, skal gjennomgås. Hochstadt (2006) framhever at gjennomgangene som blir foretatt av *child death review teams*, skiller seg fra administrative granskninger der hensikten er å undersøke om de ulike tjenestene har handlet i henhold til retningslinjer.

#### 7.2.4 AUSTRALIA

Australia har ikke et nasjonalt koordinert system for gjennomgang av barnedødsfall, heller ikke for innsamling av data fra organer i de ulike delstatene. (Fraser, mfl. 2014, s. 898). Ordninger for gjennomgang av barnedødsfall ble etablert i de ulike delstatene fra 1985 og utover. Seks av åtte delstater har nå en ordning for gjennomgang av barnedødsfall, men det er stor variasjon mellom ordningene på delstatsnivå. Det er blant annet forskjeller i hvor ordningene er plassert på myndighetsnivå, noe som har betydning for graden av uavhengighet, blant annet når det gjelder å komme med anbefalinger. I noen delstater i Australia har organet som står for gjennomgang mandat til å overvåke oppfølgingen av anbefalinger de kommer med.

I noen delstater fokuseres gjennomgangene i hovedsak på tjenester og systemer rundt barnevernet. Vincent refererer til studier som mener at et slikt begrenset fokus er problematisk, både fordi det begrenser gjennomgangenes

potensiale til å bidra med læring om systemet, og fordi det kan bidra til at barnevernsarbeidere føler at de får skylden og må bære ansvaret for et helt tjenesteapparat (Vincent 2014, s. 122).

I andre australske delstater har organene et bredere fokus. Vincent gir ett eksempel, The South Australian Child Death and Serious Injury Committee, som har informasjon om samtlige dødsfall, men fokuserer på alle barn som kan ha dødd som konsekvens av omsorgssvikt eller overgrep, barn som er fengslet eller i varetekt, barn i fosterhjem eller i institusjon. Organet undersøker også saker der man antar at endringer på systemplan kan forebygge lignende dødsfall eller skader, for eksempel dødsfall som kan assosieres med produktsikkerhet eller miljøfaktorer (Vincent 2014, s.122). De fleste australske ordningene innebærer at familier ikke involveres. Det har blitt rettet en del kritikk mot dette, blant annet fordi gruppene som gjennomgår sakene ikke kan formidle all informasjon de har om saken til familien, og heller ikke frigi rapportene de skriver (Vincent 2014, s.124).

#### 7.2.5 CANADA

Canada har ikke et nasjonalt system for gjennomgang av barnedødsfall. De fleste kanadiske delstatene har prosesser for gjennomgang av dødsfall hos barn som er kjent av barnevern/sosialtjeneste, mens et mer omfattende system, som gjelder alle barnedødsfall, bare finnes i noen få delstater. Den administrative plasseringen av ordningene får betydning for hvilket fokus ordningene får – henholdsvis folkehelse eller strafferettslig

Det er også variasjon mellom delstatene når det gjelder hvilke saker som blir gjennomgått. Mens British Columbia gjennomgår alle barnedødsfall, gjennomgår en større delstat, som Ontario, bare dødsfall som oppfyller noen bestemte kriterier. Dette fører til at totalt halvparten av alle barnedødsfall undersøkes i delstaten (Vincent 2014, s. 123).

#### 7.2.6 NEW ZEALAND

En komité for gjennomgang av barne- og ungdomsdødsfall (*The child and youth mortality review committee*) ble etablert på New Zealand i 2001. Mandatet deres er å samle inn og analysere data for alle dødsfall hos barn i aldersspennet fra 28 dager til unge voksne opp til 24 år (Fraser mfl., 2014, s. 898). Vincent (2014) beskriver New Zealand som det første landet i verden med en nasjonalt koordinert ordning for gjennomgang av barnedødsfall. Modellen trekker på systemet med

lokale gjennomganger som finnes i USA, men i kontrast til den amerikanske ordningen, har de sentrale myndighetene spilt en sentral rolle i å utvikle, implementere og finansiere en slik ordning.

New Zealand har i tillegg til lokale gjennomganger en nasjonale komite som vurderer disse lokale gjennomgangene og kommer med nasjonale anbefalinger. Det finnes nasjonale dødelighetskomiteer (*mortality committees*) som analyserer perinatale<sup>14</sup> dødsfall, dødsfall i forbindelse med operasjoner (perioperative dødsfall), svangerskapsrelaterte dødsfall hos mødre, i tillegg til en komité for gjennomgang av dødsfall hos barn relatert til familievold (Fraser mfl., 2014, s. 898).

Vincent (2014) framhever at New Zealands ordning også karakteriseres av et svært godt og avansert system for datainnsamling i forbindelse med dødsfallsgjennomganger, som sikrer at data blir registrert på samme måte i hele landet. Det finnes derfor en samlet database for alle dødsfall blant barn og unge opp til 24 år, med data tilbake til 2002.

#### 7.2.7 STORBRIANNIA (ENGLAND OG WALES)

I Storbritannia er det en del likhetstrekk, men også viktig forskjeller mellom ordningene i England, Skottland, Wales og Nord-Irland (Vincent, 2010). Vincents (2014) komparative studie inkluderer England og Wales, i tillegg til de fire andre landene vi allerede har diskutert. For enkelhets skyld konsentrerer vi oss her om England og Wales.

I England er det et nasjonalt koordinert og finansiert system som pålegger lokale, flerfaglige gjennomganger av alle dødsfall blant barn opp til 18 år, en såkalt rapid-response-ordning (Fraser mfl., 2014). Organet som gjennomfører gjennomgangene er *Local Safeguarding Children Boards*. Disse organene rapporterer tilbake til de sentrale myndighetene slik at nasjonale data er tilgjengelig. Familiene deltar i prosessen. Gjennomgangene skal foretas av tverrfaglige team. Det er lovpålagt å involvere familier i prosessen, men erfaringer tyder på at dette noen ganger kan være komplisert (Vincent 2014, s. 124).

I Wales skjer det bare nasjonale gjennomganger, ikke lokale, på grunn av det lave folketallet. Analyser gjøres tematisk, ikke av enkeltsaker. Det finnes en nasjonal database over alle dødsfallene. Familier blir ikke involvert i prosessene.

I England og Wales finnes det dessuten et system for gjennomgang av saker man antar dreier seg om overgrep, vold eller omsorgssvikt parallelt med den mer

---

<sup>14</sup> Perinatale dødsfall er dødsfall fra 22. svangerskapsuke til og med 7. levedøgn.

generelle ordningen. Denne kalles altså Serious Case Reviews. Kriteriene for slike reviews er beskrevet i dokumentet *Working together to Safeguard Children*<sup>15</sup>, som er den britiske regjeringens guide til tverrfaglig samarbeid (interagency working). I den gjeldende utgaven, utgitt i 2015, blir et «serious case» definert ved:

- a) mistanke om eller kjent mishandling eller omsorgssvikt
- b) barnet har dødd eller blitt alvorlig skadet og det er grunn til bekymring for måten myndigheter og tjenesteapparat eller andre relevante personer<sup>16</sup> har samarbeidet for å beskytte barnet (HMGovernment, 2015, s.75).

I *Working together*-dokumentet finnes også en annen kategori hendelser, «notifiable events». Alle hendelser som fyller kriteriene for *Serious Case Review* skal varsles til det lokale Safeguarding Children Board, i tillegg skal skade eller dødsfall hos barn som er under omsorg av eller har oppfølging fra tjenesteapparatet, varsles. Ikke alle notifiable events utløser serious case reviews, men alle slike hendelser skal registreres (HMGovernment, 2015, s.76).

Hensikten med slike gjennomganger er å bringe klarhet i om det er noe tjenesteapparatet eller samfunnet som sådan kan lære, slik at lignende hendelser kan unngås. *Serious Case Reviews* er dermed eksempel på en ordning for utredning av barnedødsfall som faller inn under det Vincent (2014) kategoriserer som en *child welfare* tilnærming.<sup>17</sup>

Slike undersøkelser av barnedødsfall der det er mistanke om svikt i tjenesteapparatet har lang historie i England, som vi også var inne på ovenfor. Ordningen med *Serious Case Reviews* ble først innført i 2006, blant annet begrunnet med et behov å unngå høye kostnader knyttet til undersøkelser av og høringer om høyprofilerte enkeltsaker (Devaney mfl., 2011; Jones, 2015).

Et sentralt mål med ordningen er at *Serious Case Reviews* skal bidra til læring, ikke bare lokalt, men også nasjonalt. Derfor har lokale gjennomganger igjen blitt gjenstand for en overordnet analyse hvert andre år. I perioden 2000 til 2011 ble disse analysene foretatt av en forskningsgruppe rundt Marian Brandon ved Centre for Research on Children and Families, University of East Anglia. Senere har analyser blitt foretatt av et nasjonalt tilsynsorgan, Ofsted.

---

<sup>15</sup> <https://www.gov.uk/government/publications/working-together-to-safeguard-children--2>

<sup>16</sup> I original «authorities and their Board partners or other relevant persons»

<sup>17</sup> [http://www.safenetwork.org.uk/training\\_and\\_awareness/pages/lscbs.aspx](http://www.safenetwork.org.uk/training_and_awareness/pages/lscbs.aspx). Det er variasjoner innad i Storbritannia når det gjelder hvordan granskningene gjennomføres.



I The Munro Review (Munro, 2011a), utredningen om barnevernet i Storbritannia som ble slutført i 2011, foreslår Eileen Munro endringer i måten *Serious Case Reviews* blir gjennomført på. Flere av disse anbefalingene ble senere tatt til følge, og tatt inn i politiske styringsdokumenter som «Working together to safeguard children». En av anbefalingene var å avslutte evalueringen av lokale Serious Case Reviews som ble gjennomført av tilsynsorganet Ofsted. Munro med flere andre hadde rettet kritikk mot at disse evalueringene fra et tilsynsorgan ikke bidro til læring, men til en jakt på syndebukker (se også Sidebotham mfl., 2010). Andre har påpekt at Ofsteds evalueringer av Serious Case Reviews har bidratt til å synliggjøre at de lokale gjennomgangene var av svært ujevn kvalitet, og også til å synliggjøre at kriteriene for hvilke saker som ble undersøkt av og til kunne virke tilfeldige, særlig når det gjald barn utsatt for alvorlig skade (Devaney mfl., 2011).

Fra 2014 har en gruppe uavhengige eksperter fått i oppdrag å gjøre en årlig vurdering av trender i Serious Case Reviews.<sup>18</sup> Denne ekspertgruppen anbefalte at de overordnede analysene av serious case reviews skulle gjenopptas, og en første rapport fra forskningsmiljøet som har fått oppdraget, skal leveres i mars 2016.<sup>19</sup>

En stor del av forskningslitteraturen vi vil referere til omkring barnedødsfall og systemsvikt tar utgangspunkt i slike overordnede analyser. En oversikt over rapporter publisert som resultat av disse analysene, vises i appendix 3. I tillegg til disse rapportene, er det også publisert et stort antall vitenskapelige artikler som vi refererer til i ulike kapitler i kunnskapsgjennomgangen.

### 7.3 Hva oppnår vi med analyser av barnedødsfall?

I denne delen av kapitlet vil vi presentere litteratur og diskusjoner omkring den samfunnsmessige verdien av ordninger for gjennomgang av barnedødsfall. Som vi har vist i den foregående analysen, er det et flytende skille mellom ordninger som har fokus på generell forebygging i et folkehelseperspektiv, og ordninger som har som siktemål å bidra til endring på et tjenestesystemperspektiv. Diskusjonen

---

<sup>18</sup> Om ekspertpanelet og lenke til rapporter:

<https://www.gov.uk/government/groups/serious-case-review-panel>

<sup>19</sup> Den nye rapporten om Serious Case Reviews ble publisert etter at arbeidet med denne kunnskapsgjennomgangen var avsluttet i februar 2016. Denne er ikke inkludert i gjennomgangen. Tittelen på rapporten er *Wood Report: Review of the role and functions of Local Safeguarding Children Boards* (Department for Education) og den kan lastes ned på: <https://www.gov.uk/government/publications/wood-review-of-local-safeguarding-children-boards>.

om nytteverdien av slike gjennomganger skiller heller ikke alltid mellom disse til dels ulike siktemålene med slike ordninger. Presentasjonene i det følgende vil derfor diskutere nytte både når det gjelder generelle barnedødsfallsgjennomganger i et folkehelseperspektiv, og ordninger som fokuserer på tjenesteapparatets rolle i barnedødsfall. Et spørsmål som melder seg er hvilket fokus – generell folkehelse eller systemfokus – som ser ut til å ha det største potensialet i forebyggingsøyemed. Vi vil berøre dette spørsmålet avslutningsvis.

Ordninger for gjennomgang av barnedødsfall har til dels blitt kjempet fram av ildsjeler og organisasjoner som har argumentert nettopp for forebyggingspotensialet ved slike ordninger. En del av litteraturen springer også ut av disse bevegelsene (Bunting & Reid, 2005; Durfee mfl., 2002; Hochstadt, 2006). Forebyggingspotensialet har i disse sammenhengene ikke bare vært fremmet i forhold til å forebygge vold og mishandling, men også andre ulykker, som for eksempel i tilknytning til drukning, trafikk, miljøfarer. På grunnlag av en analyse av *child death review teams* i USA argumenterer Bunting og Reid (2005) for at slike utredninger kan

- forbedre tverrfaglig arbeid,
- gi mer presis identifikasjon av mistenkelige dødsfall,
- føre til færre ufullstendige dødsattester,
- gi dypere forståelse av årsaker til barnedødsfall.

Et nyere bidrag er en serie artikler i et temanummer om barnedødsfall i høyinntektsland i det medisinske tidsskriftet *The Lancet* (Fraser mfl., 2014; Sidebotham mfl., 2014). I artiklene argumenteres det med verdien av systematisk innsamling av data om og gjennomgang av barnedødsfall også i høyinntektsland. Et hovedargument i Fraser mfl. (2014) er at gjennomganger av barnedødsfall kan sikre mer nøyaktig rapportering av dødsårsaker. I lederartikkelen i temanummeret argumenteres det for at nøyaktig rapportering av barnedødsfall også bidrar til å synliggjøre det faktum at den viktigste bakenforliggende faktoren i barnedødsfall i høyinntektsland er relativ fattigdom (Lancet, 2014).

Diskusjonene rundt *Serious Case Reviews* i Storbritannia viser at det er noe mer sprikende holdninger til verdien av reviews som har mer eksplisitt fokus på tjenestesystemet enn de generelle barnedødsfallsutredningene som foregår både i Storbritannia og i andre land. Et første spørsmål i diskusjonen dreier seg om hva som skal være hovedformålet med gjennomgangene: I hvilken grad tenker man at

*Serious Case Reviews* skal bidra til å identifisere risikofaktorer ved barn og familier, og i hvilken grad skal de først og fremst bidra til å forbedre tjenesteapparatets håndtering av slike saker: I den første analysen av *Serious Case Reviews* konkluderte Sinclair og Bullock (2002) om verdien av disse på følgende måte:

Unfortunately, the factors common to these cases have limited value in helping to predict with any accuracy which children will become the victims of abuse. The lessons to be learned from Serious Case Reviews are, therefore, more about improving the processes for managing the risk of harm than for identifying vulnerable children (Sinclair & Bullock, 2002, s. i-ii).

Hovedpunktet i analysen var altså at *Serious Case Reviews* har liten verdi med tanke på prediksjon av hvilke barn som kan bli utsatt for fatal eller alvorlig vold eller omsorgssvikt, og at verdien derfor vil være kunnskapen slike gjennomganger kan gi om hvordan man skal bedre prosesser som skal håndtere risiko for skade.

Marian Brandon og medforfattere tok over oppdraget med de overordnede analysene av *Serious Case Reviews* fra 2003–2011. Basert på sine analyser, konkluderte Brandon og medforfattere (Brandon mfl., 2009, s.1111) at de mest tragiske barnedødsfallene ikke kunne ha blitt forhindre av tjenesteapparatet. De nevnte flere argumenter mot at *Serious Case Reviews* skal fungere som grunnlag for forebygging:

- det ble gjort logisk ikke-holdbare slutninger fra sjeldne enkeltsaker til generell praksis.
- alle gjennomgangene kommer fram til de samme anbefalingene; det er liten verdi i repetisjon.
- det er mer å lære fra det som fungerer enn fra det som har gått galt
- det var uklart hvilke kriterier som gjør at et barnedødsfall vurderes som «sikkert» å være forårsaket av mishandling eller omsorgssvikt
- det er vanskelig å forutse effekt av tiltak
- flertallet av barn som lever under vanskelige forhold, vil ikke bli utsatt for alvorlige overgrep.

Morrison (2010) er skeptisk til læringspotensialet fra *Serious Case Reviews* på grunn av den styringskonteksten disse prosessene foregår innenfor. Han mener at det store negative fokuset på barneverns- og sosialtjenesters feil fører til en kultur

der profesjonelle og ledelse fokuserer på å oppfylle regelverket for å unngå skyld. Læring fra *Serious Case Reviews* står dermed i fare for å bli det Munro omtaler som tilbakevirkende – hvordan unngå framtidig skyld – heller en progressiv – hvordan forbedre kunnskap og praksis. Morrison mener at for å få til reell læring må man inngå strategiske partnerskap med de profesjonelle i førstelinjen for å få reell innsikt i hvordan den profesjonelle praksisen faktisk foregår og hvordan den kan forbedres.

Devaney og medforfattere (2011) undersøkte hvilke faktorer som har betydning for kvaliteten på *Serious Case Reviews*. Bakgrunnen for deres studie er kritikken som har blitt reist mot slike gjennomganger, blant annet at de samme påpekningene av utfordringer når det gjelder tverrfaglig og tverretatlig samarbeid gjentas uten at det ser ut til å føre til forbedringer. Kvaliteten på gjennomgangene har, som nevnt over, også blitt kritisert, blant annet av det britiske tilsynsorganet Ofsted (Ofsted, 2008, i Devaney mfl., 2011). Basert på en Delphi-studie<sup>20</sup> av reviewprosesser i Nord-Irland, konkluderer forfatterne med at det er potensial for forbedring, særlig når det gjelder å gjøre læring fra gjennomgangene om til praksis.

Den ene studien vi har hatt tilgang til fra Nederland, er kritisk til verdien av analyser av barnedødsfall og anfører mange av de samme argumentene som vi finner i den kritiske, britiske litteraturen. Basert på sin studie av utredninger av sju høyprofilerte barnedødsfall i Nederland, hevder Kuijvenhoven og Kortleven (2010) at de nederlandske barnedødsfallsgjennomgangene har en uklar juridisk status: Høringene unnlater for eksempel å navngi og ansvarliggjøre enkeltindivider, samtidig har konsekvensene av analysene noen ganger vært at individuelle sosialarbeidere har blitt stilt for retten. Forfatterne konkluderer med å minne om at de negative konsekvensene i en nederlandsk kontekst har mange likhetstrekk med erfaringene fra Storbritannia.

Vincent (2014) konkluderer sin studie av *child death reviews (CDR)* i seks land med at i hvilken grad slike gjennomganger lykkes i å bidra til forebygging, ikke er betinget av hvilken struktur ordningene har. Vincent hevder at samme

---

<sup>20</sup> Delphi-teknikker brukes for å samle informasjon fra et større antall eksperter, som sammen skal vurdere framtidsutsiktene innenfor et bestemt område. Metodetilnærmingen er interaktiv, dvs. man arbeider seg gjennom flere runder med analyser for til sist å komme fram til en konsensus om gjennomsnittstrenden eller den dominerende trend. Delphi kjennetegnes i dag av anonymitet, kontrollert feedback og statistisk bearbeiding (<http://www.forskningsradet.no/prognnett-foresight/Artikkel/Delphi/1226485669822>)

modell ikke nødvendigvis vil være vellykket overalt, og at ordninger derfor må utvikles og tilpasses lokale forhold. Hun framhever noen faktorer som spesielt viktige for at gjennomgangene skal kunne brukes i forebygging:

- Standardisering og innsamling av data på nasjonalt nivå eller delstatsnivå er nødvendig for at man skal kunne bidra til forebygging
- En modell med gjennomgang av individuelle saker, gjennomgang på tvers av saker og tematisk gjennomgang kan medføre reell læring og endring i praksis
- Familier kan bidra med nøkkelinformasjon, men deltakelse må håndteres med varsomhet og det må tas hensyn til kulturelle forskjeller.

Eileen Munros utredning om beskyttelse av barn (The Munro Review of Child Protection) (Munro, 2011a) konkluderte også med at ordningen med *Serious Case Reviews* burde videreføres, men at de burde gjennomføres i tråd med en system-tilnærming, slik vi har beskrevet i det foregående kapitlet. Munro peker også på behovet for å samordne *child death reviews* og *Serious Case Reviews*, fordi det til dels er overlapp mellom de to prosessene, noe som fører til ekstra byråkrati (Munro, 2011b, pkt 5.52).

Rawlings mfl. (2014) undersøker barrierer for å lære av *Serious Case Reviews*, og måter å overvinne disse barrierene på. Rapporten er basert på en litteraturstudie, en nasjonal spørreundersøkelse og fokusgruppeundersøkelser samt refleksjoner i etterkant av *Serious Case Reviews*. Forfatterne understreker behovet for en annen og mer system-orientert prosess både innen og mellom tjenester for å sikre at man lærer av disse sakene. En betingelse for å få til dette, er endringer i hvordan slike prosesser gjennomføres (Rawlings, mfl. 2014, s. 9-11).

Peter Sidebotham har vært involvert i diskusjoner om generelle ordninger for *child death reviews* (Fraser, mfl. 2014) og i de overordnede analysene av *Serious Case Reviews*. I en rapport om hva det går an å lære av *Serious Case Reviews* framhever han, sammen med medforfattere, noen problematiske sider ved måten disse prosessene blir drevet på:

There is an overwhelming sense that there is too much emphasis on getting the process right, rather than on improving outcomes for children, of the process being driven by fear of getting it wrong, of practitioners and managers feeling more criticized than supported by the process, and that the Ofsted evaluations do not support learning (Sidebotham mfl., 2010, s. 23)

I en nokså samtidig artikkel med tittelen «What do Serious Case Reviews achieve?» (Sidebotham, 2012) diskuterer han imidlertid hvilke nytte slike gjennomganger kan ha, gitt at de gjennomføres på en god måte. Et av hans utgangspunkt er at flere år med gjennomgang og analyse av saker der barn har omkommet som følge av vold og overgrep, ikke har medført at man har fått bukt med problemet. Han foreslår derfor at spørsmålet om i hvilken grad man har oppnådd noe med *Serious Case Reviews*, må analyseres ved hjelp av tre problemstillinger:

- 1) Har vi blitt flinkere til å beskytte barn og sikre barns velferd?
- 2) Har vi lært noe om beskyttelse av barn?
- 3) Setter vi i verk tiltak som gir bedre beskyttelse for barn?

Når det gjelder det første spørsmålet, refererer Sidebotham til statistikk som viser at tallet på barn som dør på grunn av vold (*violent deaths*) har sunket drastisk i løpet av de siste 30 årene, men at det er langt mer usikkert om det er endringer når gjelder mindre alvorlige former for vold og overgrep. Det kan altså se ut som det er en reduksjon i andelen barn som utsettes for vold, men han mener det er høyst usikkert om en slik reduksjon kan tilskrives ordninger som *Serious Case Reviews* og de eventuelle effektene det har hatt for å bedre tjenesteapparatets arbeid med barn utsatte for vold. Han peker i den forbindelse på det faktum at de fleste barn som dør på grunn av vold og overgrep, aldri har vært i kontakt med barnevern eller sosialtjenesten. Med andre ord må analysene av årsakene til nedgangen favne langt videre, eller konsentreres om dødsfall blant barn som faktisk har vært i kontakt med tjenesteapparatet.

Sidebotham nærmer seg spørsmålet om hvorvidt *Serious Case Reviews* har bidratt til læring gjennom å studere de overordnede analysene av toårsperioder med gjennomganger, referert til ovenfor. Han finner at disse overordnede analysene viser at de samme temaene går igjen i et flertall av gjennomgangene. Han viser også at mye av det man har funnet gjennom slike analyser, var kjent også før man begynte med denne ordningen, som at profesjonelles vurderinger har en tendens til å være statiske, og at profesjonelle er optimistiske på familiers vegne og ikke endrer oppfatning selv om saken utvikler seg. Sidebotham argumenterer likevel for at kunnskapen fra *Serious Case Reviews* er viktig, selv om den innebærer å gjenta eksisterende kunnskap. Hans argumenter er at noen lærdommer er så viktig at de stadig må gjentas. Skal kunnskap oppleves relevant, må den knyttes til en lokal kontekst og til samtidige ordninger som aktuelle aktører kjenner seg igjen i (Sidebotham 2012, s.190). Sidebotham argumenterer også for at man ikke

må lene seg tilbake og tro at det er nok å ha identifisert læringspunkter, men at det er viktig å skille mellom å læring og anbefalinger (*recommendations*).

Anbefalinger kan være nyttige hvis de er begrensede, fokuserte og fører til spesifikk handling, men å komme med anbefalinger må ikke forveksles med at man har lært. Han viser til Munro's (2010a; 2011a; 2011b) argumentasjon for betydningen av dyp og systemisk læring i lokale organisasjoner. I likhet med Munro ønsker han derfor at *Serious Case Reviews* legger mindre vekt på anbefalinger, fordi disse har en tendens til å føre til prosedyredrevet praksis med lite rom for skjønn. Sidebotham argumenterer videre for at man i større grad enn det som er tilfelle så langt, må involvere profesjonelle i gjennomgangene av saker, blant annet ved at man intervjuer involverte i saken, i stedet for å basere analysene utelukkende på dokumenter. Han er også opptatt at man i disse prosessene må legge mer vekt på å gi støtte de profesjonelle. Dette er viktig for å unngå at slike prosesser skal bli det samme som tilsyn eller andre prosesser der hensikten er å identifisere profesjonelle eller tjenester som har gjort seg skyldige i lov- eller regelbrudd. Sidebotham argumenter videre for at *Serious Case Reviews* gjennomfører en systemisk analyse. Dette innebærer at man må stille spørsmål ikke bare om hva som gikk galt eller om det blir begått feil, men om hvorfor systemet ikke var i stand til å beskytte barnet. Avslutningsvis understreker Sidebotham at ordningen med nasjonale analyser av *Serious Case Reviews* er viktig, for å få spredt kunnskapen til de som skal bruke den.

Det finnes få studier av profesjonelles erfaringer med å delta i reviewprosesser, og deres synspunkter på verdien av dem. Et bidrag er Peckover (2015), som har telefonintervjuet leger og sykepleiere som har vært involvert i *Serious Case Reviews*. Studien viser at de involverte opplever at prosessen er belastende for deltakerne, og at de opplever at de ikke er godt nok forberedt eller får nok støtte på sin arbeidsplass. Deltakerne opplever også prosessen som rigid og byråkratisk, og uttrykker at de er i tvil om gjennomgangene fører til mer barne-sentrerte og bedre tilnærminger til slike saker fra tjenesteapparatet. Vår vurdering er at synspunktene til deltakerne i *Serious Case Reviews* og andre tilsvarende gjennomganger av alvorlige saker, bør utforskes nærmere.

## 7.4 Oppsummering

Institusjonaliserte ordninger for gjennomgang av barnedødsfall kan, i likhet med virkemidlene vi diskuterte i forrige kapittel, forstås som en tilnærming til å håndtere risiko for skade mot barn. Som vi har vist gjennom dette kapitlet,

innebærer ulike ordninger delvis ulike innfallsvinkler – et bredt fokus på risikofaktorer som kan medføre skade eller død, eller et smalere fokus på hvordan tjenesteapparatet kan forbedres slik at risikoutsatte barn kan gis bedre beskyttelse og hjelp.

Argumentene for gjennomgang av barnedødsfall er noe ulike, og vi prøver å illustrere likheter og forskjeller i tabell 7.1

**Tabell 7.1: Nytteverdi av barnedødsfallsanalyser**

<b>Child death reviews</b>	<b>Serious case reviews</b>
<b>Folkehelsefokus</b>	<b>Systemfokus</b>
I prinsippet alle uventede barnedødsfall	Barnedødsfall der det er mistanke om vold og overgrep, og der tjenesteapparatet kan ha vært involvert (eller burde vært det)
Identifisere risikofaktorer for fatalt/ alvorlig utfall i familier/saker	Identifisere årsaker til systemsvikt som kan medføre fatalt utfall
Mer nøyaktig dødsårsaksstatistikk	Påpeke forbedringspunkter i og mellom tjenester som vil være verdifullt for tjenestene og brukerne generelt
Mulig å avdekke og straffeforfølgelse av flere barnedødsfall som skyldes vold og overgrep	Avhengig av hvorvidt prosess er parallell til eller uavhengig av strafferettslig prosess, mulig å vurdere straffeforfølgelse av flere barnedødsfall som skyldes vold og overgrep
Hvis gjennomført på et stort utvalg saker, mulighet til å identifisere risikosituasjoner for barn og bidra til å endre sikkerhetsprosedyrer	Til en viss grad mulig å identifisere risikofaktorer som tjenesteapparatet kan være oppmerksom på, men viktig å være klar over at en rekke saker ikke blir gjennomgått, og at det derfor vil være risikofaktorer som ikke identifiseres gjennom serious case reviews
Bidra til offentlig bevissthet om barnedødsfall	Bidra til offentlig bevissthet om barnedødsfall

Det virker rimelig å anta at gjennomganger i et folkehelseperspektiv har større forebyggingspotensiale når det gjelder å redusere antallet dødsfall, fordi man også forholder seg til fenomener som er forholdsvis høyprevalente hvis det ikke gjøres tiltak, og der det er mulig å sette inn universelle tiltak – for eksempel sikring av barn i bil, bevissthet om drukningsrisiko osv.

Det virker mindre trolig at prosesser med *Serious Case Reviews* kan bidra til å forebygge dødsfall på grunn av mishandling og omsorgssvikt. En grunn er at sakene som analyseres i slike gjennomganger er sjeldne (lavprevalente), og at man ikke har samme mulighet til å sette inn universelle forebyggende tiltak (Man kan ikke ta barn fra alle foreldre, heller ikke fra foreldre som kjennetegnes av en eller flere risikofaktorer, men man kan innføre tiltak som å påby sikring av barn i bil, eller gang- og sykkelstier der barn ferdes i nærheten av bilveier). Verdien av *Serious Case Reviews* er kanskje derfor i hovedsak knyttet til at kunnskapen disse bidrar med kan bidra til å forbedre systemene generelt. Et kritisk punkt her er om



det er kunnskap om det som har gått virkelig har gått galt som er den beste kilden til forbedring, eller om man kan lære like mye gjennom å rette oppmerksomheten mot det som fungerer.

Dette argumentet kan ses i sammenheng med at det ikke nødvendigvis er fornuftig å foreta forandringer i et system basert på lavfrekvente, alvorlige hendelser. Et annet kritisk punkt er om det å lese eller få undervisning om forbedringer er tilstrekkelig. Her kan det være nyttig å skjele hen til implementeringsteori, som nettopp er innrettet mot hvordan man best kan få til endring i profesjonell atferd. Dette argumentet kan også ses i sammenheng med poenget fra for eksempel Cull mfl. (2013, s. 191) om at det er viktig å fremme organisasjonskulturer hvor enkeltpersoner kan erkjenne feil, lære av dem og forbedre sin evne til kritisk tenkning. Da trenges en systemtilnærming som beveger seg forbi tildeling av skyld, og som fremmer transparent og åpen kommunikasjon også horisontalt, på tvers av systemer og sektorer. Eller som Card, Ward og Clarkson (2012) konkluderer i sin diskusjon av risikokontroll etter at man har analysert årsakene til risiko (root cause analysis): Det er slett ikke gitt at god forståelse i seg selv fører til bedre praksis. Disse forfatterne etterlyser her et sterkere fokus på ikke-administrative kontrolltiltak, ettersom administrative kontrolltiltak som stadig nye regler og rutiner er den svakeste formen for risikokontroll.



## 8 Konklusjoner og kunnskapshull

Hovedhensikten med denne kunnskapsgjennomgangen har vært å gi en oversikt over forskning som kan bidra med svar på to spørsmål som er sentrale for utvalgets arbeid:

- Hva kan være årsaker til svikt i det offentlige tjenesteapparatet i saker der barn blir utsatt for vold, overgrep og omsorgssvikt?
- Hvilke virkemidler diskuteres i litteraturen for å forbedre tjenesteapparatets håndtering av vold mot barn?

Et tredje hovedspørsmål er så hvilke kunnskapshull vår gjennomgang har avdekket. Kapitlet begynner med en gjennomgang av forklaringer på svikt. Deretter diskuterer vi virkemidler for å forhindre svikt på to måter: generelle virkemidler, samt spesielle virkemidler i form av utredninger av barnedødsfall. Til slutt diskuterer vi en del kunnskapshull vi har trukket ut av litteraturen vi har gjennomgått, uten ambisjoner om at listen er uttømmende.

### 8.1 Forklaringer på svikt i det offentlige tjenesteapparatet

Vår gjennomgang av litteratur som behandler årsaker til svikt i alvorlige saker om vold, overgrep og mishandling av barn, viser at de forklaringene på svikt som nå betraktes som gyldige i forskningslitteraturen, dreier seg om systemnivået. Det vil si hvordan tjenester er organisert, hvilke ledelsesformer og arbeidskulturer som skapes, og hvilke ressurser organisasjonene har til rådighet for å løse ulike oppgaver. Et gjennomgående funn i den omfattende britiske forskningslitteraturen som tar utgangspunkt i analyser av såkalte Serious Case Reviews, en britisk ordning for gjennomgang av saker der barn har dødd eller blitt alvorlig skadet og det er mistanke om vold og overgrep, er snarere at det har vært mangelfullt samarbeid, koordinering og informasjonsutveksling mellom ulike deler av tjenesteapparatet (Brandon, 2009; Munro, 2011a; Sidebotham, 2012). Hvis først tjenesteapparatet har vært inne i bildet i disse sakene, vil det nesten alltid være snakk om flere instanser fra ulike sektorer. Det er samtidig viktig å huske på at en viss, og kanskje ganske stor andel av disse sakene er ukjente for hjelpeapparatet før det skjer noe dramatisk.

Det kan imidlertid være en rekke årsaker til svikt i det tverretatlige og tverrfaglige samarbeidet, fra manglende eller feilaktig kompetanse hos de profesjonelle i de ulike tjenestene, organisasjonsstrukturer for samordning og informasjonsutveksling, til ledelse og ressurspørsmål. Som Munro mfl. (2014) påpeker, vil en enkeltstående, alvorlig hendelse være resultatet av en rekke faktorer som spiller sammen, og forklaringen kan neppe hentes fra bare en av dem. Spørsmålet er heller hvordan de ulike faktorene har spilt sammen i den enkelte saken, og hvorvidt man kan gjenfinne noen mer generelle variasjoner og mønstre i dette samspillet i andre saker der det forekommer alvorlig vold, overgrep og omsorgssvikt mot barn. Er det for eksempel slik at *tap av tid og forsinkelser* blir en viktig faktor uansett, i den forstand at den enkelte persons arbeidsbelastning, den enkelte instansens rutiner for å besvare henvendelser (f.eks. tilgjengelig telefon-tid), problemer med å samle nødvendige deltakere til møter, eller for rigide regler for å fatte beslutninger, til sammen blir en sviktfaktor når for mange personer og instanser er inne i bildet? Kanskje ville ikke dette vært en faktor hvis bare en person eller en tjeneste var inne i bildet, men det blir det i et sektorisert system med mange aktører og hierarkier.

Som vi viste i kapitlene om tverrfaglig og tverretatlig samarbeid, er det svært mange ulike faktorer som kan virke sammen, som har både med samarbeidsrelasjoner, samarbeidsprosesser og ressurser å gjøre (bl. a. Atkinson mfl., 2007). Paradoxet er at samtidig som årsaker til svikt søkes i manglende eller dysfunksjonelt samarbeid, anses tverrfaglig og tverretatlig/tverrsektorielt samarbeid som den beste (eller eneste) løsningen i de alvorlige sakene. Dermed fokuserer diskusjonen om virkemidler på hvordan samarbeidet kan forbedres, uten at forutsetningene for at samarbeid er mulig, trekkes inn i samme grad. Dette kommer vi tilbake til nedenfor.

Samtidig framhever særlig den internasjonale litteraturen at i offentligheten generelt, er det en tendens til at ansvaret og skylden for svikt og feil tillegges individuelle profesjonelle. Tross alt har barn og familier vært i kontakt med identifiserbare enkeltpersoner, og identifiserbare profesjonelle har vært samarbeidspartnere underveis. Dermed vil det alltid finnes enkeltpersoner som kan tillegges skyld av fortvilte pårørende og andre, som på sin side prøver å finne mening i det som har skjedd. Det som i sosialpsykologisk litteratur kalles «den fundamentale attribusjonsfeilen» (Jones & Harris, 1967), innebærer nettopp at det er lettere å tilskrive årsaker til handlinger til personer enn til kontekster fordi personer er synlige og tydelige i forhold til konteksten. For en selv er det derimot lettere å se andre forhold eller andre personer som ansvarlige.

Litteraturen vi har gjennomgått, fokuserer i relativt liten grad på konsekvenser av at samarbeids- og samordningsproblemer oppstår *på tvers* av etater og tjenester, eller i det som også kalles *horisontalt samarbeid og samordning*. Slik hjelpetjenestene er organisert i dagens samfunn, kan det se ut som det til en viss grad er et misforhold mellom de forholdene som framtrer som de primære årsakene til svikt, og de virkemidlene som diskuteres (Difi 2014). Et unntak er litteratur som eksplisitt tar utgangspunkt i at blant annet saker med alvorlig mishandling, omsorgssvikt og overgrep mot barn må ses som såkalte «wicked problems», gjenstridige problemer i Difis terminologi, eller komplekse problemer i Munros tenkning. Dette innebærer at vi har å gjøre med kompliserte problemer og mangesidige årsakskjeder, hvor det ikke finnes enkle løsninger – kanskje ikke fullstendige løsninger i det hele tatt. Dette kan igjen føre til en ubegrunnet optimisme med hensyn til hva slags løsninger som er mulige å finne på samarbeidsproblemene i disse sakene, noe som igjen kan være en forklaring på at de samme problemene over år har vist seg vanskelige å få bukt med.

I tillegg kommer at litteraturen om tverrfaglig og tverretatlig samarbeid i hovedsak er generell, og kommer med relativt få bidrag som dreier seg om de alvorligste sakene. Spørsmålet vil være om noen av alle dimensjonene som er løftet fram har mer betydning enn de andre for de alvorlige sakene. Ut fra litteraturen vi har gjennomgått, kan det for eksempel se ut som at prosedyrer for utveksling av informasjon blir spesielt viktig, likeledes struktur i form av etablerte samarbeidsorganer der deltakerne har likeverdig status enten det er snakk om team eller styringsgrupper. I tillegg kommer kanskje at gjensidig tillit til hverandres kompetanse får spesiell betydning. Vi mener imidlertid at dette kan betraktes som kunnskapshull.

## 8.2 Virkemidler for å forbedre tjenesteapparatets håndtering av vold mot barn og effekten av disse

Det andre hovedtemaet i kunnskapsoppsummeringen har vært virkemidler for å unngå svikt i tjenesteapparatets håndtering av saker med alvorlig vold. Slik vi fortolker litteraturen, utpeker det seg fire tydelig atskilte tilnærminger. En tilnærming er ulike *strukturerte, vanligvis, om enn på ulike måter, statistisk baserte verktøy for risikovurdering*. Slike verktøy har til hensikt å forbedre profesjonell beslutningsfatting. En stor del av denne litteraturen tar utgangspunkt i en antakelse om at profesjonell skjønnsanvendelse er vesentlig mindre treffsikker enn slike tilnærmingsmåter. Dette er et ledd i den mer generelle, pågående

diskusjonen om betydningen av kunnskapsbasert eller evidensbasert praksis. I kunnskapsgjennomgangen presenterer vi denne litteraturen, og vi diskuterer også kritikken som reises mot slike virkemidler.

Neste type virkemidler som kan fortolkes delvis som en faglig og politisk motsetning til den første, er *profesjonelles relasjonelle arbeid med familier og utsatte barn*. I denne litteraturen framheves særlig sosialt arbeid som et – i det dominerende faglige og politiske klimaet – undervurdert virkemiddel både til å vurdere og redusere risiko for barn. I kunnskapsgjennomgangen presenterer vi også studier som peker på hvilke utfordringer som finnes i en slik relasjonsbasert tilnærming til håndtering av risiko.

Det tredje virkemidlet for å unngå svikt som har fått stort gjennomslag særlig i en britisk sammenheng, er tilnærmingen som omtales som *systemtilnærming*. Tilnærmingen assosieres særlig med Eileen Munro, forsker i feltet over lang tid og også ansvarlig for den største utredningen om barnevern i Storbritannia i nyere tid (Munro, 2010a; Munro, 2011a; Munro, 2011b). Systemtilnærming er et virkemiddel for å unngå systemsvikt ved at den foreskriver en rekke konkrete metoder og prosesser for å fremme læring på organisasjonsnivå, både av feil og av det som har fungert. Systemtilnærmingen er beslektet med, og henter også inspirasjon fra, det som i helsevesenet omtales som Root Cause Analysis (jf. Card mfl., 2012), men skiller seg fra denne tilnærmingen blant annet ved en ikke-lineær forståelse av ulykker. Det vil si at ulykker (som at et barn dør selv om det er i kontakt med tjenesteapparatet), ikke kan forklares som et resultatet av en sekvens av hendelser, men derimot som et resultat av mye mer komplekse, og dermed ofte uforutsigbare årsaksforhold der hendelsen ikke nødvendigvis var det eneste mlige utfallet. I kunnskapsgjennomgangen beskriver vi systemtilnærmingen som virkemiddel, samt kritikken som har blitt rettet mot denne tilnærmingen til risiko.

Det fjerde virkemidlet, som vi har behandlet kun kort i denne kunnskapsgjennomgangen, har vi omtalt som en folkehelsetilnærming. Denne tilnærmingen innebærer å redusere forekomsten av risikofaktorer som har betydning for forekomsten av vold på befolkningsnivå. Slike virkemidler kan være både rettet mot å bedre levekår, for eksempel gjennom generelle velferdsordninger, og holdningsarbeid.

I delen om virkemidler for å håndtere risiko, har vi altså ikke trukket inn litteraturen om tiltak for å bedre samordning mellom tjenester og etater. Denne litteraturen ble heller diskutert i forbindelse med gjennomgangen av forskning rundt tverrfaglig og tverretatlig samarbeid. Dette skyldes at vi, slik litteraturen er

organisert, anser virkemidler for å bedre samarbeid og samordning for å ha et bredere nedslagsfelt enn risikohåndtering. Tiltak for bedre samordning kan ha en rekke ulike siktemål, som for eksempel å gi bedre tjenestetilbud, effektivisering av arbeid osv. Bedre risikohåndtering kan derimot bli en effekt av bedre samarbeid og samordning.

Å se litteratur om risikohåndtering i sammenheng med litteratur om tverrfaglig og tverretatlig samarbeid, innebærer på en måte å forsøke å forene to ulike forskningstradisjoner. Vi mener dette er viktig, og at det er et kunnskapshull at dette ikke skjer mer systematisk. Ut fra litteraturen vi har gjennomgått, er det for eksempel åpenbart at risikohåndtering får ulike forløp om den skjer innen industrien, på sykehus eller i sosialsektoren. Dessuten har metoder for risikohåndtering sammenheng med styringssystemer (for eksempel New Public Management) og faglige perspektiver (om man er opptatt av standardiserte verktøy eller andre tilnæringsmåter), så vel som forståelser av problematikken (som «wicked problems» eller ikke).

### 8.3 Ordninger for gjennomgang av barnedødsfall

I kapitlet om ordninger for gjennomgang av barnedødsfall presenterte vi internasjonal litteratur som beskriver hvordan slike ordninger er organisert rundt om i verden, og hvilke, til dels ulike, hensikter de har i ulike land. Ordninger for gjennomgang av barnedødsfall kan fortolkes som et virkemiddel for å forhindre svikt i tjenesteapparatet, men på hvilke måte, avhenger av hvordan ordningen er innrettet.

I noen land er ordningene innrettet mot å bygge mer kunnskap om dødsårsaker blant barn generelt, men ofte med særlig fokus på dødsfall som kan knyttes til vold eller overgrep, og der barnet har vært i kontakt med offentlig tjenesteapparat. En overordnet hensikt med ordninger innrettet på denne måten, er å bidra til bedre forståelse av risikofaktorer, og slik kunne utvikle forebyggende tiltak, gjerne på befolkningsnivå. Ordninger med denne innretningen omtales derfor gjerne som barnedødsfallsutredninger i et folkehelseperspektiv.

I andre land er ordningene tydeligere innrettet mot å utrede saker med alvorlig utfall, dødsfall men også alvorlig skade, med sikte på at tjenesteapparatet skal lære av det som har gått galt og innføre endringer. I gjennomgangen har presentasjonen av slike ordninger særlig fokusert på den britiske ordningen med *Serious Case Reviews*, der et lokalt, tverrfaglig organ gjennomgår slike alvorlige saker. Det finnes en stor britisk forskningslitteratur omkring ordningen. Et

hovedspørsmål i denne litteraturen har vært hvorvidt ordningen bidrar til læring, eller om den i praksis fungerer som et redskap for å legge skyld for feil og mangler i systemet på profesjonelle. Vi beskriver også hvordan et utfall av denne diskusjonen er at det på et politisk nivå finnes en ambisjon om at *Serious Case Reviews* skal gjennomføres med en systemtilnærming, slik vi har beskrevet ovenfor.

Vårt særskilte fokus på disse ordningene er begrunnet i utvalgets mandat om å diskutere hvorvidt det skal etableres en permanent ordning for å undersøke tjenesteapparatets rolle i volds-, overgrep- og omsorgssviktsaker med alvorlig utfall i Norge. Ved å trekke opp en bredere diskusjon omkring ulike varianter av slike ordninger, er vår hensikt å gjøre utvalget bedre i stand til å vurdere hvilke implikasjoner det vil ha å innføre en «smalere» ordning med vekt på tjenesteapparatets håndtering, versus en bredere ordning, med vekt på å kartlegge årsaker til og omstendigheter rundt barnedødsfall mer generelt. Vår ambisjon er også at en presentasjon av diskusjonene som foregår rundt slike ordninger i andre land, vil bidra konstruktivt til drøftingen av både intenderte og mulige uintenderte konsekvenser tilsvarende ordninger vil kunne få i en norsk sammenheng.

#### 8.4 Fokus på alvorlige saker – uintenderte konsekvenser?

Hvis noe katastrofalt skjer, som at et barn påføres alvorlig skade eller dør på grunn av vold og overgrep, oppstår nesten uavvendelig spørsmålet om hvordan systemet har sviktet. Price-Robertson og Bromfield (2011) argumenterer med at det eksisterer en generell oppfatning av at skade på barn alltid kan predikeres og unngås, ellers er det noen som har skylden. Dette har resultert i en stadig mer risikoaversiv praksis både når det gjelder vurderinger av risiko og barnevernets praksis mer i sin alminnelighet.

Diskusjonen om hvilke forventninger det er rimelig å ha til at systemer skal håndtere risiko, preges av spørsmål rundt styringssystemer og ideologier. Dette ser vi tydelig i litteraturen vi har gjennomgått, både fra nordiske og engelskspråklige land. Munro framhever at forventningene til at styringssystemer skal håndtere risiko blir spesielt utfordrende for barnevernsfeltet:

The impact on the public sector of neoliberalism, new public management, and society's preoccupation with risk has been widely discussed and analyzed. However, the child protection service illustrates some of the problems to a marked degree because it deals with an unusually complex set of risks and has an unusually poor knowledge base. For many services, the aim has been to encourage and disseminate good practice. In child



protection, though, there is only limited knowledge about good practice and the major need is to increase this, to find out more about what methods are effective. This poses problems for the development of a governance regime. (Munro, 2009, s. 1015).

Munros poeng er altså at barnevern innebærer å forstå og håndtere spesielt kompliserte risikofaktorer, samtidig som kunnskapsbasen man skal handle ut fra er mangelfull. Dette medfører også at idealet som man finner på mange andre felter, om å oppfordre til og spre god praksis, er vanskelig å få til, fordi det er lite kunnskap om hvilke metoder som er effektive. På grunn av denne usikkerheten, er det også vanskelig å utvikle gode kunnskapsregimer. Dette er etter vårt syn nok et kunnskapshull.

Nigel Parton, en annen sentral forsker og kommentator i det britiske barnevernsfeltet uttrykker uro over at framskrittene som er gjort i arbeidet med å gi barn bedre beskyttelse, drukner i fortellingen om skyld og svikt («blame and failure») (Parton, 2015) Slike fortellinger blir svært dominerende når offentligheten blir gjort kjent med svikt i enkeltsaker. Paradokset er, slik Parton formulerer det, at gjentakende og høyt profilert eksponering av svikt hos profesjonelle og i organisasjonen bidrar som en hovedfaktor til offentlighetens økende bevissthet om mishandling av overgrep mot barn. Samtidig avler denne økende bevisstheten om mishandling og overgrep i seg selv et narrativ om skyld og svikt i systemet som skal gi beskyttelse. Parton hevder at medias rolle – sosiale medier så vel som tradisjonelle medier – sammen med høyprofilerte offentlige høringer og andre gjennomganger av barnedødsfall, spiller en sentral rolle i denne dynamikken.

Harry Ferguson som også er en kritisk kommentator i det britiske barnevernsfeltet, peker på et tilsvarende paradoks, nemlig at det enorme samfunnsmessige fokuset på barnedødsfall i Storbritannia, oppstår i en tid der «barn aldri har vært tryggere, der systemer for å beskytte barn, alt i alt, aldri har vært mer effektive» – selv om, påpeker han, det ikke betyr at de er gode nok. Han mener også det er et paradoks at responsen fra velferdsstater på barnedødsfall og andre tilfeller av systemsvikt (*systems failures*) har vært å søke byråkratiske løsninger ved å introdusere flere lover, prosedyrer og retningslinjer, samtidig som disse tiltakene ikke gjør det enklere å få tak på hva trygghet for alle barn fra overgrep og død egentlig vil innebære (Ferguson, 2005, s. 10).

Et siste moment som skal nevnes her, som en overordnet ramme for videre diskusjon, er at offentlighetens behov for at man skal komme til bunns i saken og

identifisere ansvarlige når et barn dør under grusomme og uforståelige omstendigheter også handler kan handle om en offentlig sorgprosess, og at de slik også har en symbolsk dimensjon. I en analyse av høringen og diskusjonene rundt Victoria Climbié-saken, nevnt ovenfor, formulerer Andrew Cooper, også en britisk forsker, seg slik:

Public inquiries into the non-accidental deaths of children serve more functions than their official or explicit ones, and we might reflect on their significance as forms of public memorial. Whether or not we learn from professional experience through these exercises in the way we tell ourselves we are supposed to do, the conduct of a public inquiry obliges us to go on thinking about the child, about how and why he or she died and as representatives charged with responsibility in the public sphere, about our part in their living and dying as well as our responsibilities in the lives and struggles of other people we work with. Looked at this way they are part of a process of public mourning (Cooper, 2005, s. 2).

Disse betraktningene omkring begrepene systemsvikt, risiko og beskyttelse av barn er ment å tilby noen redskaper som gjør oss i stand til å se koblingene mellom begrepene og fenomenene fra et overordnet perspektiv. Litteraturen vi har gjennomgått i denne kunnskapsoversikten, plasserer seg i ulik grad tett på problemstillingene rundt beskyttelse av barn og systemsvikt. Noen studier går konkret inn i spørsmål om hvordan praksiser kan forbedres og hvilke risikofaktorer som har størst betydning for barns utsatthet. Andre studier tar noen skritt tilbake, og analyserer også de offentlige diskusjonene på dette feltet. Vi betrakter begge inngangene som relevante for utvalget som skal arbeide videre med disse problemstillingene.

## 8.5 Kunnskapshull

I vårt oppdrag ligger det også en bestilling om å identifisere kunnskapshull. Vi har primært vært opptatt av å identifisere kunnskapshull når det gjelder årsaker til svikt og virkemidler for å forbedre tjenesteapparatets håndtering av vold og overgrep, samt effekten av disse. I arbeidet med å gjennomgå litteratur, har vi også identifisert noen kunnskapshull som går utover disse konkrete spørsmålene, men som likevel er relevante for utvalgets overordnede oppdrag. Noen slike kunnskapshull dreier seg om tema der det finnes internasjonal forskning, men der det kan se ut som det er lite eller ingen forskning gjort i en norsk eller nordisk sammenheng.

Vi har identifisert to kunnskapshull som knytter seg til migrasjon og det flerkulturelle samfunnet:

#### 8.5.1 TJENESTEAPPARATETS HÅNTERING AV VOLD, OVERGREP OG OMSORGSSVIKT I EN MIGRASJONSKONTEKST

Dagens flyktningskrise medfører flere utfordringer med tanke på tjenesteapparatets mulighet til å avdekke og håndtere mistanke om vold, overgrep og mishandling. En situasjon der mange familier, og også enslige mindreårige asylsøkere, bor i en ustabil situasjon, kanskje på ulike mottak, kan være krevende med tanke på å yte god beskyttelse til barn. I litteraturen vi har gjennomgått, er det få studier som diskuterer dette temaet, og vi mener derfor det kan betraktes som et kunnskapshull.

Et spørsmål i den forbindelse er også hva som skjer med hjelpeapparatets terskler for å gripe inn i omsorgssituasjonen for barn, når de befinner seg i en migrasjonssituasjon. Et annet spørsmål er om den generelle forventningen til systemets evne til å håndtere risiko for barn i migrasjonssituasjoner, ikke er den samme som for andre barn. I så fall kan det være grunn til å reflektere over hvorvidt det er slik at begrepet systemsvikt kan komme til å bli brukt i noen situasjoner, når systemet ikke har evnet å beskyttet noen kategorier barn, mens det ikke vil bli brukt hvis andre kategorier barn ikke har blitt beskyttet. Det kan her være verdt å reflektere over Partons (2004) beskrivelse av rammene rundt den tidligere nevnte Climbié-saken. Parton refererer til at halvparten av sakene det lokale sosialkontoret håndterte som også hadde ansvaret for Victoria Climbié, gjaldt enslige mindreårige asylsøkere. Parton hevder det er grunn til å tro at Victoria Climbiés situasjon ikke var unik, men at tjenesteapparatet ikke hadde mulighet til å få oversikt over situasjonen, blant annet fordi menneskene i lokal-miljøet også hadde lite oversikt og kjennskap til hverandre.

Et nytt bidrag som kaster lys over hvordan barn i en migrasjonssituasjon vekselvis blir definert som å være innenfor og utenfor nasjonalstatens ansvarsområde, er Seebergs (2016).

#### 8.5.2 KULTURSENSITIVITET I TJENESTEAPPARATETS AVDEKKING OG HÅNTERING AV ALVORLIG VOLD

Det har i den senere tid vært mye medieoppmerksomhet rundt konflikter mellom det norske barnevernet og foreldre med bakgrunn fra Russland, tidligere Øst-Europa. Mediene har også rettet oppmerksomhet mot barnevernets relasjon til andre grupper av innvandrere i Norge, og det foregår en del forskning på barnevernets utfordringer i et flerkulturelt samfunn (Rugkaasa mfl., 2015). Denne

forskningen har imidlertid ikke hatt et særskilt fokus på alvorlige saker. Et kunnskapshull er derfor hvorvidt det er spesielle forhold eller mekanismer som kan føre til svikt i tjenesteapparatets avdekking og håndtering av voldssaker når det både dreier seg om kulturforskjeller og mulig mistillit mellom noen befolkningsgrupper og tjenesteapparatet, da spesielt barnevernet. Et godt utgangspunkt for diskusjon og videre forskning kan være en nyere kunnskapsoversikt om møter mellom innvandrere og barnevernet (Paulsen mfl., 2014).

### 8.5.3 ER ET KJØNNSPERSPEKTIV RELEVANT?

Så langt har vi heller ikke sett diskusjoner i litteraturen av hvorvidt det spiller noen rolle om det er menn og kvinner som skal samarbeide, eller bare kvinner og bare menn. For eksempel vet vi at det vil være stort kvinneoverskudd i sosialsektoren, i hvert fall under toppledernivå. I politiet vil det likeledes være et mannsoverskudd. Kan det tenkes at hva slags kjønn profesjonelle som skal samarbeide, har, og hvordan vil det i tilfelle slå ut? Er det for eksempel kjønnsforskjeller når det gjelder hva som skal til for å få tillit til en samarbeidspartner man ikke kjenner så godt, eller når det gjelder å forholde seg til uenighet om hvordan en sak bør håndteres? Dette og andre relaterte spørsmål vet vi lite om.

I det følgende beskriver vi noen kunnskapshull vi har identifisert som dreier seg om barnevernet mer spesifikt, eller om tjenesteapparatet mer i sin alminnelighet.

### 8.5.4 I HVILKEN GRAD EKSISTERER DET EN SKYLDKULTUR I TJENESTENE SOM SKAL BESKYTTE BARN, SPESIELT BARNEVERNET, OGSÅ I NORGE?

Den internasjonale litteraturen, spesielt den britiske, beskriver en barneverns- og sosialtjeneste som er sterkt preget av fryktkultur og syndebukkmentalitet, til dels som en konsekvens av styringsregimene som preger Storbritannia, men også en konsekvens av den store oppmerksomheten tragiske enkeltsaker har fått. Vårt inntrykk etter å ha gjennomgått litteraturen, er at dette temaet i liten grad er belyst i en norsk sammenheng. Mer kunnskap om hvordan barnevernsarbeidere opplever sin arbeidssituasjon er viktig, spesielt omkring temaer som har å gjøre med risikohåndtering og konsekvenser av feil. Et viktig spørsmål er også hvordan en eventuell skyldkultur påvirker beslutninger om intervensjoner.

### 8.5.5 HORIZONTAL SAMORDNING OG SAMARBEID

Som vi har vært inne på flere ganger tidligere i denne kunnskapsoversikten, mangler det forskning og litteratur som eksplisitt fokuserer på hvordan man kan

håndtere konsekvenser av at effektiv samordning og samarbeid må skje horisontalt, på tvers av sektorer, samtidig som sektorprinsippet fortsatt står svært sterkt i norsk forvaltning (Difi, 2014). Mens både barrierer og virkemidler for samarbeidet kan karakteriseres på likeartede måter, mangler det imidlertid mer systematiske studier på en rekke områder. Akkurat hvordan er det for eksempel manglende tillit og tendenser til teigdeling kommer til uttrykk seg på tvers av sektorer? Har det betydning, og i tilfelle hva slags, om det er helsevesenet og sosialt arbeid som skal samordnes, om det er skolen og politiet, eller om det er en hel rekke sektorer? Hva skal til for å gi alle parter funksjonell systemkunnskap, slik at samarbeidspartnerne vet hva som kreves av dem for å få til et godt resultat? Hva skal til for at de som samordner sine innsatser, faktisk får lik myndighet når det gjelder å kunne ta beslutninger? Hva skjer når fagpersoner og instanser har ulike former for risikovurdering og risikohåndtering, og hvordan løses eventuelle konflikter som oppstår på grunn av dette? Hva innebærer det at prosedyrer for samarbeid og samordning må forankres i ledelsen for at de skal fungere?

#### 8.5.6 BRUK AV VERKTØY FOR Å IDENTIFISERE RISIKO

Det foreligger lite norsk forskning om fordeler og ulemper ved bruk av ulike risikohåndteringsverktøy, samt evaluering av hvordan de brukes og implementeres (Myhre mfl., 2015). Etter vårt syn er dette et klart kunnskapshull, og det er behov for nærmere evalueringer av hvilke instrumenter som er egnet til hvilke formål.

#### 8.5.7 ET BARNEPERSPEKTIV SOM VIRKEMIDDEL FOR Å UNNGÅ SVIKT

Flere utredninger, både i Norge og internasjonalt, har understreket at manglende barneperspektiv i tjenesteapparatet kan være en årsak til svikt, og at det å styrke barneperspektivet kan være et virkemiddel for å unngå svikt (BLD, 2013; Munro, 2011a). Det finnes mye forskning på et barneperspektiv i barnevernet generelt, særlig når det gjelder barn og unges medvirkning, men lite forskning om hvilken betydning barneperspektivet har i alvorlig saker. Internasjonalt er det noe forskning som tyder på at noen strukturerte verktøy, som *Structured Professional Judgement*, kan bidra til å styrke barneperspektivet i utredningen av sakene. Et viktig forskningsfelt framover vil være hvilke konkrete virkemidler eller metoder som kan bidra til å styrke barneperspektivet i en norsk kontekst. For eksempel kan det være snakk om hvordan systematiske barnesamtaler sørger for å få fram barnets perspektiv og synspunkter på det han eller hun har vært utsatt for, og ønsker seg framover. Dette er noe annet og mer enn å søke å avklare hva som har

skjedd ut fra kravene til en saksbehandling. Videre kan det være snakk om i hvor stor grad og på hvilke måter barnas opplevelser og synspunkter beskrives i det videre, og tas hensyn til når det skal tas en beslutning.

#### 8.5.8 SVIKT I FORHOLD TIL BARN MED FUNKSJONSNEDESETTELSER

Internasjonalt viser forskning at barn med funksjonsnedsettelse er særlig sårbare for å bli utsatt for alvorlig overgrep og mishandling. Vår gjennomgang av norsk litteratur tyder på at det er lite forskning på denne gruppen barns særlige risiko for å bli utsatt for vold. Det mangler også kunnskap om hvordan systemer best kan samordnes for å beskytte denne gruppen barn.

#### 8.5.9 NYFØDTDRAP/SPEBARNSDRAP

I prosessen med å søke etter litteratur har vi kommet over en stor internasjonal litteratur om nyfødt- og spebarnsdrap. Det ser ut som litteratur på dette feltet er fraværende i en norsk sammenheng (Ottesen, 2013). Det er et spørsmål om mer kunnskap om dette fenomenet kan være viktig med tanke på å diskutere hvorvidt man skal gå inn for å etablere mer omfattende ordninger for gjennomgang av barnedødsfall i en norsk sammenheng.

### 8.6 Fokus på utfallet for dem det gjelder?

Atkinson mfl. (2007) påpeker behovet for å ha brukerne i fokus når man skal samarbeide. Det er vår vurdering at dette faktisk er et siste, men ikke minst viktig kunnskapshull i litteraturen vi har gjennomgått. Etter vårt syn mangler ikke bare et barneperspektiv, som jo er påpekt av flere andre også, men det mangler mer generelt et perspektiv hvor utgangspunktet er brukernes eller klientenes behov, og diskusjonen om samarbeid og samordning følger av dette. En slik tilnærming kunne kanskje snu opp ned på diskusjonen om samarbeid og samordning, vertikalt og horisontalt, om «wicked problems» eller mindre gjenstridige problemer. Som det nå ser ut, fører de omfattende, interessante og kompliserte diskusjonene om organisering og samarbeid ofte til at fokus forblir på de profesjonelle og på systemene.

# Summary

This report presents the result of a literature review commissioned by the government Committee on violence against children (*Barnevoldsutvalget*). The aim of the literature review was to provide an outline of research that would shed light on the following two questions – central to the committee’s work:

- What factors are identified in the research literature that may explain why public services sometimes fail in protecting children from violence, abuse and neglect?
- What approaches to improving public services’ capacity to protect children from violence are identified, and what are the respective advantages and disadvantages of these approaches?

The literature review has two main parts: The first part reviews literature that focuses on different explanations of failure to protect children. Main themes here are professional decision-making and inter-agency collaboration. Related to this, we review literature on different projects, in Norway and internationally, set up to overcome barriers to inter-agency collaboration.

The second part of the report reviews literature that describes approaches and measures set up to prevent failure in child protection: The literature is organized in three strands: Literature focusing on structured methods of risk assessment, literature on professionals’ relational work, as well as literature describing different systems for review of child deaths and serious injury. In a final section, knowledge gaps which were identified through the review are presented.





# Litteratur

- Agar, S. E. (2002). *The Development of General Risk Assessment Guidelines for Physical Child Abuse and Neglect*. PhD, Simon Fraser University.
- Andrews, T., B. Lindeløv & A. Gustavsen (2015). *Interkommunalt samarbeid om barnevern i Norge*. Bodø: Nordlandsforskning, rapport nr. 1/2015.
- Atkinson, M., P. Doherty & K. Kinder (2005). Multi-agency working: models, challenges and key factors for success. *Journal of Early Childhood Research* 3(1):7-17.
- Atkinson, M., M. Jones & E. Lamont, (2007). *Multi-agency working and its implications for practice*. Reading: CfBT Education Trust.
- Austin, M., mfl. (2005). *Risk and safety assessment in child welfare: Instrument comparisons*. Berkeley: University of California.
- Backe-Hansen, E. (2001). *Rettferdiggjøring av omsorgsovertakelse: en beslutningsteoretisk analyse av barneverntjenestens argumentasjon i en serie typiske saker om små barn*, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Bailhache, M., mfl. (2013). *Is early detection of abused children possible?: a systematic review of the diagnostic accuracy of the identification of abused children*.(Research article)(Report). *BMC Pediatrics* 13:202.
- Bakketeig, E., M. Berg, T. Myklebust og K. Stefansen (2012). *Barnehusevalueringen 2012. Delrapport 1*. Oslo: PHS Forskning 2012:6.
- Barlow, J., J. D. Fisher & D. Jones (2012). *Systematic review of models analyzing significant harm*. Department for Education, ed. London.
- Bartelink, C., T. A. van Yperen & I. J. ten Berge (2015). Deciding on child maltreatment: A literature review on methods that improve decision-making. *Child Abuse & Neglect* 49:142-153.
- Beck, U. & M. Ritter (1992). *Risk society : towards a new modernity*. London: Sage.
- BLD (2013). *Barndommen kommer ikke i reprise: strategi for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017)*. Oslo: Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet.
- BLD (2014). *En god barndom varer livet ut. Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017)*. Oslo: Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet.
- Brandon, M. (2009). Child fatality or serious injury through maltreatment: Making sense of outcomes. *Children and Youth Services Review* 31(10):1107-1112.
- Brandon, M., mfl. (2012). *New learning from serious case reviews*. London, Department for Education.
- Brandon, M., S. Bailey & P. Belderson (2010). *Building on the Learning from Serious Case Reviews: a two year analysis of child protection database notifications 2007-2009*. London: Department for Education.

- Broadhurst, K., mfl. (2010). Risk, instrumentalism and the humane project in social work: identifying the informal logics of risk management in children's statutory services.(Risk and Social Work: Critical Perspectives)(Report). *British Journal of Social Work* 40(4):1046-1064.
- Brownell, M. D. & Douglas P. J. (2013). Administrative data linkage as a tool for child maltreatment research. *Child Abuse & Neglect* 37(2/3):120-124.
- Bunting, L. & C. Reid (2005). Reviewing child deaths—learning from the American experience. *Child Abuse Review* 14(2):82-96.
- Card, A. J., J. Ward & P. J. Clarkson (2012). Successful risk assessment may not always lead to successful risk control: A systematic literature review of risk control after root cause analysis. *Journal of Healthcare Risk Management* 31(3):6-12.
- Coohy, C., mfl. (2013). Actuarial risk assessment in child protective services: Construction methodology and performance criteria. *Children and Youth Services Review* 35(1):151-161.
- Cooper, A. (2005). Surface and depth in the Victoria Climbié Inquiry Report. *Child & Family Social Work* 10(1):1-9.
- Cooper, A. (2014). A Short Psychosocial History of British Child Abuse and Protection: Case Studies in Problems of Mourning in the Public Sphere. *Psychotherapeutic Approaches in Health, Welfare and the Community* 28(3):271-285.
- Crockett, R., mfl. (2013). *Assessing the early impact of Multi Agency Safeguarding Hubs (MASH) in London. Final Report*. London: London Councils.
- Cull, M. J., mfl. (2013). Applying principles from safety science to improve child protection. *Child welfare* 92(2):179.
- de Kwaadsteniet, L., mfl. (2013). Improved decision making about suspected child maltreatment: Results of structuring the decision process. *Children and Youth Services Review* 35(2):347-352.
- Dekker, S. (2007). *Just culture: balancing safety and accountability*. Aldershot: Ashgate.
- Devaney, J., A. Lazenbatt & L. Bunting (2011). Inquiring into Non-Accidental Child Deaths: Reviewing the Review Process. *British Journal of Social Work* 41(2):242-260.
- Difi (2014). *Mot alle odds? Veier til samordning i norsk forvaltning*.
- Douglas, E, M. & S. C. McCarthy (2011). Child fatality review teams: a content analysis of social policy. *Child Welfare* 90(3):91.
- Dubowitz, H., mfl. (2012). The SEEK Model of Pediatric Primary Care: Can Child Maltreatment Be Prevented in a Low-Risk Population? *Academic Pediatrics* 12(4):259-268.
- Dugmore, P. (2014). Working together, or keeping apart? A critical discourse analysis of the revised working together guidance (2013). *Journal of Social Work Practice* 28(3):329-341.
- Durfee, M., D. T. Durfee & M. P. West (2002). Child fatality review: an international movement. *Child Abuse & Neglect* 26(6):619-636.

- Farmer, E. & E. Lutman (2014). Working Effectively with Neglected Children and Their Families – What Needs To Change? *Child Abuse Review* 23(4):262-273.
- Ferguson, H. (2004). *Protecting children in time : child abuse, child protection and the consequences of modernity*. New York: Palgrave Macmillan.
- Ferguson, H. (2005). Working with Violence, the Emotions and the Psycho-social Dynamics of Child Protection: Reflections on the Victoria Climbié Case. *The International Journal* 24(7):781-795.
- Ferguson, H. (2010). Walks, home visits and atmospheres: risk and the everyday practices and mobilities of social work and child protection.(Risk and Social Work: Critical Perspectives). *British Journal of Social Work* 40(4):1100-1117.
- Fish, S., E. Munro & S. Bairstow (2008). *Learning together to safeguard children: developing a multi-agency systems approach for case reviews*. London: Social Care Institute for Excellence.
- Folkhälsomyndigheten & Socialstyrelsen (2016). *Att utreda självmord bland barn och unga genom händelseanalyser*.
- Fraser, J., mfl. (2014). Learning from child death review in the USA, England, Australia, and New Zealand. *The Lancet* 384(9946):894-903.
- Fuller, T. & M. Nieto (2014). Child welfare services and risk of child maltreatment rereports: Do services ameliorate initial risk? *Children and Youth Services Review* 47:46-54.
- Gangdal, J. (2010). *Jeg tenker nok du skjønner det sjøl: historien om Christoffer*. Oslo: Kagge.
- Gilbert, R., J. Woodman & S. Logan (2012). Developing services for a public health approach to child maltreatment. *International Journal of Children's Rights* 20(3):323-342.
- Gill, P. & J. Sheppard (2011). Where's the beef? *Community Care* (1868):20-21.
- Head, B. W. & J. Alford (2015). Wicked Problems: Implications for Public Policy and Management. *Administration & Society* 47(6):711-739.
- Helgesen, M. K. (2013). *Følgeevaluering av prosjektet Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI)*. Oslo: NIBR, rapport nr. 2013:23.
- Helsetilsynet (2009). *Utsatte barn og unge - behov for bedre samarbeid: oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2008 med kommunale helse-, sosial- og barnevern-tjenester til utsatte barn*. Volume 5/2009. Oslo: Statens helsetilsyn.
- HM Government (2015). *Working together to Safeguard Children. A guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children*. Department for Education.
- Hochstadt, N. J. (2006). Child Death Review Teams: A Vital Component of Child Protection. *Child Welfare* 85(4).
- Horwath, J. (2011). See the practitioner, see the child: The framework for the assessment of children in need and their families ten years on. *British Journal of Social Work* 41(6):1070-1087.

- Horwath, J. & T. Morrison (2011). Effective inter-agency collaboration to safeguard children: Rising to the challenge through collective development. *Children and Youth Services Review* 33(2):368-375.
- Janis, I. L. (1982). *Groupthink: psychological studies of policy decisions and fiascoes*. Boston: Houghton Mifflin.
- Jones, D. N. (2015). Serious Cse Reviews in Child Protection: Historical Reflections: ADCS (Association of Directors of Children' Services Ltd)
- Kaurstad, G., K. Bachmann, H. Bremnes og G. Groven (2015). *Trygg oppvekst – helhetlig organisering av tjenester for barn og unge*. Molde: Møreforskning, rapport nr. 1502.
- Keddell, E. (2015). The ethics of predictive risk modelling in the Aotearoa/New Zealand child welfare context: Child abuse prevention or neo-liberal tool? *Critical Social Policy* 35(1):69-88.
- King, J., mfl. (2014). Improving information sharing in safeguarding: MASH in London. *Advances in Dual Diagnoses*, 7.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2014). *Kriterier for god kommunestruktur. Delrapport fra ekspertutvalg*. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
- Kuijvenhoven, T. & W. J. Kortleven (2010). Inquiries into Fatal Child Abuse in the Netherlands: A Source of Improvement? *British Journal of Social Work* 40(4):1152-1173.
- Lachman, P. & C. Bernard (2006). Moving from blame to quality: How to respond to failures in child protective services. *Child abuse & neglect* 30(9):963-968.
- Lagerberg, D. & C. Sundelin (2000). *Risk och prognos i socialt arbete med barn : forskningsmetoder och resultat*. Stockholm: Förlagshuset Gothia.
- Lahne, K., G. Otterman & S. Janson (2013). Alltför få oklara dödsfall bland barn utreds i Sverige: Utvidgad granskning efter engelsk modell föreslås. *Lakartidningen* 110(46):2061.
- Lancet(2014). Child deaths: inequity and inequality in high-income countries. *The Lancet* 384(9946):830.
- Landberg, Å. & F. Malmberg (2013). Utvidga Lex Bobby till att omfatta barns självmord. In Dagens Nyheter. Dagens Nyheter.
- Morrison, T. (2010). The strategic leadership of complex practice: opportunities and challenges. *Child Abuse Review* 19(5):312-329.
- Mossige, S. & K. Stefansen (2007). *Vold og overgrep mot barn og unge: en selvrappor- teringsstudie blant avgangselever i videregående skole. NOVA-rapport (online)*, Vol. 20/2007. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Munro, E. (2010a). *The Munro Review of Child Protection, Part One: A System's Analysis*. Department for Education, ed. London. .
- Munro, E. & A. Hubbard (2011). A Systems Approach to Evaluating Organisational Change in Children's Social Care. *British Journal of Social Work* 41(4):726.

- Munro, E. (1996). Avoidable and unavoidable mistakes in child protection work. *British Journal of Social Work* 26(6):793-808.
- Munro, E. (1999). Common errors of reasoning in child protection work. *Child Abuse & Neglect* 23(8):745-758.
- Munro, E. (2004). The Impact of Audit on Social Work Practice. *British Journal of Social Work* 34(8):1075.
- Munro, E. (2009). Managing Societal and Institutional Risk in Child Protection. *Risk Analysis* 29(7):1015-1023.
- Munro, E. (2010b). Learning to reduce risk in child protection.(Risk and Social Work: Critical Perspectives). *British Journal of Social Work* 40(4):1135-1151.
- Munro, E. (2011a) *The Munro Review of Child Protection: Final Report. A Child-Centred System*. Department for Education, ed. London.
- Munro, E. (2011b). *The Munro Review of Child Protection: Interim Report. The Child's Journey*. Department for Education, ed. London.
- Munro, E., J. S. Taylor & C. Bradbury-Jones (2014). Understanding the Causal Pathways to Child Maltreatment: Implications for Health and Social Care Policy and Practice. *Child Abuse Review* 23(1):61-74.
- Myhre, M. C., C. Borchgrevink & M. B Sommerfeldt (2015). *Oversikt over rutineguider og kartleggingsverktøy for avdekking av vold i nære relasjoner*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Nicolini, D., J. Waring & J. Mengis (2011). Policy and practice in the use of root cause analysis to investigate clinical adverse events: Mind the gap. *Social Science & Medicine* 73(2):217-225.
- Nordanger, D. mfl. (2012). Konsultasjonsteam-modellen i Vest-Norge: De første systematiserte erfaringene. *Norges Barnevern*, 88, 1-2, 4-14.
- O'Donnell, M. D. Scott & F. Stanley (2008). Child abuse and neglect — is it time for a public health approach? *Australian & New Zealand Journal of Public Health* 32(4):325-330.
- Ofsted (2008). *Learning the Lessons, Taking Action: Ofsted's Evaluation of Serious Case Reviews 1 April 2007–31 March 2008*. London: Ofsted.
- Ofsted (2010). *Learning lessons from serious case reviews 2009–2010*.
- Ofsted (2011). The voice of the child: learning lessons from serious case reviews – A thematic report of Ofsted's evaluation of serious case reviews from 1 April to 30 September 2010.
- Ottesen, V. (2013). Også nyfødte blir drept. *Aftenposten* 5. mars 2013
- Parton, N. (2004). From Maria Colwell to Victoria Climbié: reflections on public inquiries into child abuse a generation apart. *Child Abuse Review* 13(2):80-94.
- Parton, N. (2015). The Contemporary Politics of Child Protection: Part Two (the BASPCAN Founder's Lecture 2015). *Child Abuse Review*.
- Paulsen, V., mfl. (2014). *Møter mellom innvandrere og barnevernet: kunnskapsstatus*. Trondheim: NTNU samfunnsforskning, Avdeling for mangfold og inkludering.

- Peckover, S., S. Smith & F. Wondergem (2015). Doing 'Serious Case Reviews': The Views and Experiences of NHS Named and Designated Safeguarding Children Professionals. *Child Abuse Review* 24(5):365-377.
- Pecora, P. J., Z. Chahine & J. Christopher Graham (2013). Safety and Risk Assessment Frameworks: Overview and Implications for Child Maltreatment Fatalities. *Child Welfare* 92(2):143-160.
- Price-Robertsen, P. & L. Bromfield (2011). *Risk assessment in child protection*. Melbourne: National Child Protection Clearinghouse.
- Putnam-Hornstein, E. & B. Needell (2011). Predictors of child protective service contact between birth and age five: An examination of California's 2002 birth cohort. *Children and Youth Services Review* 33(8):1337-1344.
- Rawlings, A., mfl. (2014). *A study to investigate the barriers to learning from serious case reviews and identify ways of overcoming these barriers*. Department for Education, ed.
- Regehr, C. mfl. (2010). Confidence and Professional Judgment in Assessing Children's Risk of Abuse. *Research on Social Work Practice* 20(6):621-628.
- Rittel, H. & M. Webber (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Integrating Knowledge and Practice to Advance Human Dignity* 4(2):155-169.
- Ruch, G., A. Lees & J. Prichard (2014). Getting beneath the surface: scapegoating and the systems approach in a post-munro world. *Journal of Social Work Practice* 28(3):313-327.
- Rugkaasa, M., K. Eide & S. Ylvisaker (2015). Barnevernsarbeideres møte med barn og familier med minoritetsbakgrunn. *Tidsskriftet Norges barnevern* (02):98-106.
- San Martín-Rodríguez, L., mfl. (2005). The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care* 19:132-147 16p.
- Schön, D. A. & M. Rein (1994). *Frame reflection : toward the resolution of intractable policy controversies*. N.Y: Basic Books.
- Schwalbe, C. S. (2008). Strengthening the integration of actuarial risk assessment with clinical judgment in an evidence based practice framework. *Children and Youth Services Review* 30(12):1458-1464.
- Seeberg, M.L. (2016) "Child Refugees and National Boundaries". I. M.L. Seeberg og E.M. Gozdzia (red). *Contested Childhoods: Growing up in Migrancy. Migration, Governance, Identities*. Imiscoe. Springer Open
- Shaw, I., mfl. (2009) An Exemplary Scheme? An Evaluation of the Integrated Children's System. *British Journal of Social Work* 39(4):613-626.
- Shlonsky, A. & C. Friend (2007). Double Jeopardy: Risk assessment in the context of child maltreatment and domestic violence. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 7(4):253-274.
- Shlonsky, A. & D. Wagner (2005). The next step: Integrating actuarial risk assessment and clinical judgment into an evidence-based practice framework in CPS case management. *Children and Youth Services Review* 27(4):409-427.

- Sidebotham, P. (2012). What do serious case reviews achieve? *Archives of Disease in Childhood* 97(3):189-192.
- Sidebotham, P., mfl. (2010). *Learning from serious case reviews: report of a research study on the methods of learning lessons nationally from serious case reviews*. Department for Education, ed.
- Sidebotham, P., mfl. (2014). Understanding why children die in high-income countries. *The Lancet* 384(9946):915-927.
- Sinclair, R. & R. Bullock (2002). *Learning from Past Experience - A Review of Serious Case Reviews*. D.o. Health, ed. London.
- Slack, K. S., mfl. (2011). Risk and protective factors for child neglect during early childhood: cross-study comparison. *Children and Youth Services Review* 33(8):1354-1363.
- Stang, E. G., mfl. (2013). *Taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt. Regelkunnskap og praksis*. Oslo: NOVA, rapport nr. 3/2013
- Statskontoret (2014). Sorgen finns det inga ord för. Om utredningar av visse dödsfall. Statskontoret, ed, Vol. 2014:19.
- Stefansen, K., T. Gundersen og E. Bakketeig (2012). *Barnehusevalueringen 2012. Delrapport 2*. Oslo: NOVA, rapport nr. 9/2012.
- Straus, M. A. & D. A. Donnelly (2001). *Beating the Devil Out of Them. Corporal Punishment in American Families and Its Effects on Children. Volume 2*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Thompson, R. & T. R. Wiley (2009). Predictors of Re-Referral to Child Protective Services A Longitudinal Follow-Up of an Urban Cohort Maltreated as Infants. *Child Maltreatment* 14(1):89-99.
- Turnell, A., E. Munro & T. Murphy (2013). Soft is hardest: leading for learning in child protection services following a child fatality. *Child welfare* 92(2):199.
- Vatnar, S. K. B. (2015). Partnerdrap i Norge 1990–2012. En mixed methods studie av risikofaktorer for partnerdrap. Pp. 160. Oslo Univeristetssykehus.
- Vincent, C. A. (2004). Analysis of clinical incidents: a window on the system not a search for root causes. *Quality and Safety in Health Care* 13(4):242.
- Vincent, C. A. (2010). *Learning From Child Deaths and Serious Abuse Edinburgh*: Dunedin Academic Pres.
- Vincent, S. (2014). Child death review processes: A six-country comparison. *Child Abuse Review* 23(2):116-129.





# Appendix 1. Søkestrenger i forskningsdatabaser

## Norart (Norge)

(voldsutsat\* OR omsorgssvikt\* OR overgrep\* OR barn\* OR ung\*) AND (svikt\* OR (menneskelig feil) OR (tverrfaglig samarbeid) OR (tverretatlig samarbeid) OR risikohåndtering OR beslutning\* OR virkemidler OR tiltak\* OR utredning)

Denne søkestrengen ga 103 treff, hvorav vi sorterte ut 6 relevante artikler.

## ORIA (Norge)

(voldsutsat\* OR omsorgssvikt\* OR overgrep\* ) AND (barn\* OR ung\*) AND (svikt\* OR "menneskelig feil" OR "tverrfaglig samarbeid" OR "tverretatlig samarbeid" OR risikohåndtering OR beslutning\* OR virkemidler OR tiltak\* OR utredning OR havarikommisjon)

Her ble det gjort to separate søk: 455 treff på søk avgrenset til artikler, hvorav 15 ble sortert ut som relevante, og 139 treff på søk avgrenset til testressurser, bøker, avhandlinger og oversiktsartikler, hvorav 7 ble sortert ut som relevante.

## LIBRIS (Sverige)

(Våld OR övergrepp OR omsorgsbrist) AND (barnskydd\* OR brist OR samverka\* OR riskhantering OR beslutprocess\* OR utredning\* OR havarikommission OR tiltak\*)

Denne strengen ga 84 treff, hvorav 7 ble sortert ut som relevante.

## Netpunkt.dk, avgrenset til deldata-basen for forskningsbibliotek

(voldsudsat? eller mishand? eller omsorgssvigt? eller overgreb?) og (ung? eller teen? eller børn?) og (svig? eller fejl? eller samarbejd? eller risikohåndtering eller beslutproces? eller tiltag eller virkemidl? eller udredning? eller havarikommission)

Denne strengen ga 133 treff, hvorav 2 ble sortert ut som relevante.

## PsyKINFO

TI ((child abuse\*) or (child neglect\*) or (child maltreat\*)) AND (TI ((child protection or risk assessment\*) OR (decision-making) OR (Protective Service\*) OR (protect\* failure) OR (inter-agency collaboration\*) OR (agency cooperation\*) OR (intersectional collaboration) OR (interprofessional relation\*)) OR AB((child protection or risk assessment\*) OR (decision-making) OR (Protective Service\*) OR (protect\* failure) OR (inter-agency collaboration\*) OR (agency cooperation\*) OR (intersectional collaboration) OR (interprofessional relation\*)))

Denne strengen ga 377 treff.

## SocINDEX og Academic Search Premier (levert av EBSCO)

TI ((child abuse\*) or (child neglect\*) or (child maltreat\*)) AND (TI ((child protection or risk assessment\*) OR (decision-making) OR (Protective Service\*) OR (protect\* failure) OR (inter-agency collaboration\*) OR (agency cooperation\*) OR (intersectional collaboration) OR (interprofessional relation\*)) OR AB((child protection or risk assessment\*) OR (decision-making) OR (Protective Service\*) OR (protect\* failure) OR (inter-agency collaboration\*) OR (agency cooperation\*) OR (intersectional collaboration) OR (interprofessional relation\*)))

Denne strengen ga 760 treff.

## ISI Web of Science

TS=(child abuse\* OR child neglect\* OR child maltreat\*) AND TS=("child protection or risk assessment\*" or "decision-making" or "Protective Service\*" or "protect\* failure" or "inter-agency collaboration\*" or "agency cooperation\*" or "intersectional collaboration" or "inter-professional relation\*")

Denne strengen ga 824 treff.

Av søkene i PsykINFO, SocINDEX og Academic Search Premier, samt ISI Web of Science, som ga et samlet treff på 1961 inklusive dubletter, ble det etter fjerning av dubletter sortert ut 96 treff som i utgangspunktet ble betraktet som relevante, senere reduserte vi antallet ytterligere. Vi har ikke ført nøyaktig oversikt over hvilke av artiklene som er fra de tidlige søkene, og hvilke artikler som har kommet til gjennom å studere referanselister og siteringer. Innenfor rammene av prosjektet har ambisjonen vår vært å vise fram bidrag som representerer ulike posisjoner og tema i faglige diskusjoner, ikke å lage en fullstendig oversikt over bidrag i hvert enkelt felt som kunnskapsoversikten favner.

## Appendix 2: Mer inngående om barneverntjenesten

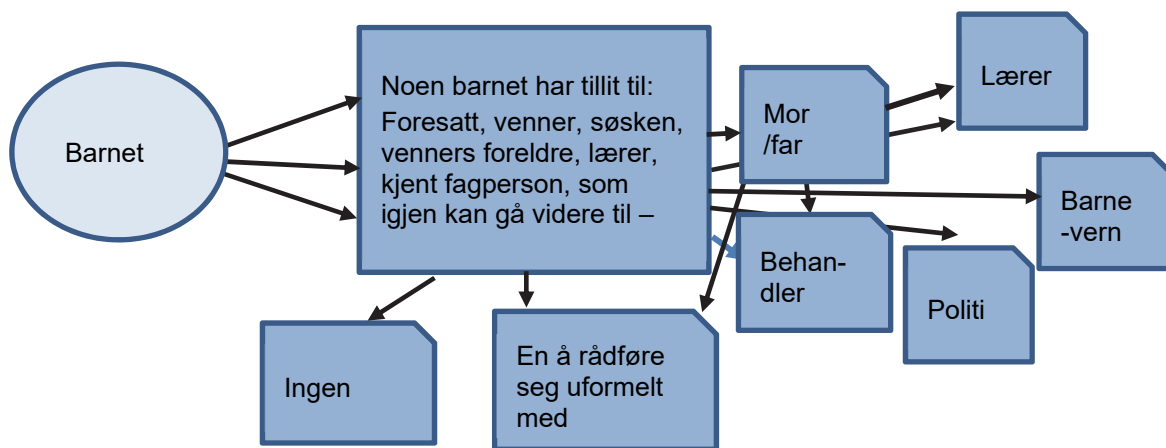
Vi vet fra litteraturen at en viss, om enn ukjent andel av sakene som omfatter alvorlig mishandling og omsorgssvikt, av ulike årsaker går «under radaren» og ikke blir kjent før hendelsene er et faktum. Men i prinsippet kan situasjoner der barn og unge lider overlast, bare bli kjent for tiltaksapparatet hvis noen ser noe som får dem til å fatte mistanke, og/eller hvis noen vet om eller mistenker og velger å melde fra til en offentlig instans.

De som sier fra, kan for eksempel være barnet eller ungdommen selv, en eller begge foreldre, andre privatpersoner, ansatte i barnehage eller skole, helse-tjenesten, i psykisk helsevern, politiet, eller andre fagpersoner som treffer barn og unge. Med andre ord vil en melding kunne komme fra ulike fagpersoner med ulik sektortilknytning, noe som igjen får konsekvenser for hvordan informasjonen håndteres i neste omgang. Nedenfor eksemplifiserer vi mulige forløp når et barn selv tar initiativ til å fortelle, når en lærer har observert noe som gir grunn til mistanke om mishandling eller omsorgssvikt, og når en melding har gått til barneverntjenesten som så skal håndtere saken videre. Eksemplene viser primært kompleksiteten i de strukturene som er bygd opp rundt det å håndtere saker som bør løses horisontalt, og som følgelig inneholder en rekke muligheter for svikt både i alvorlige og mindre alvorlige saker.

### Visualisering av beslutningsprosessen

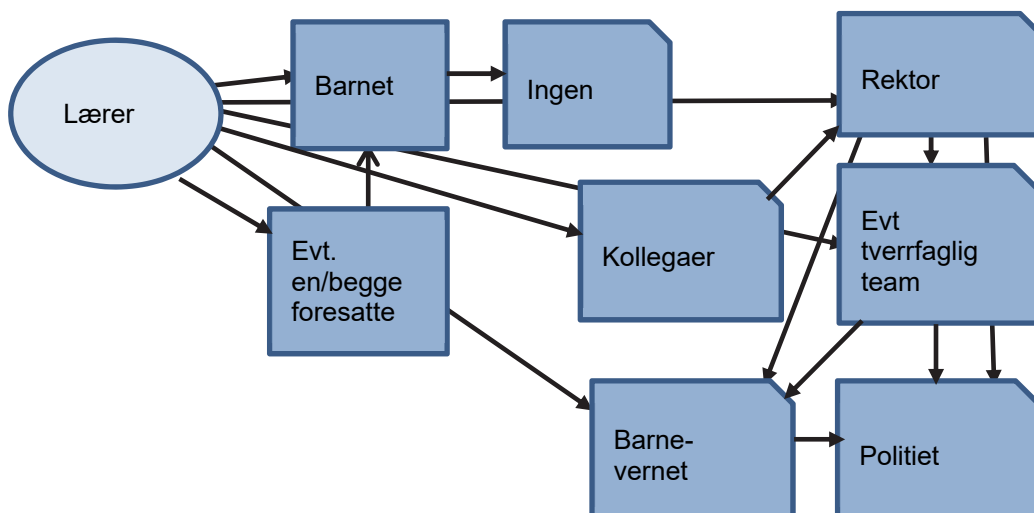
Det finnes flere, mulige forløp hvor hvordan det at et barn sier fra, kan formidles videre. Figur 1 er et forsøk på å visualisere at barnet med all sannsynlighet vil holde seg til sine nærmeste sirkler, men at hva som deretter skjer, vil avhenge av hvem disse personene igjen velger å gå videre til. Foreldrenes rolle vil avhenge av om en eller begge er utøver, både i forhold til barnet selv og for andre. Uansett blir det slik at i det øyeblikket barnet har fortalt noen om en hendelse eller en situasjon, vil behovet for avklaring av det videre handlingsforløpet oppstå. Valgene som tas tidlig i prosessen, vil dernest få konsekvenser for om dette forløpet blir godt, eller i verste fall skadelig for barnet. Jo mer den som hører historien opplever at barnets situasjon er alvorlig, og barnet er i krise, jo mer vil dessuten vedkommende sannsynligvis oppleve et selvstendig behov for å handle fordi det blir uutholdelig å se barnets situasjon uten å handles.

Figur 1. Et barn eller en ungdom melder fra, til en eller flere personer



For barn og unge er det helt sentralt å kunne snakke om mulige overgrep og mishandling til noen de har tillit til. Men hvis barnet snakker med noen utenom familie eller nettverk, vil vedkommende være bundet av regelverket som eksisterer innenfor sitt ansvarsområde. Spørsmålet blir derfor hva den eller de barnet snakker med, i neste omgang gjør med informasjonen, og hva slags rammer videre samtaler eller forslag om handling skjer innenfor. Det vil også være spørsmål om barnet selv er med på å vurdere hva som skal skje framover, og hva slags konsekvenser dette i så fall får for den voksnes opplevde handlingsrom.

Figur 2. Barnets lærer får mistanke om at mishandling eller overgrep forekommer

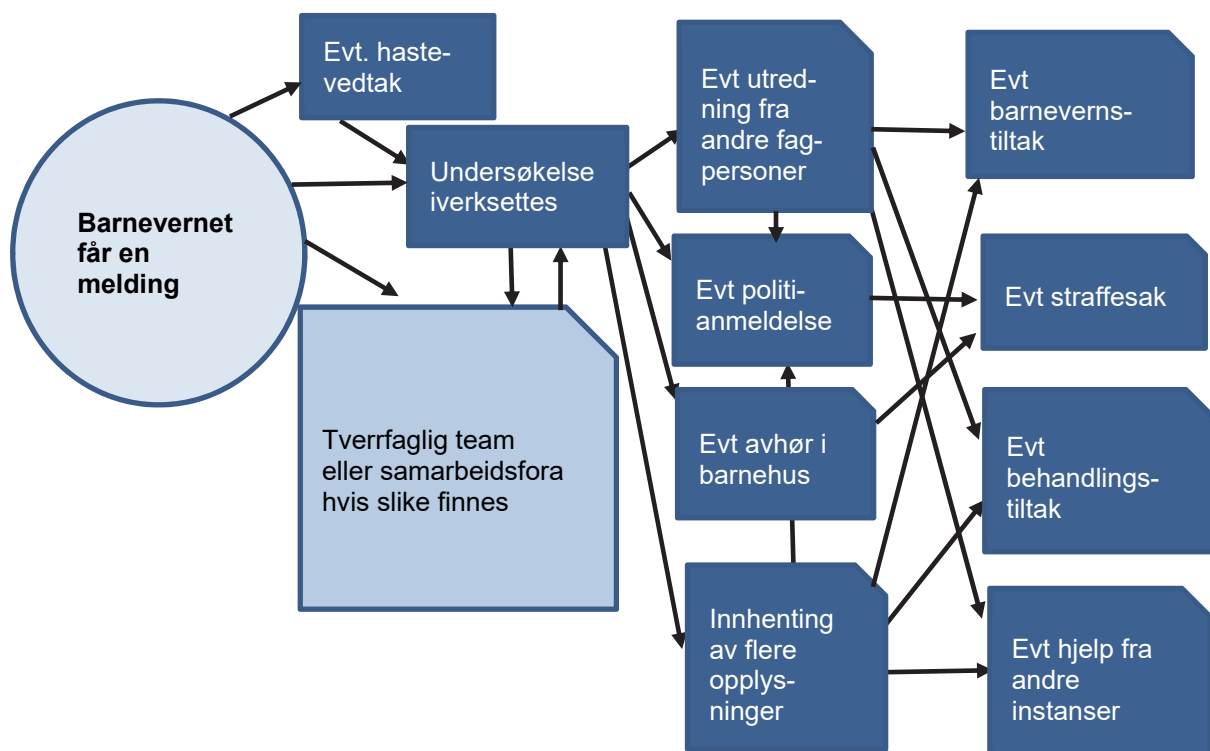


Her ser vi at det vil være rimelig og kanskje også nødvendig at læreren forholder seg til personer i og utenfor egen sektor. Innen egen sektor vil læreren ha kollegaer og ledelse, og eksisterende tjenestevei og samarbeidsstrukturer vil styre

kommunikasjonen innad og påvirke tidspunkt og form for horisontal kommunikasjon. En viktig beslutning som må tas, er om situasjonen kan vurderes som så alvorlig at meldeplikten til barnevernet utløses. Det vil imidlertid langt fra være tilfelle i alle saker. Et viktig poeng er at valgene den som får informasjonen foretar helt i starten, faktisk kan få store konsekvenser for det videre forløpet, som ikke alltid er reversible.

Hvis barneverntjenesten er mottaker av en melding, kan man tenke seg følgende forløp, som blant annet skyldes at barneverntjenesten ikke vil ha tilstrekkelig utredningskompetanse innen egen tjeneste. Dessuten vil det være viktig for troverdigheten til tjenesten at informasjonen som presenteres i en eventuell senere rettssak eller fylkesnemndssak, framstår som mest mulig troverdig og pålitelig. Da kan det være viktig å ha med vurderinger fra fagpersoner som kjenner barna i andre tjenester, og som framtrer som nøytrale i forhold til barneverntjenesten.

Figur 3. Forløpet fram mot en beslutning om handling



I denne figuren ser vi hvor komplisert beslutningsprosessen fort blir, enten et tverrfaglig team er involvert eller ikke. Blant annet kan en god prosess stå og falle på at aktuelle deltakere i et team faktisk har muligheter for å møtes innen rimelig tid, og at deltakerne i gruppen har mandat til å fatte og implementere nødvendige beslutninger. Dessuten vil utfallet av prosessen blant annet stå og falle med hvem

som ellers er involvert, hvordan de eventuelt kan bidra, og hva slags samarbeidsklima som eksisterer.

Figuren illustrerer også hvor viktig det er å tenke horisontalt om samarbeidet i disse sakene, og hvor viktig det er å sørge for at samarbeidspartnerne har god kunnskap om hverandres muligheter og begrensninger. Det kan for eksempel tenkes at politiets representanter i samarbeidet har kunnskap om at foreldrene til et aktuelt barn misbruker rusmidler. Basert på sin kunnskap, er det deres vurdering at barneverntjenesten bør fremme en sak om omsorgsovertakelse for Fylkesnemnda. På den andre siden kan barneverntjenesten si at den informasjonen politiet har gitt ikke er tilstrekkelig, og det har heller ikke kommet tilstrekkelig informasjon fra andre, til at det er sannsynlig at en sak om omsorgsovertakelse går gjennom. Da er det viktig at samtlige samarbeidspartnere får et realistisk bilde av tersklene for at omsorgsovertakelse kan vedtas, og formidler nødvendig informasjon i forhold til den vurderingen. Har ikke samarbeidspartneren den typen informasjon, eller kan den for eksempel av etterforskningsmessige grunner ikke formidles, kan man heller ikke forvente at barneverntjenesten fremmer en sak. Med andre ord er det ikke bare snakk om å utveksle informasjon om konkrete saker i denne typen samarbeid. Man må også, som kollegaer, lære hverandre opp om hvordan de ulike systemene faktisk fungerer.

I neste del av kapitlet presenterer vi en analyse av meldinger til barneverntjenesten som en tallmessig beskrivelse av samarbeid mellom de tjenestene som er aktuelle når barn utsettes for vold, overgrep eller omsorgssvikt. Barnevernet vil ha en sentral rolle på grunn av sitt samfunnsmandat, likeledes politi og påtalemyndighet så snart en situasjon vurderes til å kunne utløse strafferettslig ansvar for noen. Det gjelder imidlertid færre saker enn de barneverntjenesten må håndtere, også blant de som er tema for denne kunnskapsoversikten.

### Analyse av meldinger om vold, overgrep og omsorgssvikt

Et uttrykk for tverrfaglig og tverretatlig samarbeid i en avklarings- og tiltaksfase, er strømmen av saker inn i barneverntjenesten. Statistisk sentralbyrås barnevernsstatistikk gjør det mulig å følge utviklingen i antall avsluttede undersøkelser og antall nye tilfeller i løpet av året knyttet til hvem som melder og hvorfor. Her har vi fulgt utviklingen mellom 2003 og 2014. Samtlige tabeller og figurer i denne delen av kapitlet bygger på SSBs offentlig tilgjengelige barnevernsstatistikk<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> Se

[https://www.ssb.no/statistikkbanken/selecttable/hovedtabellHjem.asp?KortNavnWeb=barn everng&CMSSubjectArea=sosiale-forhold-og-kriminalitet&checked=true](https://www.ssb.no/statistikkbanken/selecttable/hovedtabellHjem.asp?KortNavnWeb=barn%20everng&CMSSubjectArea=sosiale-forhold-og-kriminalitet&checked=true)

Tabell 1 viser andel undersøkelser som ble startet i løpet av året hvor omsorgssvikt eller mishandling var eneste eller en av flere begrunnelser.

Tabell 1. Andel undersøkelser av samtlige som ble startet i løpet av året, der omsorgssvikt og mishandling inngikk. Prosent

<b>2003</b> N=20 096	<b>2006</b> N=23 459	<b>2009</b> N=30 135	<b>2012</b> N=34 591	<b>2013</b> N=41 493	<b>2014</b> N=41 922
22,1	23,2	24,6	30,2	29,9	33,2

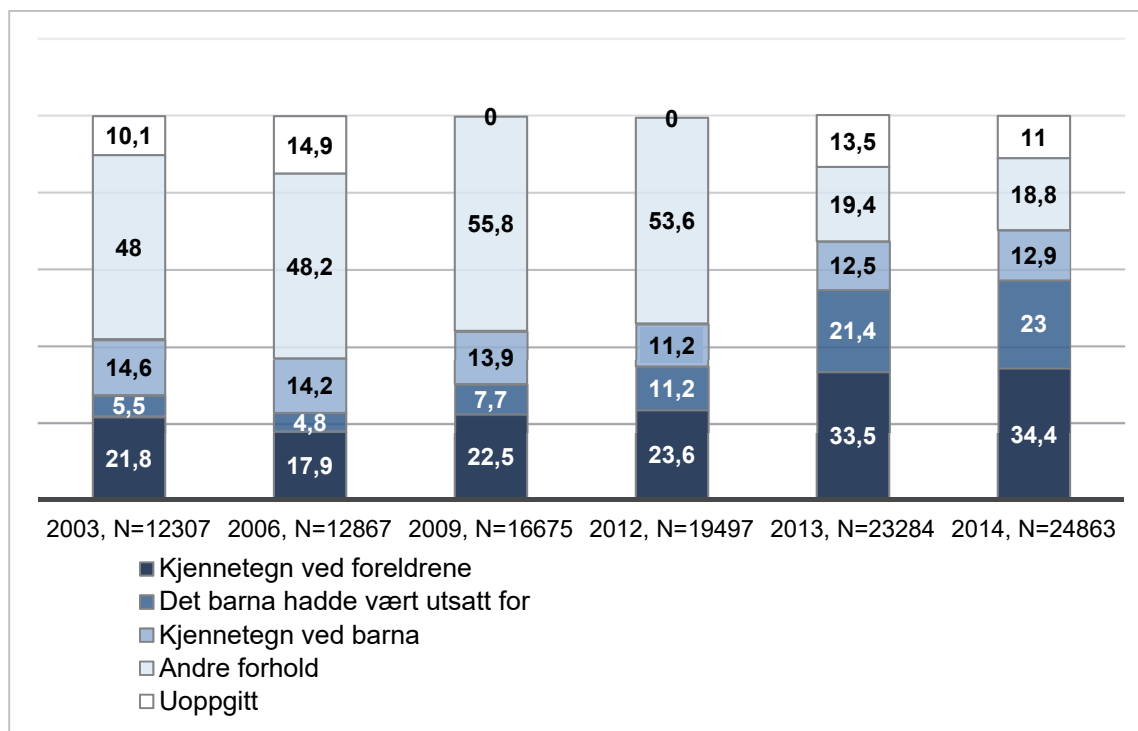
Som vi ser, har omsorgssvikt og mishandling vært en del av bakgrunnen for å starte en undersøkelsessak i en økende andel av sakene de siste årene, fra vel en femtedel i 2003 til en tredjedel i 2014. Andelen blant meldingene var enda høyere, vel 40 prosent, men alle meldinger undersøkes ikke. I 2003 og 2006 omfattet statistikken fire kategorier: at barnet hadde vært utsatt for vanskjøtsel, fysisk mishandling, psykisk mishandling eller seksuelle overgrep. I 2009 og 2012 fantes i tillegg kategorien «vold i familien/eksponert for vold», og de to siste årene fantes som en sjetteste kategori «store konflikter i familien». Flertallet av sakene de to siste årene gjaldt de to nyeste kategoriene. Samtidig er det også verdt å merke seg at Statistisk sentralbyrå ikke graderer sine kategorier; man skal krysse av på om den aktuelle kategorien er dekkende eller ikke.

Grunnlaget for tiltak kan grovt sett deles i tre: Kjennetegn ved foreldrene, hva barnet hadde vært utsatt for, det vil si vold og overgrep, og kjennetegn ved barna. I tillegg kommer noen samlekategori. I figur 4 nedenfor viser vi utviklingen i tiltaksgrunnlag fra 2003 til 2014. Tallene gjelder på antall *tiltak*, mens antall barn og unge var mindre. I snitt ble det fattet vedtak om mellom 1,3 og 1,7 tiltak per barn. Det er også ofte flere årsaker til å sette i verk tiltak, og denne statistikken prioriterer ikke mellom årsaker<sup>22</sup>.

Statistikken er landsdekkende, slik at lokale variasjoner som alltid vil være til stede, ikke kommer med. Det må også tas forbehold om at statistikkgrunnlaget er det som sendes inn fra hver enkelt kommune, og vi vet ikke hvor store variasjoner det er mellom kommunene når det gjelder hvordan kategoriene brukes. Det har også skjedd noen endringer over tid med sikte på å gjøre statistikken mer informativ gjennom introduksjon av flere kategorier, følgelig også med sikte på å redusere bruken av kategorien «annet». Kategoriene i figuren er slått sammen for oversiktens skyld, og omfatter samtlige av kategoriene som inngår i SSBs statistikk.

<sup>22</sup> Til det trengs analyser av individstatistikken.

Figur 4. Tiltaksgrunnlag nye barn 0-22 år 2003–2012. Prosent



Den øverste kategorien i figuren er «uoppgitt». Med unntak av 2006 og 2009 lå den mellom 10 og 15 prosent de aktuelle årene. Vi vet ikke hvorfor det omtrent ikke var noen uoppgitte akkurat i 2006 og 2009. Den nest øverste kategorien er samlekategori «andre forhold». Før 2013 er denne slått sammen av kategoriene «forholdene i hjemmet» og «andre grunnlag». Fra 2013 er den slått sammen av «andre forhold av foreldrene/familien» og «andre forhold ved barnets situasjon». De fire første årene som er med i denne tabellen, dekker disse to kategoriene over halvparten av sakene. Denne andelen er redusert til rundt en tredjedel etter omleggingen av statistikken i 2013, men må fortsatt vurderes som ganske stor.

«*Kjennetegn ved foreldrene*» er slått sammen av kategoriene foreldrenes somatiske sykdom, foreldrenes psykiske vansker og lidelser, foreldrenes rusmisbruk, foreldrenes manglende foreldreferdigheter, foreldrenes kriminalitet og barnet mangler omsorgsperson/foreldrene døde.

«*Det barnet er utsatt for*» er slått sammen av de seks kategoriene for vold og overgrep. Det er vold i hjemmet/barnet utsatt for vold i nære relasjoner, høy grad av konflikt hjemme, barnet utsatt for vanskjøtsel, barnet utsatt for fysisk mishandling, barnet utsatt for psykisk mishandling, barnet utsatt for seksuelle overgrep.

«*Kjennetegn ved barna*» er slått sammen av kategoriene barnet har nedsatt funksjonsevne, barnets psykiske problemer/lidelser, barnets rusmisbruk, barnets atferd/kriminalitet og barnets relasjonsvansker. (Det er viktig å huske på at betegnelsen «barn» her dekker aldersgruppen 0–22 år).



Figuren viser også at når tiltaksgrunnlaget er nærmere spesifisert, har den innbyrdes fordelingen mellom de tre gjenværende tiltaksgrunnlagene delvis endret seg over tid. Kjennetegn ved foreldrene har vært det hyppigst brukte i hele perioden, og har så langt økt i forbindelse med omleggingen av statistikken. Her har dessuten grovt sett de samme svarkategoriene vært brukt i statistikken i hele perioden. Derimot ser vi at det barnet har vært utsatt for, det vil si ulike former for vold og overgrep, tok igjen tiltaksgrunnlagene knyttet til kjennetegn ved barnet i 2009, og deretter har vært brukt langt hyppigere. Dette har skjedd etter at det ble mulig å velge svarkategoriene «vold i hjemmet/ barnet vitne til vold i nære relasjoner» (fra 2009) og «høy grad av konflikt hjemme» (fra 2013). Det er også disse som klart brukes mest som tiltaksgrunnlag, langt mer enn overgrep- og mishandlingskategoriene. I 2014 var det slik at ikke mer enn en femtedel av antallet voldsrelaterte meldinger som endte med vedtak etter undersøkelse, gjaldt fysisk eller psykisk mishandling, omsorgssvikt eller overgrep<sup>23</sup>. Derimot ser vi at andelen tiltak begrunnet med kjennetegn ved barna har vært veldig stabil over tid, selv om kategoriene om barnets psykiske sykdom og barnets relasjonsproblemer først kom inn i statistikken på et senere tidspunkt.

Det er umulig å vite i hvor stor grad situasjoner med overgrep og mishandling er skjult i samlekategorien om foreldrene, eller om omfanget av underreportering i så fall er likt eller ulike fra år til år. Dette ville kreve en helt annen type analyser med andre datakilder. Men statistikken gir likevel et visst bilde av at fokuset på vold og overgrep har blitt sterkere når det gjelder grunnlaget for å undersøke barnevernssaker, særlig etter at det også ble mulig å krysse av for høyt konfliktnivå i familien og det at barnet er vitne til vold i familien. Dette kan sannsynligvis ses i sammenheng med det politiske fokuset som har vært på tematikken de siste 10–15 årene, og som er nedfelt i en rekke, statlige handlingsplaner.

Det er ikke likegyldig hva en sak gjelder eller hvem som melder. Følger man prosessen fra melding, til beslutning om å undersøke saken og eventuelt vedta tiltak, er det noen tendenser som viser seg. For det første viser tall fra 2014 at andelen meldinger som involverte en eller flere av de seks voldsrelaterte kategoriene, var i overkant av 40 prosent. Og mens man på landsbasis undersøkte 80 prosent av de innkomne meldingene, gjaldt dette rundt 90 prosent av de voldsrelaterte meldingene (Kilde: SSB, tall ikke vist) Med andre ord tar barneverntjenesten meldinger om vold og overgrep alvorlig, hvilket er viktig for det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet.

---

<sup>23</sup> Kilde: SSB, tall ikke vist.

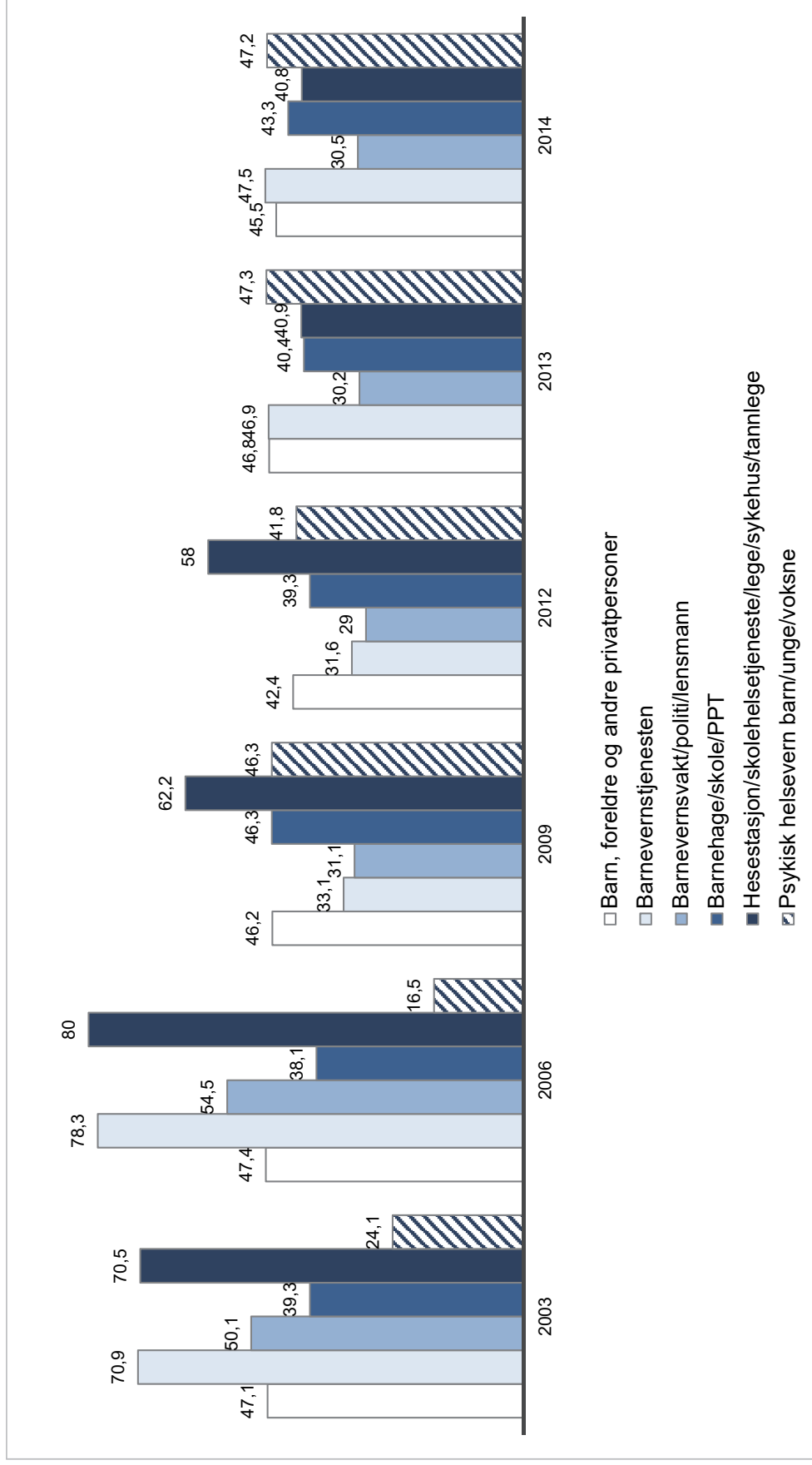
Utfordringene oppstår imidlertid i forhold til hva som skjer etterpå. Som vi diskuterte i kapittel 3, er det heftet mye usikkerhet ved å fastslå om mishandling eller overgrep faktisk har skjedd og hvor alvorlig denne er («*substantiation*»). Det betyr at når barneverntjenesten får en melding, kan både melder og barneverntjenesten være ganske usikre på hva som er kjernen i saken. Innholdet i den første meldingen kan godt være langt fra det som blir det endelige bildet. Dessuten kan det være uenighet mellom ulike aktører om hva som har skjedd. Så selv om flere saker enn gjennomsnittlig går videre til undersøkelse, er det ikke dermed gitt at en spesielt høy andel av akkurat disse sakene vil ende med vedtak om tiltak – eller at tiltak effektueres, for den saks skyld, gitt konfliktnivået som også ofte er til stede. Som nevnt tidligere, viste også analysene av tallene for 2014 at ikke mer enn en av fem av antallet meldinger med voldsrelatert innhold faktisk endte med at det ble fattet vedtak om tiltak, noe som var *vel 10 % lavere* enn snittet på 32 prosent når alle meldinger ble sett under ett. Antallet var særlig lavt hvis saken gjaldt overgrep eller mishandling av barnet selv, og høyest hvis det var snakk om høyt konfliktnivå i hjemmet (Kilde: SSB, tall ikke vist). Dette betyr ikke at alle meldinger bør utløse vedtak om tiltak, og vi savner mer inngående kunnskap om kjennetegn ved de sakene som legges vekk. Poenget her er at det foregår en ganske omfattende siling før barneverntjenesten tar stilling til om tiltak bør iverksettes. Dette er spesielt viktig fordi en nylig avsluttet undersøkelse av terskler i barnevernet viser til dels store, lokale variasjoner på dette punktet (Ellingsen, Pettersen, Andersen & Viblemo, 2015).

Neste spørsmål er hvordan fordelingen ser ut på de sakene som ender med vedtak, hvor man må anta at vilkårene, etter barneverntjenestens vurdering, er til stede for å iverksette tiltak i medhold av barnevernsloven. Fra både norsk og internasjonal forskning vet vi, som påpekt i første kapittel, at denne vurderingen til dels kan avhenge av om barneverntjenesten mener andre tjenester tilbyr gode nok tiltak (jf. Ellingsen mfl.2015). Dette forutsetter igjen at potensielle andre tjenesteytere er enige i vurderingen og kan komme med adekvate tilbud innenfor rammen av sine lovverk.

Generelt endte i overkant av 40 % av de avsluttede undersøkelsene i 2014 med vedtak om tiltak. Hvis dette ses i forhold til antall meldinger, blir ikke andelen høyere enn en tredjedel (Kilde: SSB).

Til sist ser vi nærmere på betydningen av *hvem* som melder. Det finnes 21 ulike kategorier for dette i statistikken, men her har vi samlet de gruppene meldere som antas å ha størst betydning for arbeidet med saker der det forekommer mishandling og omsorgssvikt. Resultatene vises i figur 5.

Figur 5: Andelen nye tilfeller etter andelen avsluttede undersøkelser, 2003-2014. Utvalgte grupper med meldere. Prosent.



Resultatene er delvis vanskelige å forklare, men noen utviklingstrekk kan påpekes. Det har tydeligvis skjedd en slags nivellering over tid, slik at andelen avsluttede undersøkelser som ender med vedtak, har gått ned med ca. 10 prosent og nå ligger mellom 40 og 50 prosent uansett melder. Med andre ord var variasjonen større når relativt flere av undersøkelsene endte med vedtak om tiltak. Det er ett unntak: hvis meldingene kom fra politi/lensmann eller barnevernsvakt. Det betyr at meldinger fra helsestasjon/skolehelsetjeneste og lege/sykehus/ tannlege, og meldinger fra andre barneverntjenester, i langt mindre grad fører til vedtak nå enn tidligere, mens meldinger fra psykisk helsevern fører til vedtak i større grad enn før. Meldinger fra barn, foresatte og andre privatpersoner, og fra skole/barnehage/PPT, har derimot ført til vedtak i omtrent samme omfang alle årene. Det må imidlertid igjen tas forbehold om at analysene er gjort med landsdekkende data, slik at lokale variasjoner ikke kommer fram (Ellingsen mfl., 2015).

Ettersom ansatte i andre tjenester har meldeplikt til barneverntjenesten hvis de har grunn til å tro at et barn utsettes for alvorlig omsorgssvikt eller mishandling, blir barnevernet en sentral aktør i disse sakene selv om også andre instanser i andre sektorer er involvert. Derfor er det også nyttig å analysere hvordan flyten av disse sakene inn i og gjennom barnevernet er, selv om statistikken ikke gir muligheter for å differensiere mellom alvorlige og mindre alvorlige saker.

Kan så analysene av barnevernsstatistikken si noe om svikt i det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet i saker med alvorlig omsorgssvikt, overgrep og mishandling? Etter vårt syn kan særlig analysene av meldinger og undersøkelser over tid si noe om barneverntjenestens plassering i forhold til resten av feltet. Det ene vi kan lære, er at som situasjonen nå er, er faktisk det mest sannsynlige utfallet av en melding til barnevernet at ingenting skjer, selv om en undersøkelse blir gjennomført. Dette kan påvirke samarbeidspartnere. Videre kan vi lære at det ikke er likegyldig hvem som melder, selv om det nå ser ut til å skje en nivelleringsprosess i løpet av prosessen from mot avslutningen av en undersøkelse, som reduserer de forskjellene som er tydelige tidligere i prosessen. For det tredje kan vi lære at selv om andelen saker som omhandler overgrep og mishandling nå utgjør mer enn 40 prosent av samtlige meldinger, blir relativt flere av dem borte i prosessen fram mot å konkludere med at tiltak skal iverksettes. Det er viktig å undersøke nærmere hva dette kommer av.

## Appendix 3: Oversikt over analyser av Serious Case reviews <sup>24</sup>

### Forskingsbaserte studier av serious case reviews

Forfattere (år)	Tittel	Serious case review periode
Sinclair and Bullock (2002)	<i>Learning from Past Experience - A Review of Serious Case Reviews</i>	1998-2001
Rose og Barnes (2008)	<i>Improving safeguarding practice: Study of serious case reviews 2001-2003</i>	2001-2003
Brandon mfl.(2008)	Analysing child deaths and serious injury through abuse and neglect: What can we learn?	2003-2005
Brandon mfl. (2009)	Understanding Serious Case Reviews and their Impact	2005-2007
Brandon mfl. (2010)	Building on the Learning from Serious Case Reviews: a two-year analysis of child protection database notifications 2007-2009	2007-2009
Sidebotham mfl. (2010)	Learning from serious case reviews: report of a research study on the methods of learning lessons nationally from serious case reviews	
Brandon mfl. (2011)	A study of recommendations arising from serious case reviews 2009-2010	2009-2010
Brandon mfl. 2013	New learning from serious case reviews: a two year report for 2009-2011	2009-2011
Rawlings mfl. 2014	A Study to Investigate the Barriers to Learning from Serious Case Reviews and Identify ways of Overcoming these Barriers.	

### Ofsted-evalueringer

Utgiver (år)	Tittel	Serious case review periode
Ofsted 2008	Learning lessons, taking action: Ofsted's evaluations of Serious Case Reviews 1 April 2007-31 March 2008	2007-2008 (England)
Ofsted (2009)	Learning lessons from Serious Case Reviews: year 2	2008 – 2009 (England)
Ofsted 2010	Learning lessons from serious case reviews 2009-2010	2009-2010
Ofsted 2010	The voice of the child: learning lessons from serious case reviews 2009-2010	

<sup>24</sup> Vi tar forbehold om at denne listen ikke er komplett.

## Rapporter fra uavhengig ekspertutvalg

Årstall	Tittel
2014	First annual report: national panel of independent experts on serious case reviews
2015	Second report of the national panel of independent experts on Serious Case Reviews

Samtlige rapporter er offentlig tilgjengelig og kan finnes gjennom søk med tittel i google.