

Det du gjør, gjør det helt

Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge



Norges offentlige utredninger 2009

Seriens redaksjon:
Departementenes servicesenter
Informasjonsforvaltning

1. Individ og integritet.
Fornyings- og administrasjonsdepartementet.
2. Kapital- og organisasjonsformer i sparebanksektoren mv.
Finansdepartementet.
3. På sikker veg.
Samferdselsdepartementet.
4. Tiltak mot skatteunndragelser.
Finansdepartementet.
5. Farskap og annen morskap.
Barne- og likestillingsdepartementet.
6. Tilstandsrapport ved salg av bolig.
Barne- og likestillingsdepartementet.
7. Om grunnlaget for inntektsoppgjørene 2009.
Arbeids- og inkluderingsdepartementet.
8. Kompetanseutvikling i barnevernet.
Barne- og likestillingsdepartementet.
9. Lov om offentlige undersøkelseskommisjoner.
Justis- og politidepartementet.
10. Fordelingsutvalget.
Finansdepartementet.
11. Kredittavtaler.
Justis- og politidepartementet.
12. Et ansvarlig politi.
Justis- og politidepartementet.
13. Bedre pensjonsordninger.
Finansdepartementet.
14. Et helhetlig diskrimineringsvern.
Barne- og likestillingsdepartementet.
15. Skjult informasjon – åpen kontroll.
Justis- og politidepartementet.
16. Globale miljøutfordringer – norsk politikk.
Finansdepartementet.
17. Sikring mot tap av felleskostnader i borettslag.
Kommunal- og regionaldepartementet.
18. Rett til læring.
Kunnskapsdepartementet.
19. Skatteparadis og utvikling.
Utenriksdepartementet.
20. Ny grenselov.
Justis- og politidepartementet.
21. Adopsjon – til barnets beste.
Barne- og likestillingsdepartementet.
22. Det du gjør, gjør det helt.
Barne- og likestillingsdepartementet.

NOU

Norges offentlige utredninger

2009: 22

Det du gjør, gjør det helt

Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge

Utredning fra et utvalg oppnevnt av Barne- og likestillingsdepartementet.
Avgitt 3. desember 2009.

Departementenes servicesenter
Informasjonsforvaltning

Oslo 2009

ISSN 0333-2306
ISBN 978-82-583-1043-0

07 Gruppen AS

Til Barne- og likestillingsdepartementet

I statsråd 20. september 2008 oppnevnte regjeringen et utvalg som skulle utrede en bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge. Utvalget ble bedt om å foreta en grundig vurdering av mulighetene for et systematisk og forpliktende samarbeid mellom kommunale og statlige tjenester som gir hjelp til utsatte barn og deres foreldre. Utvalget ble bedt om å vurdere hvordan tjenestene kan organiseres på en måte som gjør at barn og foreldre opplever at det er «*en dør inn*» når de trenger hjelp fra flere tjenester. Det ble spesielt nevnt i mandatet at utvalget skulle se nærmere på hvordan samarbeidet kan organiseres for at én instans skal ha koordineringsansvaret. Utvalget ble også bedt om å vurdere om plikten til samarbeid kan nedfelles i lovverket, og hvordan de ulike lovene må harmoniseres på dette området.

Utvalget legger med dette frem sin utredning som inneholder utvalgets syn på de temaer som er beskrevet i mandatet og forslag til lovendringer. Utvalgets oppdrag er dermed avsluttet.

Oslo, 3. desember 2009

Lars Erik Flatø
leder

Geir Kjell Andersland	Kirsten Djupesland	Eva Khan
Thomas Koefoed	Svein Ludvigsen	Hilde Rakvaag
Randi Talseth		Geir Tveit

Utvalgssekretærer
Morten Stephansen
Aase Midkiff
Svend Dahl

Innhold

1	Utvalgets oppnevning, sammensetning, mandat og arbeidsmåte	9			
1.1	Utvalgets oppnevning og sammensetning	9	2.6.1	Innledning	34
1.2	Utvalgets mandat	9	2.6.2	Sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV)	34
1.3	Avgrensninger	10	2.6.3	Familievernkontorene	35
1.4	Utvalgets arbeid	10	2.6.4	Krisesentrene	35
1.5	Sammendrag	11	2.6.5	Andre tilbud til voldsutsatte barn og unge	36
2	Dagens oppgave- og ansvarsfordeling	13	2.6.6	Utekontakter	36
2.1	Innledning	13	2.6.7	Fritidstilbud for barn og unge i regi av kommunene	37
2.2	Barnevern	13	2.6.8	Styrket innsats overfor pasientenes barn	37
2.2.1	Innhold i tjenesten	13	2.7	Sammenfatning av tilbudet til utsatte barn og unge	37
2.2.2	Lovforankring og krav om samarbeid	15	2.7.1	Innledning	37
2.2.3	Organisering og finansiering	16	2.7.2	Tilbudet til utsatte barn og unge ..	38
2.2.4	Brukere	17	2.7.3	Oppsummering	40
2.2.5	Økonomi og stillinger	18	3	Beskrivelse av samhandling om tjenester for utsatte barn og unge	42
2.2.6	Forskjeller mellom kommunene ..	20	3.1	Innledning	42
2.3	Helse- og omsorgstjenester	21	3.2	Erfaringer med samarbeid og samordning	42
2.3.1	Innledning	21	3.2.1	Innledning	42
2.3.2	Innhold av tjenesten	21	3.2.2	Samordning av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer ...	42
2.3.3	Lovforankring og krav om samarbeid	22	3.2.3	Samordning av tilbudet til barn med behov for barnevern-tjenester	45
2.3.4	Organisering	24	3.2.4	Samordning av tilbudet til barn med lærevansker	47
2.3.5	Forskjeller mellom kommunene ..	25	3.2.5	Samordning av et helhetlig tilbud til utsatte barn og unge	48
2.3.6	Kort omtale av samhandlings-reformen	25	3.2.6	Tjenester som inngår i formelt og uformelt samarbeid	50
2.3.7	Kommunenes helsearbeid	25	3.2.7	Kommunenes samarbeid med frivillig sektor	51
2.3.8	Psykiske helsetjenester for barn og unge	26	3.2.8	Samordning med justissektoren ..	52
2.4	Barnehage og skole	28	3.3	Faktorer som fremmer og hemmer samarbeid	54
2.4.1	Innhold i tjenesten	28	3.3.1	Innledning	54
2.4.2	Lovforankring og krav om samarbeid	28	3.3.2	Styring, ledelse, og rutiner	54
2.4.3	Organisering	29	3.3.3	Finansiering av tjenestene	55
2.4.4	Økonomi og brukere	29	3.3.4	Kunnskap og kompetanse	55
2.4.5	Mer om spesialundervisning og PP-tjenesten	30	3.3.5	Samlokalisering og organisatorisk nærhet	56
2.4.6	Forskjeller mellom kommunene ..	31	3.4	Erfaringer med bruk av verktøy for samordning	56
2.5	Justissektoren	31			
2.5.1	Innledning	31			
2.5.2	Politiets forebyggende funksjoner overfor barn og unge	31			
2.5.3	Nærmere om straffesakskjeden ...	32			
2.5.4	Konfliktrådenes arbeid og ansvar .	33			
2.6	Andre tjenester	34			

3.4.1	Individuelle planer	56	6.5	Koordinering av døgnbasert hjelp fra barneverntjenesten og det psykiske helsevernet	83
3.4.2	Ansvarsgrupper	58	6.5.1	Innledning	83
3.4.3	Andre erfaringer med verktøy og organisering av samarbeid	59	6.5.2	De forvaltningsmessige systemene	84
3.4.4	Erfaringer med interkommunale løsninger	61	6.5.3	Forhandlinger mellom tjenestene .	85
3.5	Oppsummering	61	6.5.4	Om avklaringer gjennom de eksisterende klageordninger	85
4	Taushetsplikten – utveksling av informasjon som forutsetning for koordinering av tjenestetilbudet	64	6.5.5	Utvalgets vurderinger	86
4.1	Innledning	64	6.5.6	Utvalgets forslag	90
4.2	Hva taushetsplikten omfatter	64	6.6	Barnevernloven som rettighetslov .	90
4.3	Unntak fra taushetsplikten ved samarbeid mellom ulike tjenestefelt	65	6.6.1	Bakgrunn og behov	90
4.4	Nærmere om praktiseringen av unntak fra taushetsplikten	67	6.6.2	Utvalgets vurdering:	91
4.5	Om taushetsplikt i tidligere offentlige utredninger	68	6.6.3	Utvalgets forslag	92
4.6	Erfaringskunnskap/forskning om taushetsplikt	68	6.7	Samordning av lovverk	92
5	Sentrale utfordringer – utvalgets vurderinger	70	6.7.1	Bakgrunn	92
5.1	Innledning – barnet i sentrum	70	6.7.2	Sentrale deler i Berntutvalgets forslag	93
5.2	Et komplekst område	70	6.7.3	Situasjonen nå	94
5.3	Tjenestemottakerne er fornøyde med enkelttjenester	71	6.7.4	Utvalgets forslag	94
5.4	Hva skal til for å sikre samhandling – sentrale utfordringer	71	6.8	Nærmere om taushetsplikten	94
6	Utvalgets forslag til tiltak	75	6.8.1	Innledning	94
6.1	Innledning	75	6.8.2	Utvalgets vurdering	94
6.2	Koordinerende instans	75	6.8.3	Utvalgets forslag:	96
6.2.1	Innledning	75	6.9	Finansieringsordninger – virkemiddel som motvirker eller stimulerer til samarbeid.	96
6.2.2	Hva er individuell plan?	76	6.9.1	Bakgrunn	96
6.2.3	Personlig koordinator	77	6.9.2	Forskjellige finansieringsordninger	96
6.2.4	Utvalgets forslag	78	6.9.3	Elementer som kan hemme/ fremme samarbeid	97
6.3	Barn og unge må få bedre tilgang til psykisk helsehjelp der de bor ...	78	6.9.4	Utvalgets forslag	98
6.3.1	Bakgrunn og behov	78	6.10	Enklere prosedyrer for henvisning til det psykiske helsevernet for barn og unge	98
6.3.2	Hvorfor kommunalt tilbud innen psykisk helse	79	6.10.1	Behovet for enklere prosedyrer ...	98
6.3.3	Et lavterskeltilbud	79	6.10.2	Utvalgets forslag	98
6.3.4	Hvordan realisere et lavterskeltilbud?	79	6.11	Samlet oversikt – utvalgets forslag	98
6.3.5	Utvalgets forslag	80	7	Økonomiske og administrative konsekvenser	100
6.4	Tidlig innsats	81	7.1	Innledning	100
6.4.1	Innledning	81	7.2	Nærmere vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser av de enkelte forslagene	100
6.4.2	Utvalgets vurderinger	81	7.2.1	Personlig koordinator	100
6.4.3	Utvalgets forslag	83	7.2.2	Lavterskeltilbud i kommunene når det gjelder psykisk helse	100
			7.2.3	Tidlig innsats	100
			7.2.4	Koordinering av døgnbasert hjelp .	101
			7.2.5	Barnevernloven som rettighetslov .	101
			7.2.6	Samordning av lovverk	101

7.2.7	Taushetsplikt – utveksling av informasjon som forutsetning for koordinering av tjenestetilbudet ..	101
7.2.8	Finansieringsordninger	102
7.2.9	Henvisningsrett	102
7.3	Samfunnsmessige gevinster	102

Litteraturliste	103
------------------------------	-----

Vedlegg

1	Problemnotat til Flatøutvalget: Bør barnevernloven bli en rettighetslov?	106
---	--	-----

Kapittel 1

Utvalgets oppnevning, sammensetning, mandat og arbeidsmåte

1.1 Utvalgets oppnevning og sammensetning

Utvalget som skal utrede en bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge ble oppnevnt av regjeringen 20. september 2008 og fikk følgende sammensetning:

- Avdelingsdirektør (nå administrerende direktør) Lars Erik Flatø
- Regiondirektør (nå fylkesnemndsleder) Geir Kjell Andersland
- Barne- og ungdomspsykiater Kirsten Djupesland
- Avdelingsdirektør Eva Khan
- Rektor Thomas Koefoed
- Fylkesmann Svein Ludvigsen
- Sosial- og barnevernleder (nå barnevernleder) Hilde Rakvaag
- Generalsekretær Randi Talseth
- Politioverbetjent Geir Tveit

Administrerende direktør Lars Erik Flatø ble oppnevnt som utvalgets leder. Avdelingsdirektør Morten Stephansen har hatt permisjon fra sin stilling i Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og har fungert som utvalgets sekretær. I en innledende fase, frem til utgangen av 2008, var også avdelingsdirektør Kjell Leikvik sekretær for utvalget. Fra januar 2009 har utredningsleder Aase Midkiff vært innlemmet i sekretariatet på timebasis. I tillegg har rådgiver Svend Dahl vært knyttet til sekretariatet på halv tid fra august 2009. Følgende eksterne har hatt utrednings- og skriveoppdrag for utvalget: Konsulent i Agenda Per Schanche, advokat Tore Roald Riedl og førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo Mons Oppedal.

1.2 Utvalgets mandat

Utvalget fikk ved opprettelsen følgende mandat:

Bakgrunn

Barn og unge med store og sammensatte problemer har behov for hjelp fra flere tjenester.

Noen barn opplever å bli skjøvet fra tjeneste til tjeneste, der ingen tar ansvar. Andre får hjelp fra flere instanser, men hjelpen er ikke koordinert. Behovet for et helhetlig tilbud til barn og unge i kommunene er derfor stort.

Både 1. og 2. linjetjenesten gir hjelp til utsatte barn og unge. Tradisjonelt har 2. linjetjenesten mer spesialisert kompetanse og ekspertise og kan gi råd og veiledning til det kommunale tjenesteapparatet. Forskning har vist at for eksempel kulturforskjeller, motstridende målekriterier, samt skjev maktbalanse i de ulike tjenestene, kan hindre samarbeid. For å gi helhetlig og koordinert hjelp tidlig nok må det utvikles et bedre samarbeid mellom tjenestene, både på statlig og kommunalt nivå.

Ved kongelig resolusjon av 29. juni 2007 ble det oppnevnt et utvalg som skal se på hvordan en kan få til bedre læring for barn, unge og voksne med særskilte behov (Midtlyng-utvalget). Utvalgene har i noen grad overlappende mandat. Utvalgene må derfor være i kontakt med hverandre underveis i prosessen.

Utvalget må holde seg løpende orientert om annet relevant pågående arbeid i departementene.

Hovedmålsetting

Tidlig innsats overfor utsatte barn og familier er av stor betydning for å gi barn stabile og trygge rammer for utvikling og vekst. Departementene har derfor som mål at barn og unge skal få helhetlig og koordinert hjelp til rett tid. Tiltak bør ligge på et lavest mulig nivå.

Gjennom utredningen skal det foretas en grundig vurdering av mulighetene for et systematisk og forpliktende samarbeid mellom kommunale og statlige tjenester¹ som gir hjelp til utsatte barn og deres foreldre. Utredningen skal ta for seg alle sentrale områder innenfor samordning og samarbeid. Følgende prinsipper fra regjeringens strategi for fornying av offent-

¹ De kommunale og statlige tjenestene omfatter hovedsakelig barnevern, skole, barnehage, helsetjenester (fastlege, helsestasjon, skolehelsetjeneste, psykisk helsevern for barn og unge, tverrfaglig spesialisert rusbehandling), Pedagogisk Psykologisk tjeneste, justissektoren og Arbeids- og velferdsetaten.

lig sektor skal ligge til grunn for utvalgets arbeid: «Betre organisatorisk samordning skal sikre at dei som treng eit meir omfattande og samansett velferdstilbod, får ein enklare kvar-dag».

Områder som skal vurderes

1. Gjennomgå dagens muligheter for og krav til samarbeid og samordning både mellom kommunale tjenester og mellom kommunale og statlige tjenester.
2. Vurdere hvordan tjenestene kan organiseres på en måte som gjør at barn og foreldre opplever at det er «en dør inn» når de trenger hjelp fra flere tjenester. Utvalget skal vurdere strukturer utover dagens organisering.
 - Hvordan kan samarbeidet organiseres for at en instans skal ha koordineringsansvaret
 - Hvordan oppnå forankring av forpliktende samarbeid både på politisk og administrativt nivå
 - Hvordan kan samarbeid og samordning ivaretas i små kommuner.
3. Vurdere hvordan plikten til samarbeid kan nedfelles i lovverket og hvordan de ulike lovene må harmoniseres på dette området.
4. Gjennomgå dagens lov- og regelverk på området, herunder spørsmålet om hvordan taushetsplikten praktiseres.
 - Foreslå eventuelle lovendringer i tråd med hovedmålsettingen
5. Gjennomgå rutiner og eventuelle økonomiske hindringer for samarbeid
 - Foreslå eventuelle endringer
6. Vurdere økonomiske og administrative konsekvenser for utvalgets tilrådinger. Minst ett av endringsforslagene skal bygge på forutsetningen om uendret eller redusert bruk av ressurser.

Det etableres en referansegruppe for utvalget som skal bestå av representanter fra de mest berørte departementer.

Utvalgets framdrift

Utvalget skal levere sin rapport innen utgangen av 2009.

1.3 Avgrensninger

Mandatet opererer med betegnelsen «*utsatte barn og unge*» uten nærmere presisering av en øvre aldersgrense. Utvalget har konsentrert seg om aldersgruppen 0 – 18 år, altså tidsspennet frem til myndighetsalder. Utvalget har sett dette som et naturlig skjæringspunkt i og med at også barna og

de unges foreldre er nevnt i mandatet. Samtidig har utvalget i noen grad drøftet viktige overgangsperioder, inkludert overgangen til voksenlivet. Flere av tjenestene utvalget har sett nærmere på, har også et mandat som strekker seg ut over fylte 18 år. Dette gjelder eksempelvis barneverntjenesten, som har ansvar for ettervern frem til fylte 23 år, NAV, den øvrige sosialtjenesten i kommunene, fastlegene, PP-tjenesten og oppfølgingstjenesten for elever i videregående skole. Ungdom som mottar behandling fra barne- og ungdomspsykiatrien vil også kunne fortsette behandlingen etter fylte 18 år, men må selvsagt på et tidspunkt overføres til et voksenpsykiatrisk tilbud dersom behandlingsbehovet skulle være av langvarig karakter.

Betegnelsen «*utsatte barn og unge*» kan forstås på ulike måter. Utvalget har valgt å legge seg på en fortolkning som ligger nært opp til de føringer som ellers ligger i mandatet. Utvalget tenker da spesielt på mandatets sterke fokus på samordning og samarbeid mellom tjenestene. I lys av dette har utvalget definert utsatte barn og unge som barn og unge med sammensatte vansker og problemer, og som over tid har behov for tjenester og tilbud fra minst to av de instanser som er nevnt i mandatet. I dette ligger det at utsatte barn og unge kan ha en svært forskjellig bakgrunn og også høyst ulike behov. Utsatte barn og unge kan dermed være personer med lærevansker, med adferdsproblemer, med psykiske vansker, med fysiske eller psykiske funksjonsnedsettelse, med rusproblematikk, og barn og unge som har vært utsatt for omsorgssvikt eller vold, m.m. Det disse barna og de unge har felles, er at de trenger tilbud fra minst to av de aktuelle tjenestene. Det tjenestene vil ha felles, er ansvaret for å kunne tilby helhetlige og koordinerte tjenester fremfor å arbeide i parallelle løp uten den nødvendige samordningen.

1.4 Utvalgets arbeid

Utvalget har hatt ti møter på til sammen 18 møtedager. Åtte møter har blitt avholdt i Osloområdet, ett i Tromsø og ett i Kristiansand. I tillegg har utvalgsleder og sekretariatet hatt tre møter med referansegruppen som ble oppnevnt av Barne- og likestillingsdepartementet, og en rekke møter med representanter for ulike instanser og organisasjoner.

Til møtene har det vært invitert ulike innledere fra kommuner, fylkeskommuner, direktorater, utdanningsinstitusjoner og barneombudet. De tre personene som har hatt skriveoppdrag for utvalget (se pkt. 1.1) har også deltatt på flere av utvalgsmøtene. Utvalgsleder og sekretariatet har videre hatt

et heldagsmøte med Trondheim kommune og et mer avgrenset møte med barneverntjenesten i bydel Søndre Nordstrand i Oslo. I tillegg har sekretariatet hatt egne møter med Alta og Lørenskog kommune, samt prosjektansvarlig i Kommunenes Sentralforbund (KS) for prosjektet «Sammen for barn og unge», et treårig utviklingsprosjekt KS har i samarbeid med Barne- og likestillingsdepartementet og 15 forsøkskommuner. Utvalget har også mottatt skriftlige innspill fra Barneombudet, Norsk psykologforening og Statens råd for likestilling av funksjonshemmede.

1.5 Sammendrag

Kapittel 2 gir en samlet fremstilling av dagens oppgave- og ansvarsfordeling mellom de instanser som yter tjenester til barn og unge. Dette gjelder barnevernet, helse- og omsorgstjenester, barnehager og skoler, justissektoren og øvrige tjenesteområder som NAV-kontorene, utekontakter, familievernkontorer, m.m.

I kapittel 3 gis det en beskrivelse av samhandlingen mellom de samme tjenestene som er presentert i kapittel 2, basert på den forskning som er gjort om dette i Norge.

Kapittel 4 består av en gjennomgang av taushetspliktsbestemmelsene og den betydning disse har når det gjelder mulighetene til å utveksle informasjon i samarbeids- og samhandlingssituasjoner.

I kapittel 5 gis det en samlet fremstilling av de mest sentrale utfordringene man står overfor for å kunne gi helhetlig og koordinert hjelp på lavest mulig nivå og til rett tid.

Kapittel 6 gir en samlet fremstilling av utvalgets forslag, inndelt i en rekke delkapitler hvor de enkelte forslag er nærmere omtalt og begrunnet.

I kapittel 6.2 har utvalget sett på koordinering av tjenesteytingen. Utvalget har samlet seg om følgende to forslag på dette området:

- Bestemmelse om individuell plan forankres i opplæringsloven og barnehageloven.
- Alle mottakere av individuell plan skal ha rett til å få oppnevnt en personlig koordinator. Den personlige koordinators plikter presiseres i forskrift.

I kapittel 6.3 omtales behovet for et lavterskeltilbud når det gjelder psykisk helse. Utvalget har to forslag i denne forbindelse:

- For å sikre et godt psykisk helsetilbud til barn og unge, endres kommunehelsetjenestelovens § 1–3 ved at det tas inn en bestemmelse som

tydeliggjør kommunenes ansvar for å etablere tjeneste for psykisk helsearbeid.

- Det etableres en handlingsplan for styrket psykologtjeneste i kommunene finansiert ved øremerkede midler.

I kapittel 6.4 behandler utvalget hvilke tiltak som kan settes inn for å sikre tidlig avdekking av de utfordringer og problemer barn og unge kan ha, med påfølgende tidlig innsats for å hindre at disse utfordringene og problemene øker i omfang og alvorlighetsgrad uten at barnet eller ungdommen det gjelder får adekvat hjelp. Utvalget ser følgende tiltak som viktige i denne sammenhengen:

- Kommunene gis ansvar for at det gjennomføres en generell kartlegging i form av en sjekkliste for å identifisere barn og familier med risikofaktorer. Kartleggingen må foretas med faste intervaller. Kartleggingen skal omfatte barnets sosiale, emosjonelle og adferdsmessige utvikling. Hensikten med kartleggingen skal være å fastslå mestring av forventede milepæler, og tidlig identifisering av barn med behov for en grundigere kartlegging og oppfølging av et samlet hjelpeapparat.

I kapittel 6.5 har utvalget sett spesielt på samhandlingen mellom barneverntjenesten og barne- og ungdomspsykiatrien, med særlig fokus på hvordan det kan legges til rette for et godt samarbeid overfor barn og unge som har behov for døgnbasert hjelp. Med unntak av tredje punkt nedenfor står utvalget samlet bak følgende forslag:

- Det statlige barnevernet og helseforetakene oppretter felles institusjoner for barn og unge med behov både for tilrettelagt omsorgstilbud og tverrfaglig behandling. Omfang og organisering av slike institusjoner vurderes nærmere.
- Det tas inn en lovbestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven som pålegger de regionale helseforetakene å samarbeide med statlig regional barnevernmyndighet om institusjonsplassering av barn og unge.
- Det tas inn en bestemmelse i psykisk helsevernloven hvor helseforetakene forpliktes til å fremskaffe institusjonsplass i de situasjoner hvor fylkesnemnda treffer vedtak om plassering i institusjon underlagt det psykiske helsevernet. *Ett utvalgsmedlem har tatt dissens mot dette forslaget.*
- Det opprettes et eget tvisteløsningsorgan som kan løse uenighet mellom det psykiske helsevernet og barneverntjenesten der det er avklart at barnet er i behov for døgnplass, men der

uenigheten er knyttet til spørsmålet om hvilken type institusjon barnet skal få plass i.

- Det presiseres i spesialisthelsetjenesteloven § 3–1, andre ledd at et døgnbasert tilbud til barn og unge skal være tilgjengelig uavhengig av tjenestemottakers alder, og at tilbudet skal være under kontinuerlig drift.

I kapittel 6.6 har utvalget sett nærmere på barnevernloven, med fokus på barnet som selvstendig rettssubjekt. Utvalget har funnet det riktig å fremme følgende forslag på dette området:

- Formålsbestemmelsen i barnevernloven endres slik at barnevernloven blir å forstå som en rettighetslov sett fra barnets ståsted.

I kapittel 6.7 har utvalget sett på om det er mulig å skape bedre rammebetingelser for samhandling og samarbeid gjennom en bedre samordning av lovverkene. Utvalget fremmer følgende forslag i denne forbindelse:

- Sosialtjenestelovens resterende del, kommunehelsetjenesteloven og eventuelt barnvernloven etableres som ett felles lovverk, jf. NOU 2004:18.

I kapittel 6.8 kommer utvalget tilbake til taushetsplikten, med fokus på utveksling av informasjon som forutsetning for koordinering av tjenestetilbudet. Utvalget fremmer ett forslag i denne forbindelse:

- Det igangsettes en samlet gjennomgang av rettsoppfatninger og praksis når det gjelder

taushetsplikt og opplysningsplikt i de ulike fagmiljøene som arbeider med barn og unge. Et slikt arbeid må ses i sammenheng med de forslag som ble fremmet i NOU 2004:18 om ny felles helse- og sosiallovgivning på kommunalt nivå.

I kapittel 6.9 setter utvalget fokus på finansieringsordninger og den betydning dette kan ha for samarbeid og samhandling. Utvalget har kommet til at det ikke er behov for særlige reformer på dette området, men fremmer likevel ett forslag som kan være av noe betydning:

- Det foretas en gjennomgang av de polikliniske refusjonstakstene innen det psykiske helsevernet for barn og unge med tanke på om prissettingen kan påvirke omfang av samarbeidet med andre tjenester.

I kapittel 6.10 setter utvalget fokus på henvisningsretten til barne- og ungdomspsykiatrien. Utvalget har samlet seg om følgende forslag i denne forbindelse:

- PP-tjenesten, psykologer og helsesøstre gis henvisningsrett til avdeling for det psykiske helsevernet for barn og unge.

Kapittel 6.11 består av en kortfattet oppsummering av forslagene i de forutgående kapitlene.

I kapittel 7 gjennomgås administrative og økonomiske konsekvenser av forslagene i kapittel 6.

Kapittel 2

Dagens oppgave- og ansvarsfordeling

2.1 Innledning

Dette kapitlet gir en beskrivelse av aktuelle tjenester for utsatte barn og unge. Dette er dels tjenester som mer eller mindre har alle barn og unge som målgruppe, og dels tjenester for dem med spesielle behov.

For de mest sentrale tjenestene, slik som barnevernet og helse- og omsorgssektoren, blir det gitt en beskrivelse av følgende:

- *Innhold i tjenesten og lovforankring.* Det blir gitt en kort beskrivelse av tjenesten og krav som loven gir til innhold og samarbeid mellom ulike tjenester.
- *Organisering.* Gjennomgangen omfatter kommunal og statlig organisering av tjenestene. I tillegg beskrives de tjenestene fylkeskommunene har ansvaret for.
- *Brukere (tjenestemottakere).* Det blir lagt frem statistikk over antall brukere og kjennetegn ved disse.
- *Økonomi.* Gjennomgang av tilgjengelig statistikk som viser kostnader forbundet med tjenestene.
- *Forskjeller mellom kommunene.* Det blir i noen grad gitt en beskrivelse av tilbudet i kommuner av ulik størrelse.

Omtalen bygger i noen grad på det lovmessige grunnlaget for tjenestene og i noen grad på tilgjengelig offentlig statistikk. For noen tjenester er statistikken forholdsvis omfattende, mens den på andre områder har klare mangler. Fremstillingen vil derfor til en viss grad være preget av hva som finnes av statistikk på de ulike områdene.

En mangel med statistikken er at selv om det finnes godt utbygd informasjon om antall brukere som mottar ulike tjenester, fremgår det i svært liten grad om det er de samme brukerne som mottar forskjellige tjenester. Det finnes imidlertid en undersøkelse fra 1996 om hvilke tjenester barn med særskilte opplæringsbehov har kontakt med. Resultater fra denne undersøkelsen viser at det er vanlig at denne gruppen mottar tjenester fra en rekke hjelpeinstanser. Det er grunn til å tro at dette

fortsatt gjelder. Undersøkelsen blir omtalt i kapittel 3, i pkt. 3.2.4.

For de mindre sentrale tjenestene blir det gitt en mer kortfattet omtale.

2.2 Barnevern

2.2.1 Innhold i tjenesten

Omsorg for barn er i første rekke foreldrenes ansvar. Foreldre kan likevel ha behov for hjelp i kortere eller lengre perioder, f.eks. på grunn av en vanskelig livssituasjon. Barneverntjenesten skal bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår, herunder sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, se barnevernloven § 1–1. Barnevernet skal bidra med hjelp slik at barn og unge får den nødvendige omsorg når de foresatte ikke selv klarer det. De fleste av tiltakene er frivillige hjelpetiltak i familien. Barnevernet kan imidlertid også, etter avgjørelse i Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker (fylkesnemnda), bli tilkjent omsorgen for barn. Barneverntjenesten skal handle på barnas vegne. Når det oppstår interessemotsetninger mellom barn og foreldre, andre foresatte eller andre tjenesteytere, skal barnevernet prioritere tiltak til barnas beste fremfor tiltak som støtter foreldre.

Kommunen skal følge nøye med i de forhold barn lever under, og har ansvar for å finne tiltak som kan forebygge omsorgssvikt og adferdsproblemer. Barnevernet har ansvar for å avdekke omsorgssvikt, adferdsproblemer, og sosiale og emosjonelle problemer så tidlig at tiltak kan settes inn og varige problemer kan unngås, jf. barnevernloven § 3–1.

Barneverntjenesten skal sette i verk hjelpetiltak for barnet og familien der barnet på grunn av forhold i hjemmet har særlige behov, jf. § 4–4 annet ledd. Hjelpen kan gis i form av råd, veiledning og hjelpetiltak. Vanlige hjelpetiltak er f.eks. støttekontakt, avlastningstiltak i hjemmet og barnehageplass. Barnevernloven § 4–4 hjemler også at barnevernet kan gi økonomisk stønad til fami-

lien hvis det er det som er nødvendig for at barnet skal få den hjelp det trenger.

Barneverntjenesten har også et ansvar for å gripe inn dersom tiltak i hjemmet ikke er tilstrekkelig for å ivareta barnets behov. Barneverntjenesten kan da for en periode, i samråd med foreldrene, formidle plass i fosterhjem eller institusjon. Dersom et barn skal plasseres utenfor hjemmet uten foreldrenes samtykke, må det treffes vedtak om dette i fylkesnemnda etter forslag fra kommunen, jf. barnevernloven § 4–12.

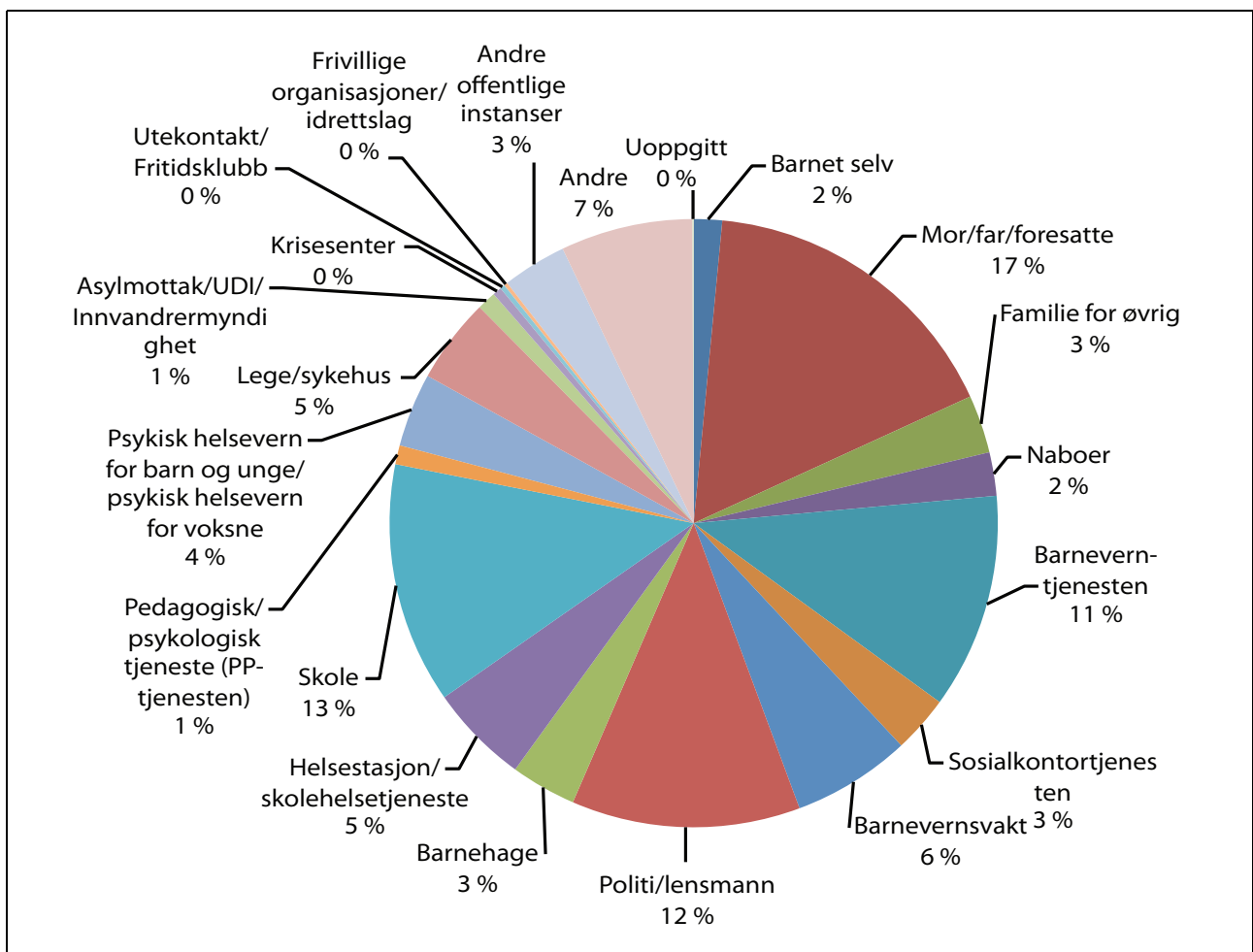
En barnevernssak starter gjerne med en melding. Meldingen kommer ofte fra familien selv, helsestasjonen, barnehagen, skolen eller fra politiet, jf. figur 2.1. Barnevernet skal innen en uke vurdere om meldingen skal følges opp med en undersøkelsessak eller om den skal henlegges, jf. barnevernloven §§ 4–2 og 4–3.

En undersøkelsessak skal foretas dersom det er rimelig grunn til å anta at det kan være grunnlag for tiltak etter barnevernloven. Undersøkelsen kan føre til at saken henlegges, eller at barneverntje-

nesten går inn med råd, veiledning og eventuelt hjelpetiltak for barnet og familien. I tillegg til de hjelpetiltakene som er nevnt ovenfor, kan barnevernet også formidle plass i fosterhjem, mødre hjem eller institusjon. Som nevnt foran, er hjelpetiltakene i de fleste tilfellene frivillige. Det kan imidlertid også gis pålegg om enkelte hjelpetiltak, f.eks. barnehageplass. I så fall må spørsmålet være behandlet i fylkesnemnd.

Dersom det ikke kan skapes tilfredsstillende forhold for barnet ved hjelpetiltak og dersom det f.eks. er alvorlige mangler med den daglige omsorgen barnet får, vil kommunen fremme forslag for fylkesnemnda om omsorgsovertakelse. Barnet vil da vanligvis bli plassert i fosterhjem.

Fylkesnemnda fatter også vedtak om barneverntjenesten skal overta omsorgen for et barn grunnet alvorlig omsorgssvikt i hjemmet. Fylkesnemnda avgjør i så fall også omfanget av samværretten. Den kommunale barneverntjenesten har ansvar for å fremme saker for fylkesnemnda og iverksette fylkesnemndas vedtak. I forbindelse



Figur 2.1 Fordelinger av meldinger til barnevernet i 2008, fordelt etter melder. Prosent.

Kilde: SSB

med at fylkesnemnda tar stilling til om foreldrene skal fratas foreldreansvaret for barnet, har nemnda i henhold til nærmere definerte vilkår også kompetanse til å fatte vedtak om adopsjon. Dette gjelder saker hvor barnet allerede bor i et fosterhjem, og er en ordning som bare benyttes i noen få tilfeller i året.

Fylkesnemndas vedtak kan bringes inn for tingretten og ankes videre i det ordinære domstolsapparatet.

I noen tilfeller oppstår det akutte situasjoner der barneverntjenesten ikke kan vente på behandling i fylkesnemnd før det settes inn tiltak. Barnevernloven § 4–6 første og annet ledd gir barneverntjenesten ansvar for å gripe inn i disse tilfellene. Et typisk eksempel på en situasjon etter annet ledd kan være husbråksituasjoner der foreldrene er så påvirket av rusmidler at de ikke kan ivareta omsorgen for barnet, eller der barnet er vitne til vold og slåssing mellom de voksne. Andre situasjoner som kan nødvendiggjøre vedtak etter annet ledd, er at barnet blir utsatt for fysisk eller psykisk mishandling eller andre typer overgrep fra foreldrene. Barneverntjenesten v/barnevernadministrasjonens leder, og i noen tilfeller påtalemyndigheten, kan da treffe et midlertidig vedtak om plassering av barnet utenfor hjemmet. Det midlertidige vedtaket må siden bringes inn for ordinær behandling i fylkesnemnd. Loven setter frister for hvor raskt dette må skje. Dersom fristene ikke overholdes, faller vedtaket bort.

Ungdom med alvorlige adferdsvansker kan bli plassert på barneverninstitusjon for inntil tolv måneder for behandling, eventuelt i de spesielle MultifunC-institusjonene for inntil seks måneders opphold med seks måneders hjemmebasert oppfølging. Dette kan skje på grunnlag av foreldrenes og ungdommenes samtykke, om sistnevnte er over 15 år. Det kan også anvendes tvangsplassering, det vil si uten samtykke fra ungdommen plasseringen gjelder. Det er fylkesnemnda som fatter vedtak i alle slike saker.

Barneverntjenesten skal også oppnevne tilsynsfører for barn i fosterhjem. Samtidig skal barneverntjenesten nøye følge utviklingen til de barn det er truffet omsorgsovertakelse for, og likeledes utviklingen til deres foreldre. Når det er overveiende sannsynlig at foreldrene kan gi barnet forsvarlig omsorg, skal fylkesnemnda oppheve vedtaket om omsorgsovertakelse. Barnet vil likevel ikke bli tilbakeført dersom det har fått slik tilknytning til mennesker og miljø der det er, at det etter en samlet vurdering kan føre til alvorlige problemer for barnet om det blir flyttet.

Enslige mindreårige asylsøkere er barn og ungdom under 18 år som kommer til Norge for å søke asyl uten å ha følge av foreldre eller andre som utøver foreldreansvar for dem. De er en spesielt sårbar gruppe som har andre behov og andre rettigheter enn voksne asylsøkere. Utlendingsdirektoratet har omsorgsansvaret for enslige mindreårige som er mellom 15 og 18 år, mens det statlige barnevernet har ansvaret for dem under 15 år.

2.2.2 Lovforankring og krav om samarbeid

Barnevernmyndighetenes ansvar og arbeidsoppgaver er regulert i lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester.

For å løse sine oppgaver, er barneverntjenesten avhengig av å samarbeide med andre offentlige tjenester og instanser. Helsetjenesten, skolen, barnehagen og politiet er eksempler på viktige samarbeidspartnere. Barnevernloven § 3–2 omhandler både samarbeid mellom barneverntjenesten og andre deler av forvaltningen generelt, og samarbeid i enkeltsaker.

Ifølge bestemmelsens første ledd skal barneverntjenesten medvirke til at barns interesser blir ivaretatt av andre offentlige organer. Det fremgår av forarbeidene¹ at barneverntjenestens ansvar er begrenset til tilfeller der de andre tjenestene ikke i tilstrekkelig grad ivaretar de oppgavene som naturlig tilhører dem. Det er presisert i forarbeidene at bestemmelsen ikke innebærer at barneverntjenesten skal overta de andre tjenestenes ansvar, men at barneverntjenesten skal bidra til at de andre tjenestene selv gjør det som er nødvendig. Videre presiseres det at dersom barneverntjenesten ikke lykkes i sine forsøk, bør den ta initiativ til at spørsmålet får en politisk avklaring i kommunen.

Krav til barnevernet om samarbeid følger, som nevnt over, av barnevernloven § 3–2 andre ledd:

«Barneverntjenesten skal samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer når dette kan bidra til å løse oppgaver som den er pålagt etter denne loven».

Bestemmelsen gir barnevernet en plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere i enkeltsaker om løsning av barnevernets oppgaver. Bestemmelsen om å skulle drive et så omfattende samarbeid, må ses i sammenheng med det samfunnsoppdraget barnevernet har, nemlig å sikre at barnet får nødvendig omsorg der foreldrene svikter.

¹ Kilde: Ot.prp. nr. 44 (1991–1992) Om lov om barneverntjenester

I april 2009 la regjeringen frem *Ot.prp. nr. 69 (2008–2009)* Om lov om endringer i barnevernloven. Stortinget behandlet lovforslaget i juni 2009, og alle endringsforslagene ble vedtatt. Lovendringen innebærer blant annet at barneverntjenesten, fra og med 1. januar 2010 skal utarbeide en individuell plan for barn med behov for langvarige og koordinerte tiltak eller tjenester dersom det anses nødvendig for å skape et helhetlig tilbud for barnet, og det foreligger samtykke². Barneverntjenesten skal videre samarbeide om planen med andre instanser barnet mottar tiltak fra (barnevernloven § 3–2 a). Det er fra før tre andre instanser som er pålagt å utarbeide individuelle planer etter sosial- og helselovgivningen. Det er kommunehelsetjenesten, den kommunale sosialtjenesten og helseforetakene, inkludert institusjoner som inngår i det psykiske helsevernet. Lovendringen innebærer altså at barnevernloven får det samme kravet som allerede finnes i sosial- og helselovgivningen. Et felles planverk er ment å bidra til et godt koordinert tilbud og å bedre samarbeidsrelasjoner mellom involverte tjenester.

Selv om loven ikke angir hvordan samarbeidet skal skje, må det likevel forutsettes at kommunen etablerer rutiner for samarbeid og at disse rutineene følges opp. En slik forutsetning blir lagt til grunn for det statlige tilsyn med barnevernet. Det vises for øvrig til en mer detaljert omtale av tilsynet i kapittel 3.

Det vises også til kapittel 4 som gir en mer utførlig behandling av taushetsplikten.

FNs *barnekonvensjon* fra 1989 gir barn et særskilt vern. Den omfatter sivile, politiske, økonomiske, kulturelle og sosiale rettigheter, og den gir barn flere rettigheter enn andre menneskerettighetskonvensjoner. Den ble inkorporert i norsk rett i 2003, og har forrang hvis det skulle oppstå motstrid mellom konvensjonsbestemmelsene og øvrig norsk lovgivning.

2.2.3 Organisering og finansiering

Staten ved Barne- og likestillingsdepartementet har et generelt overordnet ansvar for barnevernet, mens forvaltningen av barnevernet i hovedsak er lagt til den kommunale barneverntjenesten og Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat).

Fra 1. januar 2004 overtok staten det fylkeskommunale barnevernet. Statens oppgaver er defi-

nert i lovens kapittel 2. Staten skal bistå barneverntjenesten i kommunene med plassering av barn utenfor hjemmet. Som følge av dette er det staten som har ansvar for rekruttering og formidling av fosterhjem, og for at fosterhjemmene får nødvendig opplæring og veiledning. Staten skal også sørge for etablering og drift av institusjoner som hører inn under loven. Oslo kommune står utenfor denne reformen. Oslo kommune har derfor et selvstendig ansvar for de oppgavene staten ivaretar i forhold til alle andre kommuner.

De oppgavene som ikke uttrykkelig er lagt til et statlig organ, er kommunens ansvar. Det skal være en barnevernadministrasjon i hver kommune (§ 2–1).

Kommuneloven åpner for organisering i form av interkommunale løsninger. En kommune kan overlate utførelsen av lovpålagte oppgaver og myndigheten til å treffe vedtak til en vertskommune. Alternativt kan kommunene opprette et eget styre til løsning av felles oppgaver som får myndighet til å treffe avgjørelser som angår virksomhetens drift og organisering.

Kommunene har ansvar for å drive generell forebyggende virksomhet og for å finne tiltak som kan forebygge omsorgssvikt og adferdsproblemer. I loven er ansvaret lagt til kommunen og ikke barneverntjenesten. Dette er gjort for å unngå at andre etater som er i kontakt med barn, kan fraskrive seg ansvar for å avdekke uheldige forhold eller sette i verk nødvendige tiltak.

Den enkelte kommune skal sørge for de bevilgninger som er nødvendige for å yte de tjenester og tiltak som kommunen har ansvaret for. Når et barn er plassert utenfor hjemmet som følge av et vedtak etter loven, kan kommunen kreve at foreldrene/barnet skal betale kostnader ved oppfostringen helt eller delvis. Utgiftsdekning kan bare kreves dersom det anses som rimelig ut fra foreldrenes/barnets økonomiske situasjon.

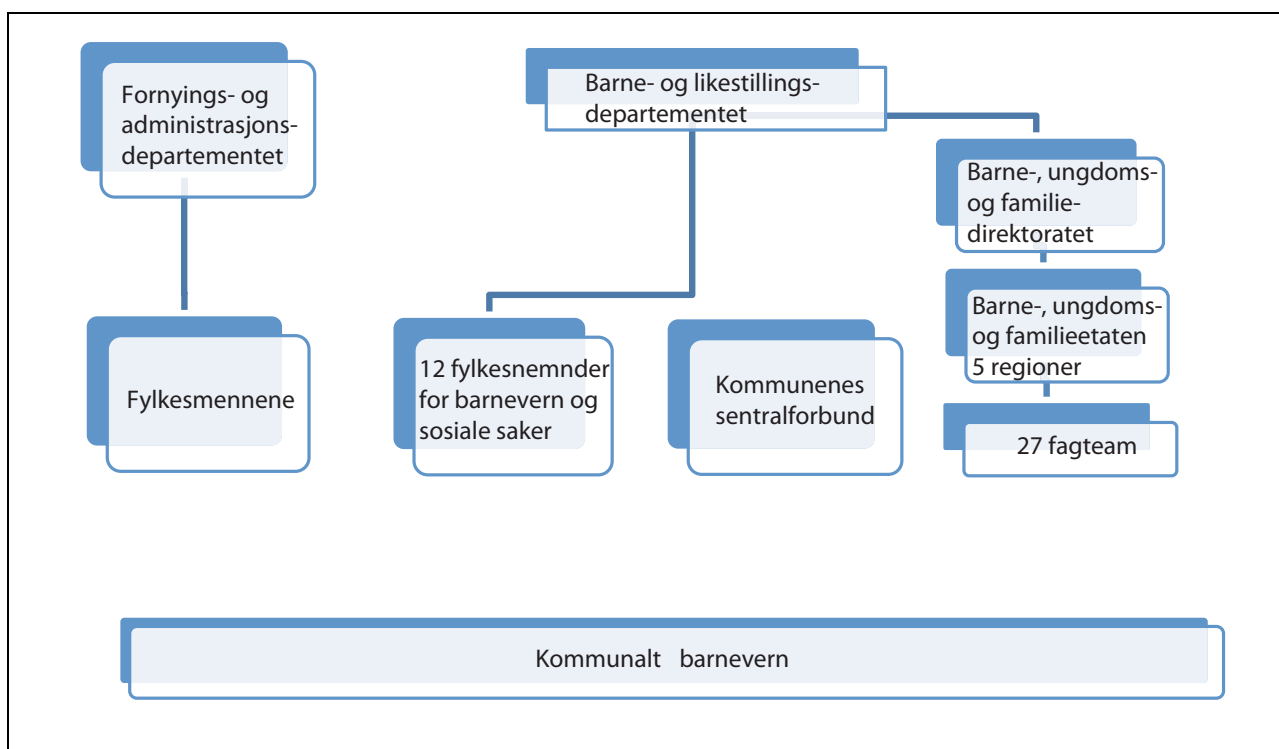
En kommune som har søkt om inntak for et barn i institusjon, skal yte delvis refusjon av oppholdsutgifter til statlig regional barnevernmyndighet etter satser som fastsettes i forskrifter gitt av departementet.

Den mer detaljerte organiseringen av barnevernet er vist i figur 2.2.

Ansvarsfordeling vist i figuren blir kommentert i det følgende:

- *Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir)* skal samordne virksomhetene i regionene og sørge for mest mulig likeverdige tjenester i hele landet. Bufdir har det faglige og administrative ansvaret for ledelsen av Bufetat, og kan

² Dersom barneverntjenesten har overtatt omsorgen for barnet etter §§ 4–6 annet ledd, 4–8 eller 4–12, vil det være barneverntjenesten selv som gir samtykke til utarbeidelse av individuell plan



Figur 2.2 Organisering av barnevernet

- dermed instruere og delegere til regionene i etaten, jf. neste punkt.
- *Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat)* er organisert i fem regioner med de samme regiongrensene som de statlige helseforetakene opprinnelig hadde. De fem regionkontorene er lokalisert i Alta (Region nord), Trondheim (Region Midt-Norge), Bergen (Region vest), Tønsberg (Region sør), og Oslo (Region øst). I hver region er det opprettet egne *fagteam*, til sammen 27 på landsbasis, som utgjør bindeledet mellom kommunene og det statlige barnevernet. Teamene arbeider nært sammen med det kommunale barnevernet. De er tverrfaglig sammensatt med barnevernfaglig, psykologisk og pedagogisk kompetanse. Fagteamene kan gi faglig bistand i kompliserte saker, og hjelpe små kommuner med å foreta begrensede utredningsoppgaver. Videre skal fagteamene gi bistand til kommunene i plasseringssaker utenfor hjemmet og ved inntak til statlige barneverntiltak.
 - *Fylkesmannen* fører tilsyn med offentlige og private barneverninstitusjoner. Videre fører fylkesmannen tilsyn med barneverntjenesten i kommunene, og skal påse at feil og mangler blir rettet opp. Fra 1. januar 2010 overtar Statens helsetilsyn det overordnede ansvaret for

- tilsynet med barnevernet. Det er imidlertid fortsatt fylkesmannen som skal utføre tilsynet.
- *Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker* er et domstollignende forvaltningsorgan som har avgjørelsesmyndighet blant annet i saker om omsorgsovertakelse av barn og om tvangsinngrep ved alvorlige adferdsvansker hos ungdom. Det er 12 nemnder i landet.

2.2.4 Brukere

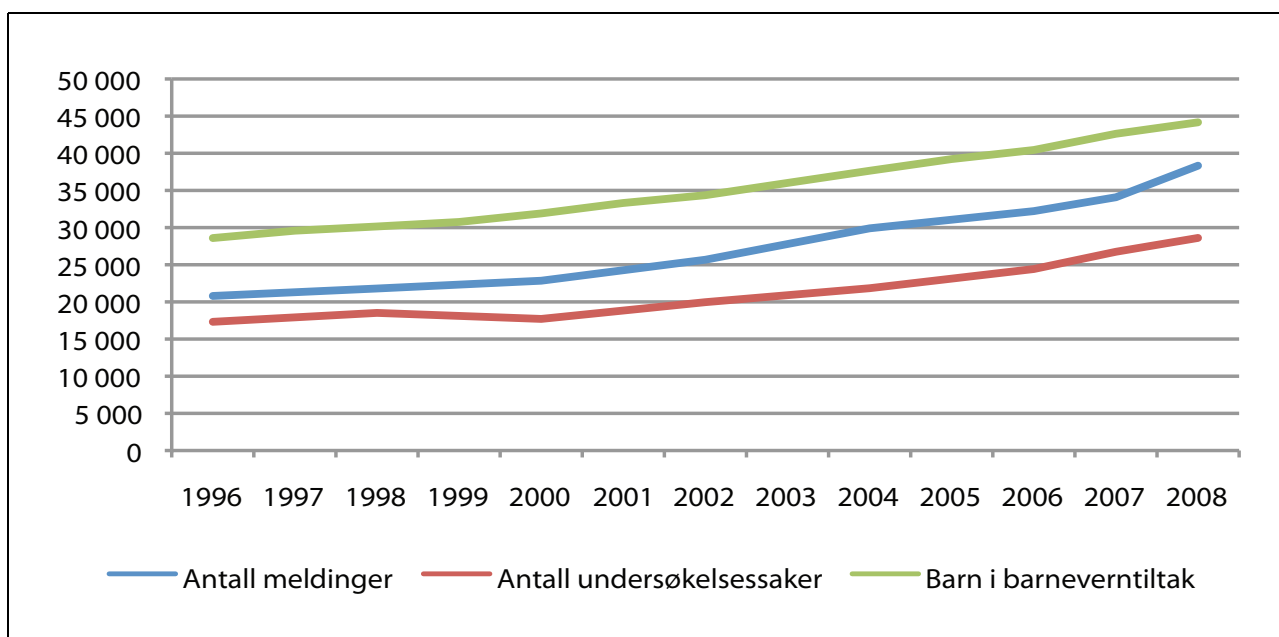
I 2008 var det noe over 44 000 barn som fikk et barneverntiltak i løpet av året, jf. figur 2.3. Det er mange barn som mottar tiltak over flere år, og det er derfor flere barn med tiltak enn dem som har vært gjenstand for undersøkelsessak.

Antall barn med tiltak har økt med mer enn 15 000 i løpet av tolv år, noe som gir en økning på 54 prosent. Den prosentvise økningen i antallet undersøkelsessaker er på 65 prosent i samme periode³.

Antall bekymringsmeldinger har økt med hele 85 prosent fra 1996 til 2008. Det betyr at det er en mindre andel av meldingene som ender med en undersøkelsessak i 2008 enn i 1996⁴.

3 Kilde: SSB og beregninger foretatt av Agenda.

4 Kilde: SSB og beregninger foretatt av Agenda.



Figur 2.3 Meldinger, undersøkelser og tiltak 1996–2008.

Kilde: Barne- og likestillingsdepartementet

I perioden fra 1996 til 2008 har det altså vært en betydelig økning i aktiviteten til barnevernet. I denne perioden har antall barn i alderen under 18 år økt med rundt 8 prosent. Dette kan dermed bidra til å forklare noe av økningen i aktiviteten til barnevernet. Andre mulige forklaringer kan være den generelle samfunnsutviklingen, eller at tilbøyeligheten til å melde saker har økt.

I 2008 var det i overkant av 7 800 barn som var under omsorg fra barnevernet. Dette utgjør 18 prosent av de om lag 44 000 barna i barnevernet. Denne andelen har vært noenlunde stabil de siste ti årene⁵.

Det var rundt 4 500 ungdommer, jf. figur 2.4 mellom 18 og 23 år som mottok etterverntiltak fra barnevernet i 2008. Dette utgjør mer enn en dobling fra de rundt 2 000 som mottok etterverntiltak i 1997⁶.

I 2008 var det 88,4 prosent av ungdommene som har vært under omsorg fra barnevernet, som fikk videreført tiltak etter fylte 18 år, mot 85 prosent i 2007.

I perioden fra 1996 til 2008 viser beregninger over befolkningsutviklingen at det var en viss nedgang i antallet unge voksne mellom 18 og 23 år. Økningen i aktivitet for denne aldersgruppen kom-

mer altså til tross for en reduksjon i størrelsen på barnekullene.

Andelen barn med barneverntiltak i forhold til antall innbyggere i alderen 0 – inntil fylte 18 år, har økt fra 3,3 prosent i 2000 til 4,1 prosent i 2008⁷. Til sammen var det nær 44 200 barn og unge som mottok tiltak fra barnevernet i løpet av 2008, en økning på 3,6 prosent i forhold til 2007⁸.

Barnevernet kan iverksette en rekke tiltak, ofte i kombinasjon med hverandre. Den prosentvise fordelingen av de knapt 67 000 tiltakene som er registrert i 2008, er vist i figur 2.5.

2.2.5 Økonomi og stillinger

Kommunene brukte i overkant av 6 milliarder kroner til barnevern i 2008. Rundt halvparten av utgiftene går til hjelpetiltak utenfor familien, som institusjon og fosterhjem, og rundt en sjettedel til hjelpetiltak i familien. Resten, som utgjør rundt en tredjedel av utgiftene, knytter seg til administrering av tjenestene⁹.

I perioden fra 2004 til 2008 økte utgiftene i faste priser med 13,5 prosent¹⁰. I samme periode økte

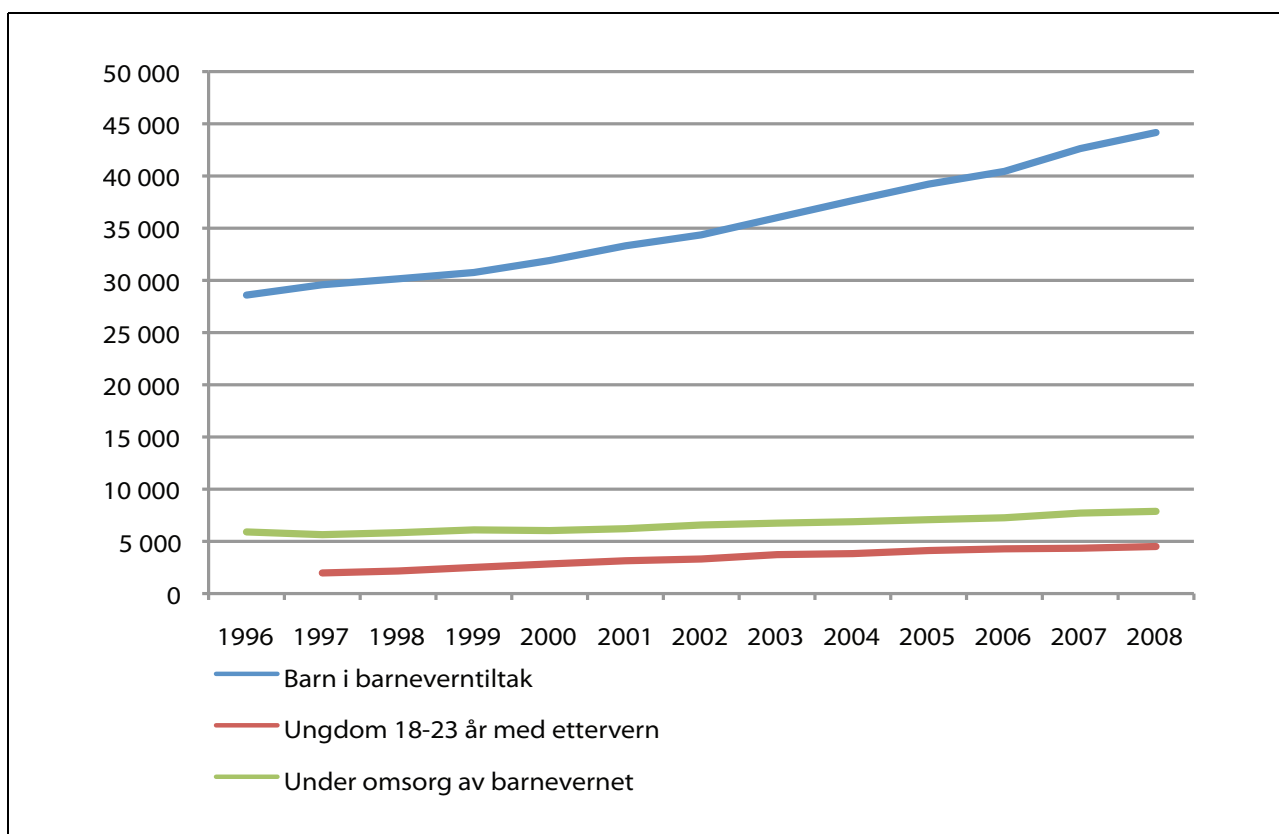
5 Kilde: Opplysninger fra Barne- og likestillingsdepartementet.

6 Kilde: Opplysninger fra Barne- og likestillingsdepartementet.

7 Kilde: Kommunenes Sentralforbund, Faktaark Barnevern (07.07.2009) tilgjengelig på www.ks.no.

8 Kilde: Statistisk sentralbyrå (http://www.ssb.no/emner/02/barn_og_unge/2009/barnevern/).

9 Kilde: KOSTRA og beregninger foretatt av Agenda



Figur 2.4 Fordeling på ulike type tiltak 1996–2008.

Kilde: Barne- og likestillingsdepartementet

antall barn som var i kontakt med barnevernet med 17 prosent. Det betyr at det ble brukt noe mindre ressurser på hvert barn i 2008 enn i 2004. I perioden har da også barneverntiltak utenfor familien hatt den svakeste veksten. Dette er de dyreste tiltakene.

Det statlige barnevernet brukte rundt 4,9 milliarder kroner i 2008. Av dette ble i overkant av 3 milliarder brukt til barnevernsinstitusjoner og noe over 1 milliard kroner til fosterhjem¹¹.

Stillinger

Tall fra SSB viser at det i alt var 3 294 årsverk i det kommunale barnevernet ved utgangen av 2008. Dette var en økning på 3,5 prosent fra 2007 og 15 prosent fra 2004, året det statlige barnevernet ble etablert. SSBs tall for det statlige barnevernet viser at antallet årsverk i 2008 var på 4 154. SSB har ikke publisert tilsvarende tall for årene 2004 – 2007, da rapporteringen for disse årene ble hentet inn på en

måte som i ettertid har vist seg ikke å være god nok.

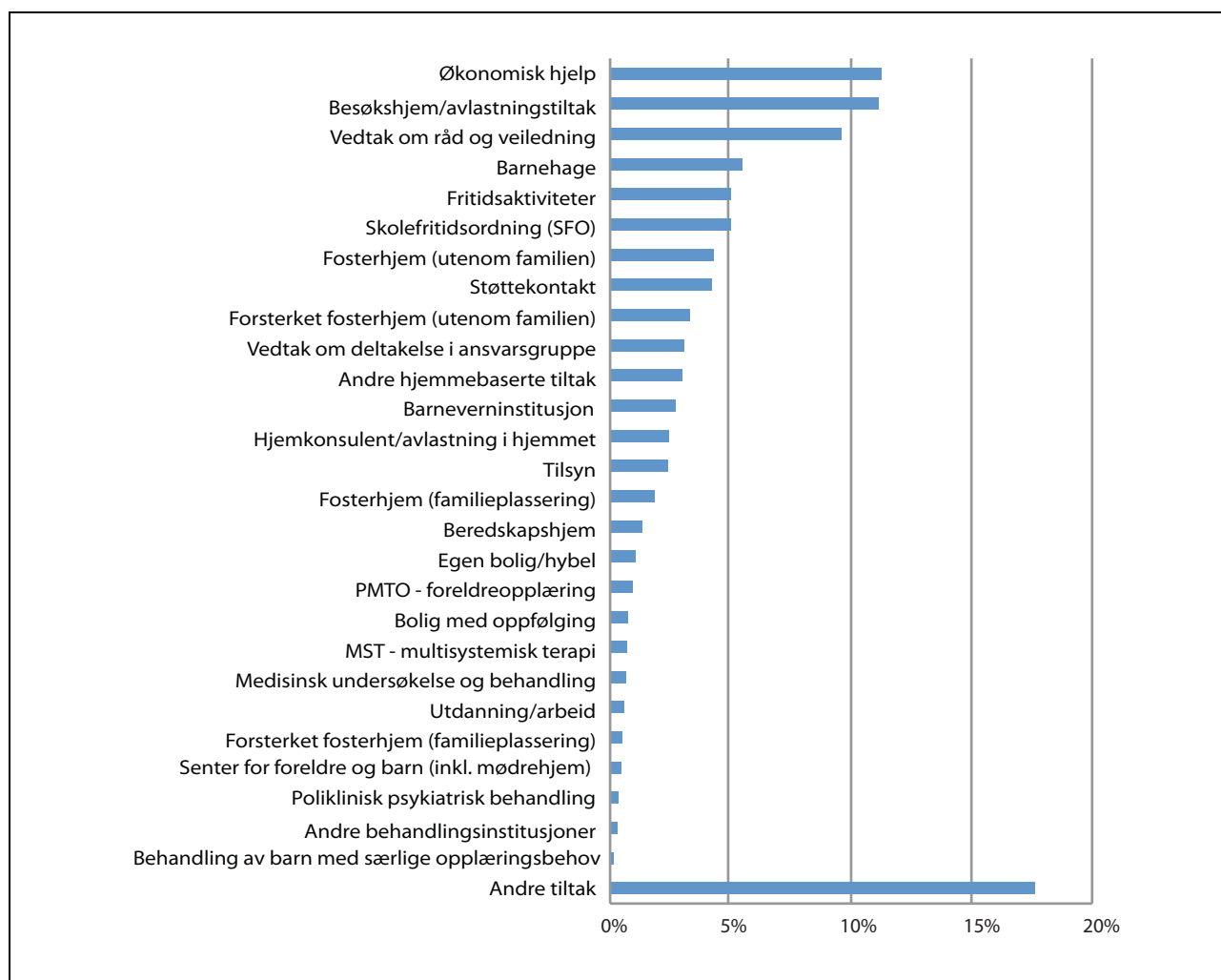
Fra 2004 til 2008 har antall stillinger i barnevernet økt med rundt 25 prosent, noe som er vesentlig lavere enn aktivitetsøkningen. I denne perioden har det vært en økning på mer enn 40 prosent for antall meldinger, tiltak og undersøkelser, jf. tidligere omtale.

Twisteløsningsorgan mellom stat og kommune i saker hvor det er tvil om utgiftene hører inn under det statlige barnevernet eller andre velferdslover

Barne- og likestillingsdepartementet utarbeidet høsten 2007 et eget rundskriv om Oppgave- og ansvarsfordeling mellom kommuner og statlige barnevernmyndigheter – herunder om betalingsordninger i barnevernet, Q-06/2007 (ansvars- og oppgaverundskrivet). I den forbindelse ble det synliggjort at det er vanskelig å unngå gråsoner hva gjelder oppgave- og betalingsansvaret i enkelte av disse sakene. Dette vil særlig gjelde der et barn har behov for tiltak både etter barnevernloven og andre velferdslover, f.eks. der barnet har funksjonsnedsettelse. Problemet har utgangspunkt i at

10 Kilde: Kostra og beregninger foretatt av Agenda

11 Kilde: SSB og beregninger foretatt av Agenda.



Figur 2.5 Fordeling av ulike barneverntiltak 2008.

Kilde: SSB.

det kan være uklart eller sammensatt hva som er et barns behov på grunn av omsorgssvikt og hva som er behov etter andre forhold, f.eks. funksjonsnedsettelse. Forståelsen har konsekvenser for hvilke tiltak som trer inn. For barneverntiltak deles de økonomiske utgiftene mellom staten og kommunene, men tiltak på grunn av funksjonsnedsettelse er et rent kommunalt ansvar etter sosialtjenesteloven og/eller kommunehelsetjenesteloven.

Barne- og likestillingsdepartementet er i samarbeid med KS i ferd med å opprette et tvisteløsningsorgan for disse sakene. Tvisteløsningsorganets arbeid skal være avgrenset til å gjelde tvister mellom stat og kommune, og omhandle grensen mellom statens betalingsansvar etter barnevernloven og kommunens betalingsansvar etter andre lover. Det vil være opp til partene om en sak skal bringes inn for organet, og tvisteløsningsorganets avgjørelser skal bare være rådgivende.

Barne- og likestillingsdepartementet og KS er opptatt av at tvisteløsningsorganets avgjørelser systematiseres og offentliggjøres i anonymisert form, f.eks. på nettet, slik at det kommunale og statlige barnevernet kan bruke dem som veiledning i andre saker.

2.2.6 Forskjeller mellom kommunene

Hvor mye en kommune bruker per barn som er under 18 år, kan dels være uttrykk for behovet for barneverntjenester, dels for i hvilken grad kommuner prioriterer barnevernet, dels for hvor dyrt det er å produsere tjenestene, og dels for nivået for kommunens inntekter.

SINTEF (2005)¹² har vist at det er de minste kommunene og kommuner med høyest inntekter

12 SINTEF (2005): Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge. SINTEF Helse Rapport 03/05.

Tabell 2.1 Andel kommuner av ulik størrelse som i 2007 hadde gjennomført ulike tiltak.

	Brukerundersøkelse 2007	Innført internkontroll i tjenesten	Barn med tiltak med utarbeidet plan
Færre enn 1000 innbyggere	18 %	43 %	31 %
Mellom 1 000 og 3 000 innbyggere	10 %	53 %	43 %
Mellom 3 000 og 10 000 innbyggere	10 %	57 %	33 %
Over 10 000 innbyggere	24 %	70 %	44 %

Kilde: KOSTRA og beregninger foretatt av Agenda

som har høyest utgifter per barn under 18 år. Dette blir tolket som at det er nivået på kommunale inntekter og kommunestørrelse som er de viktigste årsakene til forskjeller i ressursinnsats.

Agenda har sett på dekningsgrader for undersøkelser og tiltak i regi av barnevernet for kommuner av ulik størrelse på bakgrunn av data fra KOSTRA. Det ble ikke funnet noen markante forskjeller i gjennomsnittlig dekningsgrader for fire kommunegrupper med kommuner av ulik størrelse.

For å få et inntrykk av størrelsen på aktiviteten til barnevernet i kommuner av ulik størrelse, har Agenda sett på antall barn med tiltak og antall stillinger fordelt på kommuner med ulik størrelse. Det er 28 kommuner som har færre enn 1 000 innbyggere. I disse kommunene er det i gjennomsnitt 5 barn med tiltak og 0,4 stillinger. Til sammen er det 81 kommuner som bare har én eller mindre enn én ansatt, og 161 kommuner som har to eller færre enn to ansatte. Det er med andre ord jevnt over ikke nok stillinger til å etablere et robust fagmiljø i disse kommunene. Dette er bakgrunnen for at en del kommuner har etablert interkommunalt samarbeid.

I tabellen over vises omfanget av tre ulike tiltak som bidrar til å sikre kvaliteten av tjenestene til barnevernet: Brukerundersøkelser, innføring av internkontroll og utarbeiding av planer for barn med tiltak. For alle disse tiltakene er det de største kommunene som hadde den beste dekningen i 2007.

I inntektssystemet for kommunene er antall barn og antall skilte de viktigste kriteriene for beregning av behovet for barnevernstjenester. Agenda har sett på utgiftsnivået i kommunene når det gjelder barnevernet, og funnet at de fire største byene bruker mer enn landsgjennomsnittet på barnevern når man korrigerer for forskjeller i behov slik de er anslått i inntektssystemet. En mulig forklaring kan være at det er særlige utfordringer i storbyene som ikke blir fanget opp i inntektssyste-

met. Det er utført analyser i regi av det såkalte Borgeutvalget¹³ som viser at antall fattige i en kommune har betydning for utgiftene til barnevern. Utvalget foreslo å innføre dette som et nytt kriterium i inntektssystemet. Det er mulig at dette kriteriet bedre vil kunne fange opp storbyenes situasjon.

2.3 Helse- og omsorgstjenester

2.3.1 Innledning

Dette avsnittet omfatter en generell gjennomgang av tjenestene, men avsluttes med en særskilt gjennomgang av det psykiske helsevernet for barn og unge fordi denne tjenesten anses som særlig viktig i forhold til mange av dem som trenger koordinerte tjenester.

2.3.2 Innhold av tjenesten

Helsetjenestene er på samme måte som barnevernet organisert med en kommunal førstelinjetjeneste og en statlig andrelinjetjeneste. For utsatte barn og unge er følgende tjenester sentrale:

- *Helsestasjons- og skolehelsetjenesten.* Kommunen skal tilby helsestasjons- og skolehelsetjeneste til barn og ungdom mellom 0–20 år, og tilby gravide i denne aldersgruppen å gå til svangerskapskontroll i tilknytning til helsestasjon. Tjenesten skal videre, i et tverrfaglig samarbeid, bidra til å skape et godt oppvekstmiljø for barn og ungdom gjennom tiltak for å styrke foreldrenes mestring av foreldrerollen, fremme barns og ungdoms lærings- og utviklingsmiljø og bidra til å legge til rette for godt psykososialt og fysisk arbeidsmiljø i skolen.
- *Fastlegeordningen.* Kommunenes styring av legetjenesten foregår i hovedsak gjennom inngåelse av individuelle avtaler med legene og

¹³ NOU 2005:18 Fordeling, forenkling, forbedring

oppfølging av disse. Kommunen kan stille en rekke vilkår for inngåelse av individuell fastlegeavtale, jf. fastlegeforskriften § 12. Gjennom de individuelle avtalene med legene skal kommunen sikre befolkningen tilbud om fastlege og andre legeoppgaver som kommunen har behov for at fastlegene skal ivareta. I henhold til fastlegeforskriften og sentralt avtaleverk kan kommunen stille vilkår om at fastlegene skal delta i offentlig, allmennt medisinsk legearbeid i inntil 7,5 timer per uke.

- *Rusarbeid og psykisk helsearbeid.* Målet med rusarbeid og psykisk helsearbeid i kommunene er å bidra til å fremme selvstendighet, tilhørighet og styrke evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Opptrappingsplanen for psykisk helse ble gjennomført i perioden 1998 til 2008. Målet har vært å styrke kommunenes arbeid med forebyggende virksomhet og tjenestetilbudet til voksne og barn med psykiske lidelser. Senere i dette kapitlet gis det en særskilt omtale av denne planen.
- *Pleie- og omsorgstjenesten.* Kommunene har ansvar for tjenestetilbudet til alle mennesker med behov for pleie- og omsorgstjenester, uten hensyn til alder eller diagnose. I 2005 utgjorde disse tjenestene en tredjedel av de kommunale budsjettene. Det ble utført nærmere 110 000 årsverk, og mer enn 200 000 personer mottok tjenester enten i form av hjemmesykepleie, hjemmehjelp, avlastning, støttekontakt, omsorgslønn, omsorgsbolig, sykehjem, aldershjem eller andre tjenestetilbud. Den sterke økningen det siste tiåret finner vi i aldersgruppen under 67 år. I dag er omlag en fjerdedel av brukerne i omsorgstjenesten under 67 år.
- *Habilitering og rehabilitering i kommunen.* Hovedformålet med tjenestene er å bidra til økt funksjons- og mestringsevne og deltakelse. En vesentlig del av habiliteringen og rehabiliteringen skjer i kommunene, eventuelt med veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Fysioterapi-tjenesten er en lovpålagt deltjeneste hvor formålet er å fremme helse igjennom å forebygge og behandle sykdom og skade i bevegelsesapparatet. Tjenestene tilbys oftest i eget hjem, i barnehagen, på skolen, i arenaer for fritidsaktiviteter i tillegg til i kommunale institusjoner.
- *Spesialisthelsetjenesten* er statlig og har fire primære ansvarsområder: Pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring. Den omfatter somatiske og psykiatriske sykehus organisert i fire helseforetak. Behandlingen tilbys ved poliklinikker eller døgnet-

heter, habiliterings-, opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner og institusjoner for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddel-misbruk. For tilstander (både fysiske og psykiske) som krever spesialisert behandling, henvises pasienten fra primærhelsetjenesten, oftest fra fastlegen. Alle pasienter kan velge hvilket sykehus de vil bli behandlet på, jf. ordningen med *Fritt sykehusvalg*. Valget omfatter også private sykehus som har inngått avtaler med det offentlige.

2.3.3 Lovforankring og krav om samarbeid

Tjenestene omtalt i dette avsnittet omfatter både helse- og sosialtjenester. Disse reguleres av hvert sitt lovverk med hver sin formålsbestemmelse.

Formålet for helsetjenesten er generelt å fremme folkehelse, trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og å søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1–2. Formålet med sosialtjenesten er å fremme økonomisk og sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til økt likeverd og likestilling og å forebygge sosiale problemer. Videre er oppgaven å bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre, jf. sosialtjenesteloven § 1–1.

Ofte vil brukere ha behov for både helse- og sosialtjenester, noe som ikke minst vil være tilfelle for en del utsatte barn og unge. Et eksempel er personer med psykiske lidelser som vil kunne ha behov for begge type tjenester. I praksis er det ikke et klart skille mellom de to lovene, og det er en utfordring at de to lovverkene ikke er harmonisert, f.eks. når det gjelder taushetspliktsbestemmelser. Det vises for øvrig til kapittel 4 som gir en mer utførlig omtale av taushetsplikten.

Berntutvalget, nedsatt av regjeringen i 2003, fikk i oppgave å utrede og foreslå bedre harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen. I 2004 la utvalget frem NOU 2004:18 «*Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester*». Forslagene til utvalget har vært sendt på høring, og er fortsatt til behandling.

Kravene om samarbeid er regulert av bestemmelser av ulik karakter. I lovverket er det krav om

- hvilke aktører som skal samarbeide;
- bruk av spesielle verktøy som sikrer samarbeid, eksempelvis bruk av individuell plan;
- organiseringen av samarbeidet (en forskrift til kommunehelsetjenesteloven krever at det er etablert en koordinerende enhet for arbeidet

med habilitering og rehabilitering, men har ellers ingen krav);

- internkontroll (at kommunene har innført slik kontroll og sikrer at kravene til samarbeid oppfylles).

Kravene om samarbeid går dels direkte frem av lovverket, og er dels et resultat av at lovverket forutsetter at kommunene etablerer rutiner for samarbeid samt at disse følges opp. I det følgende blir de ulike formene for samarbeid omtalt mer utførlig.

Lov og forskrifter har krav om at ulike aktører skal samarbeide:

- Sosialtjenesteloven § 3–2 fastslår at sosialtjenesten skal medvirke til at sosiale hensyn blir ivaretatt av andre offentlige organer ved avgjørelser som har betydning for sosialtjenestens ansvarsområde. Sosialtjenesten skal på sin side samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer når dette kan bidra til å løse de oppgaver som den er pålagt etter denne loven. Kommunehelsetjenesteloven har en korresponderende bestemmelse i § 1–4. Krav om samarbeid, informasjon og forebyggende arbeid følger imidlertid også av formålsbestemmelsen, jf. § 1–2. Kravene om samarbeid er av generell karakter i selve loven, men det er senere utgitt rundskriv som gir nærmere føringer for samarbeidet, eksempelvis et rundskriv fra fire departementer i 2004 om samarbeid mellom tjenesteytere som gir tilbud til barn og unge under 18 år med nedsatt funksjonsevne (Rundskriv 1–3/2004).
- «Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha rutiner for samarbeid med fastlegene, med andre kommunale tjenester, ...», se forskrift om helsestasjon og skolehelsetjeneste § 2–1.
- «Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal bidra til kommunens oversikt over helsetilstanden og de faktorer som kan virke inn på helsen til barn og ungdom, og til gravide som går til kontroll i tilknytning til helsestasjon», jf. § 2–1.
- Samarbeid fra legetjenestens side er ikke spesielt hjemlet i lov eller forskrift. Man faller derfor her tilbake på de alminnelige bestemmelsene om samarbeid.
- Samarbeid om psykiske helsetjenester er heller ikke spesielt hjemlet i lov eller forskrift, ut over det som følger av reglene om individuell plan, jf. Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven. I forhold til tjenestemottaker er imidlertid den klare hovedregel at all behandling skal skje på frivillig grunnlag, i samarbeid med tjenestemotta-

ker og/eller de nærmeste pårørende, jf. psykisk helsevernloven kapittel 2. Samarbeidet for øvrig blir regulert av de alminnelige bestemmelsene for samarbeid.

Når det gis tjenester etter kommunehelse- og sosialtjenesteloven, skal kommunen foreta en individuell vurdering i samråd med den som skal motta tjenestene og/eller pårørende. Tildeling av pleie- og omsorgstjenester og sosiale tjenester skal skje i form av skriftlige *individuelle vedtak* som beskriver innholdet og omfanget av tjenesten. Klage på vedtaket kan sendes til kommunen. Dersom klage til kommunen ikke fører frem, er fylkesmannen klageinstans på kommunale vedtak etter sosialtjenesteloven og Helsetilsynet i fylket på kommunale vedtak etter kommunehelsetjenesteloven.

Personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan i samsvar med pasientrettighetsloven § 2–5 og sosialtjenesteloven § 4–3 a. Kommunehelsetjenesteloven § 6–2 a, spesialisthelsetjenesteloven § 2–5, og psykisk helsevernloven § 4–1 pålegger virksomhetene etter disse lovene å utarbeide slik plan etter nærmere vilkår. Nærmere bestemmelser om individuell plan etter helselovene er gitt i forskrift om individuelle planer etter helselovgivningen.

Ifølge forskrift om habilitering og rehabilitering er dette

«tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukers egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet, og deltakelse sosialt og i samfunnet».

Det skal finnes en *koordinerende enhet* for virksomheten i hver kommune.

Internkontroll innebærer at kommunene selv på en systematisk måte påser at krav fra ulike myndighetsorganer blir ivaretatt. For sosial- og helse-tjenesten følger plikt til å føre internkontroll blant annet av lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 og sosialtjenesteloven § 2–1. Av helsetilsynsloven § 3 fremgår det at enhver som yter helsetjenester, skal etablere internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift.

Selv om lovene ikke angir hvordan samarbeidet skal skje, må det altså likevel forutsettes at kommunen etablerer rutiner for samarbeid, og at disse rutineene følges opp. En slik forutsetning blir lagt til grunn for Helsetilsynets revisjon av samarbeid

mellom ulike typer tjenester. Det vises for øvrig til en mer detaljert omtale av tilsynet i det neste kapitlet.

At kommunene må samordne samarbeidet mellom de ulike tjenesteyterne ut over den plikten som ligger på de enkelte av disse, kan utledes fra kravene til internkontroll etter forskriftene om internkontroll for helse- og sosialtjenesten og for barnevernet. Mer generelt kan også samordningen sies å være et resultat av det ikke lovfestede forvaltningsprinsippet om at forvaltningsutøvelsen skal være forsvarlig.

2.3.4 Organisering

Kommunene har ansvar for å sørge for gode og forsvarlige helse- og sosialtjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder eller diagnose. Staten har ansvar for å sikre like rammevilkår gjennom regelverk og økonomiske rammer. Staten har også ansvar for å føre tilsyn og kontroll. I det følgende gis en nærmere gjennomgang av hvordan tjenestene er organisert.

Helsedirektoratet: Direktoratet er faglig forvaltningsorgan på helseområdet og deler av sosialområdet, og er delegert omfattende myndighet etter helselovgivningen. Som ledd i dette har Helsedirektoratet også oppgaven med å forvalte (administrere og fortolke) lovverket på området. Helsedirektoratet skal bidra til å gjennomføre nasjonal sosial- og helsepolitikk samt gi råd til sentrale myndigheter, kommuner, helseforetak og frivillige organisasjoner. Det er en viktig oppgave for direktoratet å utvikle og effektivisere det helsefremmende og forebyggende arbeidet og tjenestetilbudet på sosial- og helseområdet.

Regionale helseforetak: Norge er delt i fire helse-regioner med regionale helseforetak (RHF) som har ansvar for å sørge for at befolkningen blir tilbudt spesialiserte helsetjenester. Staten eier de regionale helseforetakene. Disse tjenestene omfatter undersøkelse og behandling av mennesker med somatiske, psykiske og rus/avhengighetslidelser. Undersøkelse og behandling innen det psykiske helsevernet kan skje i og utenfor institusjon, det vil si ved sykehusavdelinger og distriktpsikiatriske sentra (VOP – voksenpsykiatriske avdelinger – og DPS – distriktpsikiatriske sentre) når det gjelder voksne, og sykehusavdelinger eller poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge under 18 år. Mange steder er det også etablert ambulante team for barn, unge og voksne. Disse skal bidra til tilfredsstillende dekning i områder med lav befolkningstetthet, og jobbe i og med familien og

nettverket og på den måten unngå sykehusinnleggelser. Det kan også gjøres individuelle avtaler om f.eks. oppfølging/medisinering hos fastlege eller andre helsearbeidere. Dette gjøres i et nært samarbeid med sykehuset, DPS eller poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge.

Voksenpsykiatriske avdelinger (VOP)/Distriktpsikiatriske sentre (DPS): Sentrene tilbyr dag-/døgnbehandling, poliklinisk behandling, krisetilbud og ambulant virksomhet til personer over 18 år. De samarbeider nært med kommunene i sine respektive områder. Det er etablert 75 DPS som dekker alle landets kommuner. Der det vurderes mest hensiktsmessig, kan DPS tilby utredning og behandling også før fylte 18 år.

Psykisk helsevern for barn og unge: Tilbyr dag-/døgnbehandling, poliklinisk behandling, akutt/krisetilbud og ambulant virksomhet til personer under 18 år. Hovedoppgavene er å bistå barn fra 0–18 år og deres familier med utredning, behandling, rådgivning og tilrettelegging knyttet til psykiske lidelser, adferdsvansker og lærevansker. For å unngå unødige brudd i pågående behandlingsforløp, kan det psykiske helsevernet for barn og unge, der det vurderes som hensiktsmessig, følge opp pasienter til fylte 23 år. Fra 1. september 2008 ble det innført en ny ventetidsgaranti. Denne skal sikre at pasienter under 23 år med rett til nødvendig helsehjelp på grunn av psykiske eller rusrelaterte lidelser, får snarlig behandling. Pasientene skal vurderes innen 10 virkedager og behandlingen skal starte innen 65 virkedager etter at vurderingen er gjort. Det psykiske helsevernet for barn og unge tilbyr også rus- og avhengighetsbehandling til unge fra omkring fylte 15 år, som regel i samarbeid med instanser som barneverntjenesten og NAV. I slike saker kan overgangen mellom de involverte tjenestene ved fylte 18 år være en særskilt utfordring.

Kommunene: Kommunene står etter kommuneloven fritt til å organisere egen virksomhet. Det betyr at kommunene selv kan velge hvilke kommunale enheter som skal yte de pålagte tjenestene og i hvilken grad det skal etableres interkommunalt samarbeid om dette. Når det gjelder psykisk helse, er det stort sett bare de store kommunene som har etablert et førstelinjetilbud på dette området i samsvar med målene i Opptappingsplanen for psykisk helse som ble gjennomført i perioden 1998–2008.

Fastlege: Fastlegeordningen gir alle rett til å stå på liste hos fastlege. Den enkelte kan selv fremsette legeønske så lenge den enkelte fastlege har ledig kapasitet. Kommunene inngår individuelle avtaler med fastleger (og med fysioterapeuter). Nesten 94 prosent av fastlegene er privatpraktise-

rende, mens de resterende er ansatt i kommunene. Loven regulerer ikke hvor mange avtaler kommunen kan inngå med fastlegene. Den enkelte kommune må ansette personell eller inngå det antall driftsavtaler som er nødvendig for å gi et faglig forsvarlig tilbud til sine innbyggere.

Statens helsetilsyn: Tilsynet er øverste tilsynsmyndighet, og har det overordnede faglige tilsyn med all helse- og sosialtjeneste i landet. Statens helsetilsyn skal føre tilsyn med at befolkningens behov for sosial- og helsetjenester ivaretas og med at tjenestene drives på en faglig forsvarlig måte. Statens helsetilsyn skal også medvirke til å forebygge svikt i helsetjenesten. Helsetilsynet i fylkene er statens regionale tilsynsmyndighet i det enkelte fylket, og er en del av fylkesmannens kontor. Oppgaven er å føre tilsyn med helse- og sosialtjenestene i det enkelte fylke.

2.3.5 Forskjeller mellom kommunene

For befolkningsmessig små kommuner kan det være en ekstra utfordring å tilby spesialiserte tjenester i og med at det er så få brukere. I pkt. 2.2.6 viste vi at det for barnevernet knapt nok var grunnlag for å danne fagmiljøer i de minste kommunene. Barnevernet omfatter rundt 40 000 barn på tiltak og rundt 3 000 stillinger. I pkt. 2.4.4 går det frem at det anslås å være mellom 60 000 og 80 000 brukere av Pedagogisk–Psykologisk tjeneste (PP-tjenesten), og at det er rundt 2 000 stillinger.

Det er også omtrent 40 000 barn og unge som mottar tjenester relatert til psykisk helse i kommunene. Gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse har statlige øremerkede midler ført til at det har blitt etablert rundt 4 400 flere årsverk i kommunene. Rundt 1 300 årsverk går til tiltak for barn og unge. Til sammen er det nå mer enn 12 000 ansatte som jobber innen psykisk helsearbeid i kommunene (kilde: Helsedirektoratet).

Det betyr at det for små kommuner kan være lettere å etablere fagmiljøer innen psykisk helsearbeid enn for barnevern og PP-tjenesten. Men også innen psykisk helsearbeid har det vist seg å være en utfordring å rekruttere kvalifisert arbeidskraft.

2.3.6 Kort omtale av samhandlingsreformen

I juni 2009 la regjeringen frem *St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen, Rett behand-*

ling – på rett sted – til rett tid. Gjennom samhandlingsreformen vil regjeringen søke å sikre en fremtidig helse- og omsorgstjeneste som både svarer på pasientenes behov for koordinerte tjenester og som svarer på de store samfunnsøkonomiske utfordringene innen dette feltet. I meldingen legger regjeringen opp til endringer i den strukturelle oppbyggingen av tjenesten, blant annet ved å gi kommunene et tydeligere og mer helhetlig ansvar for forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging, hvor målet er å legge til rette for mer helhetlige pasientforløp. Videre vil regjeringen etablere en lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter med behov for koordinerte tjenester, får én person som kontaktpunkt i tjenestene. Et hovedgrep i reformen er å gi kommunene et medfinansieringsansvar for spesialisthelsetjenesten, og økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter. Som ledd i reformen vil det også bli lagt opp til et forpliktende avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak, blant annet om oppgavefordelingen og samarbeidet.

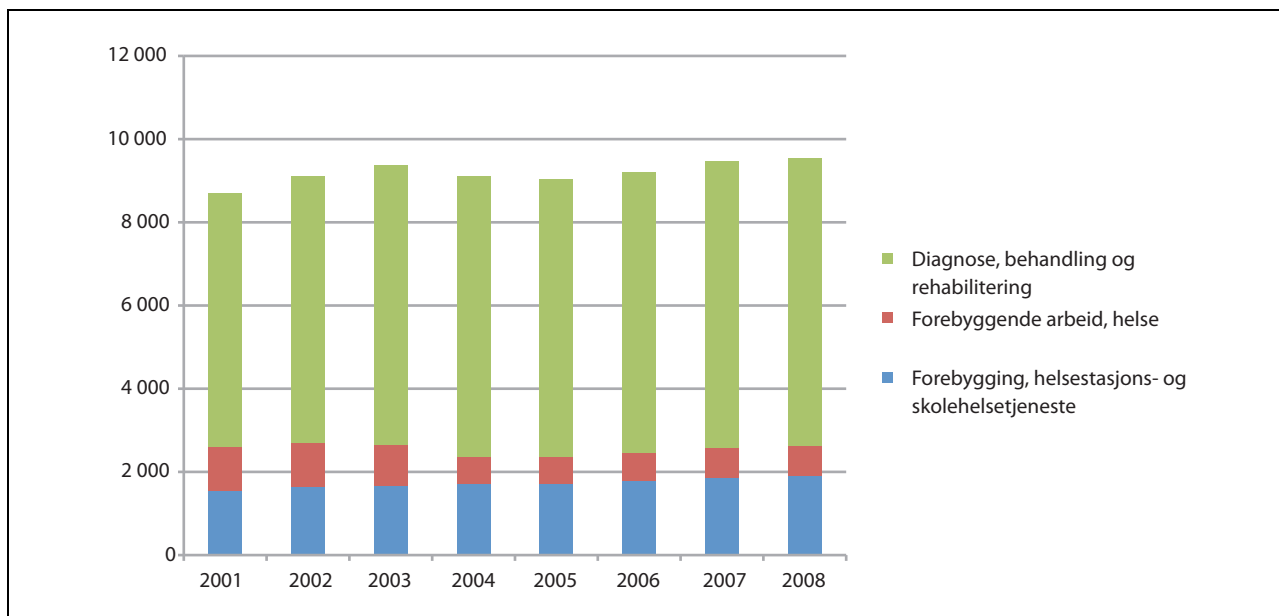
2.3.7 Kommunenes helsearbeid

Kommunenes bruttoutgifter til helsearbeid var på rundt 9,5 milliarder kroner i 2008, jf. figur 2.6. I perioden fra 2001 til 2008 økte utgiftene med 12 prosent, noe som omtrent tilsvarer økningen i antall stillinger på 10 prosent.

I perioden fra 2001 til 2008 har utgiftene til helsestasjons- og skolehelsetjeneste økt med 24 prosent, mens annet forebyggende helsearbeid har blitt redusert med 31 prosent. Økningen henger sammen med økningen i de statlige øremerkede tilskuddene gitt som en del av Opptappingsplanen for psykisk helse.

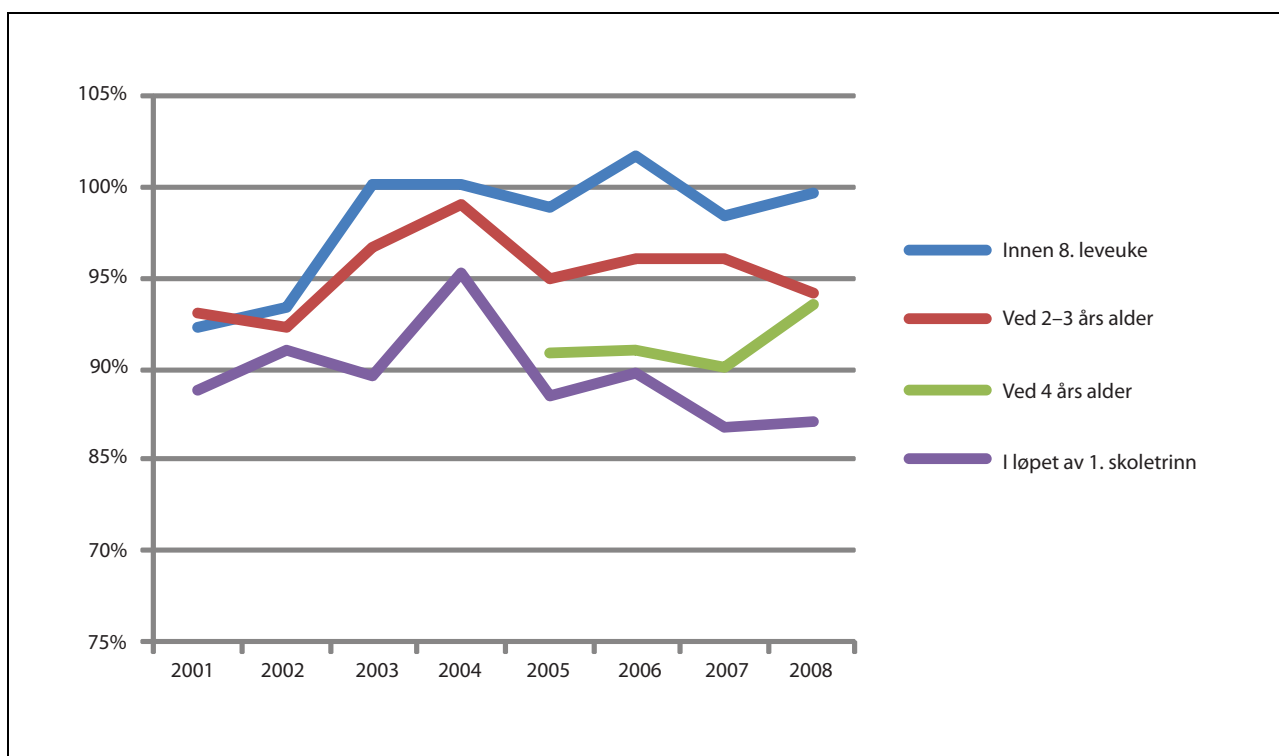
I samme periode har antall barn under 15 år økt med bare 2 prosent. Kommunene har med andre ord økt den forebyggende innsatsen rettet mot barn og unge, og redusert innsatsen rettet mot andre aldersgrupper.

Kommunenes helseundersøkelser for barn i ulike aldersgrupper når en høy andel av barna i de ulike aldersgruppene, jf. figur 2.7. Tilnærmet alle spedbarn deltar på undersøkelsene. Andelen som deltar er noe lavere for de andre aldersgruppene.



Figur 2.6 Brutto driftsutgifter til helsearbeid i kommunene 2001–2008 i faste 2008-kroner.

Kilde: KOSTRA og beregninger foretatt av Agenda.



Figur 2.7 Andel barn med kommunal helseundersøkelse 2001–2008.

Kilde: KOSTRA og beregninger foretatt av Agenda

2.3.8 Psykiske helsetjenester for barn og unge

Psykisk helsearbeid for barn og unge omfatter tilbud til risikoutsatte barn og unge, og forebygging for å hindre utvikling av psykiske lidelser, rusmid-

delavhengighet og andre psykososiale vansker. Behovet for en opptrappingsplan for psykisk helse var basert på mangler ved behandlingstilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Manglene er beskrevet i «*St.meld. nr. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.*»

Det går her frem at det forebyggende arbeidet var for fragmentert og at det var for dårlige utbygde tjenester i mange kommuner. For å møte disse utfordringene vedtok Stortinget en opptrappingsplan for psykisk helse¹⁴. Målet var å tilføre kommunene midler til 4 770 nye årsverk for å drive forebyggende virksomhet og styrke tilbudet til barn og voksne med psykiske vansker og lidelser.

Opptrappingsplanen ble avsluttet ved utgangen av 2008. De øremerkede midlene økte fra 0,6 milliarder kroner i 2000 til over 3.3 milliarder i 2008. Følgende er oppnådd:

- SINTEF har beregnet at om lag 40 000 barn og unge og 60 000 voksne mottar kommunale tjenester relatert til psykisk helse¹⁵.
- I regi av Opptrappingsplanen er det opprettet 4 376 flere årsverk i kommunene. Av disse er 3 091 beregnet på tiltak for voksne og 1 285 for barn og unge.
- Målet i opptrappingsplanen var å etablere 4 770 nye årsverk innen utgangen av 2008. Ved utgangen av 2007 var 92 prosent av målet oppnådd (med 4 376 flere årsverk), mens 86 prosent av tilskuddet ble bevilget.
- I tillegg til årsverk finansiert gjennom opptrappingsplanen, kommer kommunalt finansierte årsverk. Totalt antall årsverk i psykisk helsearbeid i kommunene ved utgangen av 2008 er av SINTEF grovt anslått til 12 000.

14 Kilde; St.prp. nr. 63 (1997–1998) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1996–2006

15 SINTEF (2007): Psykisk helsearbeid i kommunene: Anslag på antall brukere, personellinnsats, udekket personellbehov

Fra og med 2009 har de øremerkede midlene til psykisk helse gått inn i rammetilskuddet til kommunene. I St.prp. nr. 1 (2006–2007) ble det poengtert at kommunene må bygge opp lavterskeltilbud som tilbyr utredning, behandling og oppfølging av barn, unge og deres familier. Det ble fremholdt at kommunale tjenester skulle styrkes med psykologer og høyskoleutdannet personell med videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge, og videre at kultur- og fritidsaktiviteter burde tilrettelegges slik at barn og unge med psykiske vansker i større grad blir inkludert.

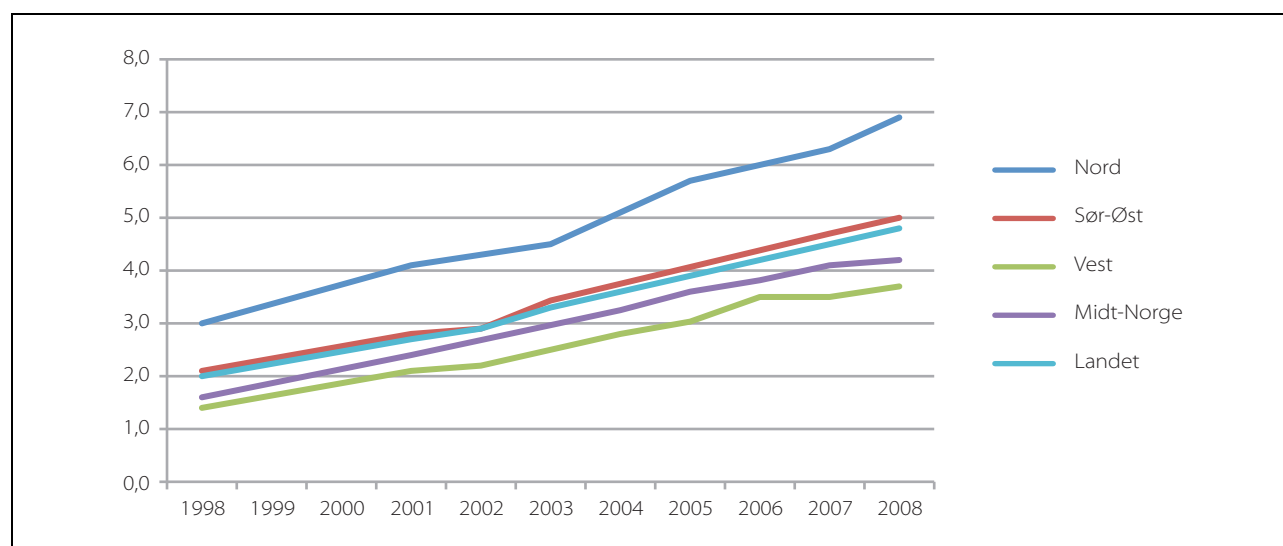
Fra 2007 ble det satt i gang en ny tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge for personell i kommunene ved en rekke høyskoler.

Psykisk helsevern – spesialisthelsetjenester

På bakgrunn av epidemiologiske data anslår forskerne at 4 til 5 prosent av alle barn og unge har behov for hjelp i spesialisthelsetjenesten. Det ble gitt spesialistbehandling til 49 280 barn og unge i 2007, noe som innebærer en økning på 29 000 barn i forhold til 1998. Målet i Opptrappingsplanen for psykisk helse var en dekningsgrad på 5 prosent på landsbasis.

De siste årene har dekningen økt for alle helse-regionene, jf. figur 2.8. Det er imidlertid fortsatt klare forskjeller innad og mellom helseregionene når det gjelder andelen barn og unge som får tilbud i BUP.

Helse Nord har en dekningsgrad på over 6 prosent, noe som er omtrent det dobbelte av deknin-



Figur 2.8 Opptrappingsplanen for psykisk helse – dekningsgrad 1998–2007

Kilde:

gen for Helse Vest. Helse Sør-Øst har en dekning omtrent som for gjennomsnittet av landet.

Som tidligere nevnt er det 40 000 barn og unge som mottar kommunale tjenester relatert til psykisk helse. Det er med andre ord flere som får et tilbud i spesialisthelsetjenesten enn i kommunene.

Folkehelseinstituttet opererer med anslag om at 15–20 prosent av alle barn og unge har psykiske vansker, og ca 8 prosent har psykiske lidelser.

2.4 Barnehage og skole

2.4.1 Innhold i tjenesten

Barnehage og skole er den mest sentrale samfunnsarenaen for barn og unge fra ettårs alder.

- *Barnehage*: Fra og med 2009 er det innført en lovbestemt rett til barnhageplass for alle barn som fyller ett år innen utgangen av august det året det søkes om plass.
- *Grunnskole og skolefritidsordning (SFO)*: Barn og unge har rett og plikt til å gjennomføre utdanning på grunnskolenivå. Foreldrene bestemmer selv om de vil ha tilbud om SFO, som omfatter barn til og med fjerde klasse. Barn med spesielle behov skal ha tilbud om SFO gjennom hele barnetrinnet, altså til og med 7. klasse.
- *Videregående skole*: All ungdom mellom 16 og 19 år har siden 1994 hatt rett til videregående opplæring. Elevene kan velge mellom yrkesforberedende eller studieforberedende program.
- *Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PP-tjenesten)*: PP-tjenesten er henholdsvis en kommunal og fylkeskommunal rådgivende tjeneste som skal hjelpe barn, ungdom eller voksne som har en vanskelig opplærings- eller oppvekstsituasjon. Tjenesten gir råd til skolene slik at de kan tilrettelegge undervisningen for elever med spesielle behov. Den samarbeider med barnevernet, sosialtjenesten og andre hjelpeinstanser, og gir støtte til foresatte, barn og ungdommer. PP-tjenesten arbeider også med veiledning til skolen. Den gjennomfører testing og utredning, og utarbeider sakkyndige rapporter i henhold til opplæringslovens krav.

Når det gjelder lavfrekvente diagnoser eller funksjonsnedsettelse, dekkes dette av et statlig kompetansesystem kjent som Statped, bestående av ulike sentre og kompetanseenheter. Statped tilbyr tjenester som er så spesialiserte at det ikke er rimelig å forvente at kommunene/fylkeskommunene kan gi et tilstrekkelig godt tilbud. Opplæringsansvarlig instans i kommunen eller fylkeskommunen kan søke om tje-

nester fra Statped. De fleste tjenestene fra Statped er gratis for kommunene, fylkeskommunene og brukerne. Tjenestene er inndelt i følgende fagområder: Syn, hørsel, språk, tale, adferd, sammensatte lærevansker og ervervet hjerneskade.

I juli 2009 fremla Midtlyngutvalget *NOU 2009:18 Rett til læring* (se nærmere omtale i kapittel 3.2.4). I denne er det foreslått flere endringer som, hvis de blir tatt til følge, vil medføre endringer i PP-tjenestens innhold og arbeidsmåter. Det statlige spesialpedagogiske støtte-systemet står også overfor større endringer dersom anbefalingene tas til følge.

- *Spesialundervisning*: Elever som ikke kan få tilfredsstillende utbytte av det ordinære opplæringstilbudet, har rett på spesialundervisning. Tilbudet skal gis etter en sakkyndig vurdering og individuelle vedtak.
- *Oppfølgingstjenesten*: Denne tjenesten ble opprettet etter Reform-94 som en fylkeskommunal tjeneste. Tilbudet blir gitt til elever med rett til opplæring, men som ikke er i opplæring eller arbeid. Formålet med tjenesten er å sørge for at disse ungdommene får tilbud om opplæring, arbeid eller annen sysselsetting.

2.4.2 Lovforankring og krav om samarbeid

Retten til *spesialundervisning* er regulert av opplæringsloven § 5–1:

«Elevar som ikkje har eller som ikkje kan få tilfredsstillande utbytte av det ordinære opplæringstilbodet, har rett til spesialundervisning. I vurderinga av kva for opplæringstilbod som skal givast, skal det særleg leggjast vekt på utviklingsutsiktene til eleven. Opplæringstilbodet skal ha eit slikt innhald at det samla tilbodet kan gi eleven eit forsvarleg utbytte av opplæringa i forhold til andre elevar og i forhold til dei opplæringsmåla som er realistiske for eleven.»

Alle elever som får spesialundervisning, skal ha individuell opplæringsplan (IOP) (opplæringsloven § 5–7). Denne planen skal vise målet for opplæringen, og skal konkretisere innholdet i opplæringen og hvordan den skal drives. Det er også et krav at skolen hvert halvår skal lage en skriftlig oversikt over opplæringen eleven har fått og en vurdering av utviklingen til eleven.

Barn i førskolealder har etter opplæringsloven § 5–5 rett til *spesialpedagogisk hjelp*. Slik hjelp blir gitt etter en sakkyndig vurdering fra PP-tjenesten, og kan omfatte ulike tiltak som lekotekvirksomhet, trenings- og stimulerings tiltak og veiledning til

personalet i barnehagen. Hjelpen skal omfatte tilbud om foreldreveiledning. Foresatte skal ikke betale for den tiden barnet gis spesialpedagogisk hjelp.

Det finnes et eget statlig tilskudd til tiltak i barnehagene for barn med nedsatt funksjonsevne. Tilskuddet kan blant annet nyttes til å styrke barnehagens bemanning, redusere barnegruppens størrelse, gi hel eller delvis dekning av friplass eller finansiere utbedringer av barnehagens lokaler og uteområde.

I praksis er det ikke alltid et klart skille mellom det enkelte barns rett til spesialpedagogisk hjelp etter opplæringsloven og tildeling av midler til styrking av barnehager der det er barn med nedsatt funksjonsevne. Det er derfor en viss overlapping mellom de to ordningene. Et eksempel kan være de tilfellene der det brukes «*ekstra assistent*» for et barn med nedsatt funksjonsevne i en barnehage.

PP-tjenesten er i tillegg til utredning og sakkyn-dighetsoppgaver pålagt å arbeide systemisk i forhold til skolen, og på denne måten hjelpe skolen i arbeidet med kompetanse- og organisasjonsutvikling for å legge opplæringen bedre til rette for elever med spesielle behov, jf. opplæringsloven § 5–6, annet ledd.

Kravet til PP-tjenesten om samarbeid følger av opplæringsloven § 5–6:

«Tenesta skal hjelpe skolen i arbeidet med kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling for å leggje opplæringa betre til rette for elevar med særlege behov. Den pedagogisk-psykologiske tenesta skal sørge for at det blir utarbeidd sakkunnig vurdering der lova krev det.»

Og videre følger det av § 5–7:

«Barn under opplæringspliktig alder som har særlege behov for spesialpedagogisk hjelp, har rett til slik hjelp. ... Hjelpa kan knytast til barnehagar, skolar, sosiale og medisinske institusjonar og liknande, eller organiserast som eige tiltak.»

Tjenestens arbeid er i utgangspunktet knyttet til barn med ulike former for lærevansker, herunder vansker med sosial samhandling og adferd. Bestemmelsen peker på at PP-tjenesten har plikt til å følge opp skolen når den ber om samarbeid og hjelp til å gi et godt undervisningstilbud.

2.4.3 Organisering

Tjenestene er organisert som følger:

- *Barnehage*: Rundt halvparten av tilbudet blir drevet av kommunene, og rundt halvparten av

private og andre. Barnehageloven fastlegger at det er kommunen som er lokal barnehagemyndighet. Kommunen som barnehagemyndighet har et overordnet ansvar for å sikre at barna får et godt og forsvarlig barnehagetilbud. Kommunen skal gjennom aktiv veiledning, godkjenning og tilsyn av både kommunale og private barnehager påse at barnehagene drives i tråd med de krav som settes i barnehageloven med tilhørende forskrifter. Kommunen skal legge til rette for en samordnet opptaksprosess for kommunale og private barnehager.

- *Grunnskole*: Rundt 97 prosent av alle barn har tilbud i kommunale grunnskoler. De resterende 3 prosentene går i private grunnskoler.
- *Videregående skole og oppfølgingstjenesten*: Fylkeskommunene har ansvar for tilbudet om videregående opplæring og for oppfølgingstjenesten. Sistnevnte ble opprettet som ledd i Reform-94. Oppfølgingstjenesten skal gi tilbud til elever med rett til opplæring, men som av ulike årsaker ikke benytter seg av retten og heller ikke er i arbeid. Formålet er å sørge for at ungdom som har falt ut av utdanningssystemet, skal få tilbud om opplæring, arbeid eller annen sysselsetting.
- *Den kommunale PP-tjenesten*: En kommune kan samarbeide med andre kommuner eller fylkeskommunen om tilbudet. I 2008 var det 284 PP-kontorer.
- *Den fylkeskommunale PP-tjenesten*: Fylkene har ansvar for PP-tjenesten for videregående skoler.
- *Statped*: Statped består av 13 statlig eide kompetansesentre og fem spesialpedagogiske enheter. Statped har som overordnet oppdrag å gi veiledning og støtte til kommuner og fylkeskommuner.

2.4.4 Økonomi og brukere

Brukere

I september 2009 gikk nærmere 265 000 barn i *barnehage*. I 2008 hadde aldersgruppen 1–5 år en dekningsgrad på 87,2 prosent. Høsten 2008 var det registrert 613 800 elever mellom 6 og 15 år i *grunnskolen*.

Rundt 60 prosent av barna mellom 6 og 9 år fikk i 2008 tilbud om *skolefritidsordning (SFO)*.

De aller fleste elevene går direkte fra grunnskole til *videregående opplæring*. Blant elevene som avsluttet 10. trinn våren 2007, hadde 96,4 prosent begynt på «*Vg1*» høsten 2007 (KOSTRA).

Om lag 57 prosent av alle elever som startet i videregående opplæring i 2001, fullførte opplærin-

gen på normert tid. Fem år senere var denne andelen økt til 70 prosent¹⁶.

Det er store forskjeller i elevenes progresjon mellom allmennfaglige og yrkesfaglige studieprogrammer. På de allmennfaglige studieprogrammene har det de siste årene vært rundt 75 prosent av elevene som fullfører på normert tid, og knapt 15 prosent som avbryter utdanningen. Tilsvarende andeler for yrkesfaglige studieprogram har vært på knapt 40 prosent som fullfører på normert tid, og drøyt 35 prosent som avbryter utdanningen.

Ungdommer som har fullført grunnskolen og er over 15 år, har rett til tre års heltidsutdanning eller en opplæring som tilsvarer opplæringstiden som er fastsatt gjennom læreplanen. Denne retten kalles ungdomsrett. I 2007 var det meldt 4 114 ungdom med ungdomsrett til *oppfølgingstjenesten*.

Det føres ikke statistikk over antall brukere av *PP-tjenesten*. I 1997–98 var det anslått at denne tjenesten hadde mellom 60 000 og 80 000 brukere.

I 2008 var det 4 338 barn i førskolealder som mottok *spesialpedagogisk hjelp etter enkeltvedtak*, noe som tilsvarer en dekningsgrad på 1,2 prosent.

I skoleåret 2008–2009 var det rundt 45 000 elever i grunnskolen med *spesialundervisning etter enkeltvedtak*, noe som gir en dekningsgrad på 7,2 prosent. Av dem som får spesialundervisning, er rundt 70 prosent gutter og 30 prosent jenter. Fordelingen mellom kjønnene har vært stabil de siste femten årene.

I løpet av de fem siste årene har det vært en økning på rundt 10 000 elever som får spesialundervisning, noe som gir en økning av dekningsgraden fra 5,4 til 7,2 prosent. For de siste 15 årene har veksten vært på rundt 15 000 elever.

Det er store forskjeller mellom kommunene når det gjelder andelen elever i grunnskolen som får spesialundervisning. For skoleåret 2008–2009 varierte denne andelen fra 0 til 21 prosent i landets kommuner.

I 2006 varierte andelen elever i fylkene med spesialundervisning fra 0,8 prosent i Sogn og Fjordane til 8,2 prosent i Buskerud.

Økonomi og stillinger

Nordlandsforskning har anslått at driftsutgiftene til *PP-tjenesten* i 2008 var på 1 300 millioner kroner. Tjenesten hadde rundt 1 850 fagarbærere og nærmere 200 merkantile årsverk. De siste fem årene har antallet stillinger vært på et noenlunde stabilt nivå. I denne perioden har det bare vært små endringer i antall barn, noe som altså innebærer at

antallet stillinger sammenliknet med antall barn har vært omtrent på samme nivå.

I 2007 var 43 prosent av stillingene PP-rådgivere, 42 prosent spesialpedagoger eller pedagoger, og 6 prosent hadde sosialfaglig bakgrunn. Andelen med sosialfaglig bakgrunn har blitt redusert fra rundt 21 prosent i 1980. I samme periode har andelen spesialpedagoger/pedagoger økt fra 30 til 42 prosent.

Blant PP-rådgiverne har andelen psykologer blitt betydelig redusert det siste tiåret. I samme periode har det blitt flere med universitetsutdanning i pedagogikk og spesialpedagogikk (cand. ed. eller den nyere graden master i spesialpedagogikk eller pedagogikk). Det kan med andre ord sies at tverrfagligheten har blitt redusert, og kontorene har i større grad blitt en pedagogisk/spesialpedagogisk tjeneste.

For skoleåret 2007–2008 disponerte *Statped* rundt 870 årsverk.

Utdanningsdirektoratet har i 2009 foretatt en kartlegging av stillingene i *Oppfølgingstjenesten*, og funnet at tjenesten har omtrent 200 årsverk.

2.4.5 Mer om spesialundervisning og PP-tjenesten

Definisjonen av spesialundervisning er ikke entydig

Tidligere ble spesialundervisning definert som undervisning som ble gitt adskilt fra den ordinære undervisningen i barnehager, skoler, klasser eller timer. I dag blir begrepet brukt om tilbudet til elever som ikke får tilfredsstillende utbytte av den ordinære undervisningen. Slik undervisning foregår både i og utenfor den ordinære undervisningen.

Som tidligere nevnt, er det store forskjeller mellom kommunene når det gjelder andelen elever som mottar spesialundervisning. Fylling (2008)¹⁷ har undersøkt hva som kan forklare disse forskjellene. Hun fant at det ikke er så store forskjeller mellom skolene og kommunene i andelen elever som mottar ulike former for støttetiltak. Noen kommuner definerer slike tiltak som spesialundervisning, andre som en del av den ordinære undervisningen, omtalt som tilpasset undervisning.

Omfanget av spesialundervisning kan også være påvirket av systemene som kommunene etablerer for tildeling av midler til denne undervisningen. Egne midler til spesialundervisning kan føre til at skolene blir oppmuntret til å øke omfanget av

16 Utdanningsdirektoratet (2008): Utdanningsspeilet 2007

17 Fylling, Ingrid (2008): Meget er forskjellig, men noe blir problem. En sosiologisk undersøkelse av spesialundervisningens institusjonelle praksis

slik undervisning for å få tilgang til disse ressursene.

Forskjellene mellom kommuner er med andre ord et uttrykk for at det ikke er en entydig definisjon av hva som er spesialundervisning. Forskjellene kan også være et resultat av finansieringssystemene som er etablert i den enkelte kommune. Disse forholdene gjør at den kraftige veksten i omfanget av spesialundervisning neppe kan tolkes som en økning i behovet for slik undervisning.

PP-tjenesten ønsker å dreie innsatsen fra individrettede til systemrettede oppgaver

Som nevnt innehar PP-tjenesten både individrettede og systemrettede oppgaver. Undersøkelser om tidsbruken i PP-tjenesten viser at andelen tid brukt på sakkyndige vurderinger, økte fra 18 prosent i 2003 til 24 prosent i 2008. Andelen tid brukt direkte med enkeltpersoner, var på rundt 30 prosent begge årene.

Både i 2003 og 2008 ønsket ansatte i PP-tjenesten at en større del av tiden kunne bli brukt til systemrettet arbeid i skolen. Den faktiske utviklingen i perioden fra 2003 til 2008 har dermed gått i motsatt retning av hva tjenesten selv ønsker. Også statlige myndigheter har ved flere anledninger uttrykt ønske om økt satsing på systemrettede oppgaver.

2.4.6 Forskjeller mellom kommunene

I 2008 var PP-tjenesten i landets 430 kommuner og 19 fylkeskommuner organisert i 284 kontorer. Det er med andre ord et betydelig interkommunalt samarbeid om denne tjenesten. Likevel er det mange av kontorene som er små, med få ansatte. En fjerdedel av kontorene har inntil tre fagstillinger, rundt 40 prosent har mellom tre og syv fagstillinger og bare 35 prosent har flere enn syv fagstillinger.

For landet som helhet er det færre ansatte i PP-tjenesten enn i barnevernet og den psykiske helse-tjenesten. I 2008 var det i alt 216 psykologer¹⁸ ansatt i PP-tjenesten i kommunene. Det er rundt 300 kommuner som ikke har ansatt psykolog. Av de rundt 125 kommunene som har psykolog, har omtrent halvparten mindre enn ett årsverk.

2.5 Justissektoren

2.5.1 Innledning

Justissektoren skal sørge for at grunnleggende garantier om rettssikkerhet blir ivaretatt. Et overordnet mål er å sikre samfunnets og enkeltmenneskets trygghet. Politiet er første ledd i straffesaksjeden, men har også omfattende forebyggende og trygghetsskapende oppgaver.

I dette avsnittet omtales

- Politiets forebyggende funksjoner overfor barn og unge.
- Straffesaksjeden, herunder politiet som første ledd, med fokus på den forebyggende effekt samfunnets reaksjoner kan ha overfor unge lovbrutere.
- Konfliktrådenes virksomhet – som både har en konfliktforebyggende funksjon og utgjør et virkemiddel innenfor straffesaksjeden.

2.5.2 Politiets forebyggende funksjoner overfor barn og unge

Politiet har mye kunnskap om kriminalpreventive metoder som virker positivt på barn og unge, og bruker en del ressurser på å være synlig og tilgjengelig på arenaer hvor barn og unge oppholder seg mest. Uformelle samtaler med ungdommene de treffer, og samtaler med voksne som er sammen med eller arbeider med ungdom, er en viktig del av arbeidet.

Grad av urbanisering i oppvekstmiljøet er en objektiv risiko for barn og unge i forhold til å bli utsatt for eller selv delta i kriminalitet. Det er derfor naturlig at problembelastningen også er størst i landets tettest befolkede områder. Variasjonene i politiets prioritering og mulighet for kontaktskapende arbeid blant barn og unge er imidlertid stor. De politienheter som har egne ungdomsavsnitt/forebyggende avsnitt, har best mulighet til relasjonsbygging overfor ungdommene. Dette arbeidet kan foregå i skolen, på fritidsklubben eller ved oppsøkende patruljering i områder hvor ungdommen oppholder seg.

Skolen er en særlig viktig arena. Gode relasjoner fremmer kommunikasjon og samhandling, og ved bekymring vil det være lettere å ta kontakt for både barn og unge, skolens ansatte, foresatte og for politiet.

Et av politiets virkemidler i det forebyggende arbeidet er *bekymringssamtalen*, som er en samtale med den unge og de foresatte. Samtalen brukes både når kriminelle handlinger er begått og der ungdom har en adferdsutvikling som kan føre til

¹⁸ Kilde: Grunnskolens informasjonssystem (GSI)

kriminalitet. Hensikten er å kartlegge ungdommen og foresattes egen kapasitet og eventuelle behov for hjelpetiltak, med tanke på å snu en negativ utvikling. Gjennom samtalen er det overordnede målet å starte en prosess som gir langvarig positiv utvikling, både for ungdommene det gjelder og de foresatte. Bekymringssamtalen har best virkning når det gripes inn tidlig – helst før en kriminell handling er begått. Der det anses nødvendig og formålstjenlig, legges det opp til at andre etater som barnevern og skole involveres i et tett samarbeid. Samtalene journalføres, slik at opplysninger som kan være av senere verdi for politiets eller andre offentlige myndigheters arbeid med forebygging av uønsket adferd og kriminalitet, blir tatt vare på.

Restorative justice (se nærmere omtale under pkt. 2.5.4) er en arbeidsmetode som er i bruk i flere politidistrikter. Metoden skal gi grunnlag for dialog og forsoning mellom partene i en konflikt eller en tilspisset situasjon, og forebygge videre uro og eskalering. Når politiet bruker metoden, skjer det ved at partene i konflikten, eller offer og gjerningsperson, treffes hos politiet og hjelpes til å gjennomføre en samtale i trygge omgivelser. Politiet skal sørge for at begge parter interesser blir ivaretatt. Dette har vist seg å være svært vellykket. Samtidig er det arbeidsbesparende for politiet, som får snakket med begge/mange parter på en gang, og som på denne måten får god oversikt over konflikten/hendelsesforløpet. Det gir mulighet til samtidig å vurdere og drøfte med partene hva som skal til for å forhindre at konfliktnivået øker.

I tre år har et prosjekt kalt *oppfølgingsteam* vært gjennomført i fire byer i Norge. Målsetningen var å styrke samhandlingen mellom hjelpeapparat og justismyndighet, særlig politiet, i enkeltsaker der ungdom under 18 år hadde begått alvorlig eller gjentatt kriminalitet. Arbeidet har bygget på prinsippene om «*restorative justice*». Prosjektet er evaluert av NTNU i 2009, og resultatene anses som positive.

Enkelte unge kriminelle trenger ekstra oppfølging av forskjellige bakenforliggende årsaker. Analyser fra flere politidistrikter viser klart at et fåtall unge kriminelle står bak en uforholdsmessig stor andel av kriminaliteten. I Oslo ble det tatt tak i dette i samarbeidet mellom Oslo kommune og Oslo politidistrikt gjennom et tiltak kalt «*Unge gjengangere*». Tett oppfølging og samarbeid mellom politiet og barneverntjenesten har som mål at ungdommene det gjelder ikke skal få muligheten til å drive med utstrakt kriminalitet uten at systemet fanger det opp og prioriterer slike saker.

SLT (*gitt andre navn flere steder*), som står for Samordning av Lokale kriminalitetsforebyggende Tiltak, er en kommunal koordineringsmodell for samarbeid på tvers av forvaltningsnivåer og profesjoner. Målet er å samordne innsats og tiltak innen kriminalitetsforebygging rettet mot barn og unge. SLT kan inkludere både frivillige foreninger og næringslivet i tillegg til politiet og kommunale etater. Innenfor rammen av SLT-samarbeidet holdes det jevnlig møter med fokus på kunnskapsformidling, samhandling, samarbeid og utvikling av strategi- og handlingsplaner i kommunen/lokalområdet. Samarbeidet mellom politiet og kommunene gjennom SLT-arbeidet og politiråd er nærmere omtalt i kapittel 3.

Et viktig satsingsområde i det forebyggende arbeidet er *tillitsbygging* og utvikling av gjensidig respekt og forståelse mellom ungdom og politi. Det kreves målrettet og prioritert satsing på dette området for å unngå at det utvikler seg tilstander i Norge som kan sammenlignes med situasjonen i enkelte store byer i andre land i Europa. Erfaring viser at det ikke er innsatsstyrt politiarbeid som gir tillit, respekt og gjensidig positiv kontakt. Det har bedre effekt at politiet er til stede på sentrale arenaer som skoler, foreldremøter, fritidsklubber, ulike arrangementer i regi av ungdom eller hvor mange ungdommer deltar, og andre naturlige treffsteder.

Politiet står i en særstilling fordi det både skal utvikle og pleie gode relasjoner til alle befolkningsgrupper, og samtidig reagere med riktige sanksjoner og straff i forhold til lovbrudd. En forutsetning for å lykkes med dette er stor grad av menneskelig innsikt og interesse for denne type politiarbeid. I det kriminalitetsforebyggende arbeidet har politiet en viktig oppgave med å initiere tiltak basert på analyser av kriminalitets- og samfunnsutviklingen.

2.5.3 Nærmere om straffesakskjeden

Politiets, påtalemyndighetens, domstolens og kriminalomsorgens roller i straffesaker mot mindreårige er grundig beskrevet av Taraldsrudutvalget i *NOU 2008:15 Barn og straff*⁹. Her gis det derfor bare en kortfattet fremstilling av de respektive instansenes ansvar og oppgaver, uten henvisning til de enkelte lovbestemmelser.

Politiet har plikt til å etterforske lovbrudd der det er rimelig grunn til å undersøke om det foreligger et straffbart forhold. Politiet har videre myndighet til å beslutte pågrepelse. Vilkårene for pågrepelse av person under 18 år, med eventuell påfølg-

⁹ NOU 2008:15 kap. 6 Gjeldende rett, s. 63–97.

gende varetektsfengsling (se omtale av dette nedenfor), er imidlertid vesentlig strengere enn for voksne.

Politiets plikt til å etterforske straffbare forhold, gjelder også i tilfeller hvor lovbruddet er begått av barn i alderen 12 – 15 år, altså barn under den kriminelle lavalder. Hvis det gjennom etterforskningen derimot skulle vise seg at den som har begått lovbruddet er under 12 år, opphører politiets plikt til å gå videre i etterforskningen. Politiet kan imidlertid sende bekymringsmelding til barnevernet.

Plikten til å etterforske lovbrudd begått av barn i alderen 12 – 15 år, kom inn ved en lovendring i 2004 som ett av flere tiltak mot barne- og ungdomskriminalitet. En grunnleggende tanke bak lovendringen var at etterforskning og oppklaring av lovbrudd vil gjøre foreldrene til barnet kjent med lovbruddet, slik at disse kan følge dette opp i forhold til barnet. Når politiet etterforsker et lovbrudd og gjerningspersonen er under 18 år, har politiet plikt til å underrette barneverntjenesten straks, med mindre lovbruddet er av «*bagatellmessig*» art.

Det arbeides til enhver tid med å prøve ut metoder som kan bidra til å snu en utsatt ungdom bort fra miljøer og adferd som erfaringsmessig utgjør risiko for kriminalitet. Et eksempel er Grønland politistasjon i Oslo, som i flere år har satset på en operativ enhet kalt *Gatepatruljen* som har som hovedmål å avdekke tidlig narkotikamisbruk gjennom å være til stede der ungdom debuterer med narkotika, samt i tunge rusmiljøer hvor de etablerer kontakt. For å avdekke narkotikamisbruk bruker *gatepatruljen* urintester i de tilfeller det er sterk mistanke om misbruk og hvor det ikke er funnet narkotika. Det blir også skrevet en urinprøvekontrakt i de tilfellene dette lar seg gjøre og barnet og de foresatte er motivert for dette. Oppfølging skjer vanligvis i nært samarbeid med barnevernet.

Når et lovbrudd er ferdig etterforsket, og lovbrøyer var under 15 år på gjerningstidspunktet, kan påtalemyndigheten bestemme at saken skal overføres til barneverntjenesten. Loven har ikke tilsvarende bestemmelser når lovbrøyer er i alderen 15 – 18 år. Avhengig av lovbruddets alvorlighetsgrad, kan imidlertid påtalemyndigheten beslutte at saken skal henlegges, men samtidig underrette barneverntjenesten om dette.

I saker hvor politiet har pågrepet en person, og politiet mener lovbruddet har en slik alvorlighetsgrad at det er behov for varetektsfengsling, må saken fremmes for domstolene (tingretten). Vilkårene for å varetektsfengsle barn er strenge.

Domstolene kommer selvsagt også inn i bildet i saker hvor påtalemyndigheten beslutter at det skal reises tiltale mot en gjerningsperson.

Kriminalomsorgen er samfunnets straffegjennomføringsorgan. I løpet av de siste tre årene er det rundt 120 unge under 18 år som har sittet i fengsel. I samme periode er det mellom fem og ti unge under 18 år som til enhver tid er fengslet. Disse ungdommene har i hovedsak fått korte dommer, og ofte har hele eller store deler av dommen vært sonet ferdig i varetektsperioden. De fleste ungdommene i fengsel er dømt for legemsbeskadigelse.

Regjeringens mål er at ungdom ikke skal i fengsel, og følgelig at det skal brukes andre reaksjonsformer så langt det er mulig. To nye enheter tilpasset unge lovbrøyer er under etablering. Enhetene skal drives av et flerfaglig team med særlig kompetanse innen barnevern og miljøterapi. Det er lagt opp til et nært samarbeid med barnevern, skole og helsetjenester med sikte på en tett oppfølging etter løslatelse.

NOU 2008:15 Barn og straff ble overlevert justisministeren i oktober 2008. Justisdepartementet skal innen utgangen av 2010 utarbeide forslag til lov- og praksisendringer for å sikre god og tett oppfølging av unge lovbrøyer som har begått alvorlig kriminalitet.

I august 2009 la Justisdepartementet frem en kriminalitetsforebyggende handlingsplan med navnet «*Gode krefter*». Planen inneholder til sammen 35 tiltak for økt trygghet. Planen er en del av oppfølgingen av *NOU 2008:15 Barn og straff*.

2.5.4 Konfliktrådernes arbeid og ansvar

Konfliktrådsmedling er et alternativ til tradisjonelle reaksjoner i straffesaker. Rådene tilbyr også medling i rene sivile saker og i saker som gjelder straffbare handlinger med gjerningsperson under 15 år. Regjeringen har fastslått at konfliktrådene skal være «*hovedleverandør*» av «*restorative justice*» i straffesakskjeden. Påtalemyndighetens overføring av saker til konfliktråd er et viktig bidrag til å gjennomføre dette i praksis. «*Restorative justice*» er definert som en måte å reagere mot kriminelle handlinger hvor man balanserer ofrenes, gjerningspersonenes og lokalmiljøets behov. Litt forenklet kan «*restorative justice*» også beskrives som en metode eller reaksjonsform som har et gjenopprettende formål²⁰. Det er et viktig prinsipp at deltakelsen er frivillig for alle parter. Ved å ta et bevisst valg

²⁰ Metoden og det teoretiske grunnlaget er nærmere beskrevet i *NOU 2008:15 Barn og straff*, s. 24–25

i forhold til megling, er mye vunnet i forhold til å bringe partene nærmere hverandre. Disse tankeprosessene kan videre bidra til en bevisstgjøring og økt innsikt om følgene av egne valg og handlinger.

Det er 22 konfliktråd i Norge under ledelse av et felles sekretariat. Det er påtalemyndigheten eller politi med påtalekompetanse som overfører straffesaker til konfliktrådene. Dette gjelder også når lovbrøteren er under 15 år, og følgelig under den strafferettslige lavalder. I straffesaker kan megling benyttes som alternativ til straff, eller som supplement. Megling kan også være vilkår i en betinget dom eller del av en samfunnsstraff (men alltid med samtykke). Konfliktrådsmegling er gratis for de involverte partene. Sivile saker bringes inn av klagerne selv eller av politiet.

Myndighetene har særlig oppfordret til bruk av konfliktråd overfor unge lovbrøtere. Dette gir mulighet for den unge til å ta ansvar, beklage og gjenopprette skaden direkte overfor offeret. Konfliktrådenes erfaring viser at megling er en særlig verdifull tilnærming i voldssaker der ungdom er involvert.

I henhold til Rundskriv nr. 4/2008 fra Riksadvokaten om ordningen med konfliktråd skal påtalemyndigheten rutinemessig vurdere overføring til konfliktråd for de aktuelle sakstypene. Påtalemyndigheten må så tidlig som mulig i etterforskningen ta stilling til om saken egner seg for overføring, ikke minst når lovbrøteren er ung. Uansett bør saken normalt kunne oversendes konfliktrådet innen 1–2 uker etter oppklaring.

Konfliktrådene kan utvide sitt tilbud i form av nettverksmegling. Dette inngår ikke som et ordinært tilbud fra konfliktrådene, men er prøvd ut i to prosjekter i Agder og Oslo. I nettverksmegling trekker man inn støttespillere til de involverte partene i meglingen. Dette er ofte familiemedlemmer, men kan også være venner, naboer, kollegaer eller andre, primært personer som er berørt av konflikten, enten direkte eller indirekte. Disse bringes sammen for å diskutere hvordan de har blitt berørt av det som har skjedd, og hva gjerningspersonen kan gjøre for å rette opp igjen den skade som har skjedd. Deltagelse for de involverte skal være frivillig.

2.6 Andre tjenester

2.6.1 Innledning

I dette avsnittet omtales sosialtjenesten, familievernkontorenes oppgaver, barnas hus, krisesentertjenestene, utekontaktene, samt en omtale av

vanlige fritidstilbud for barn og unge i regi av kommunene.

2.6.2 Sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV)

Ny lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen ble lagt frem for Stortinget 9. oktober 2009, jf. *Prop. 13 L (2009–2010)*. Lovforslaget samler de obligatoriske kommunale tjenestene ved NAV-kontorene i én lov. Loven vil være bedre tilpasset dagens organisering av NAV, og støtte opp under NAV-kontoret som en enhet som underbygger det felles ansvar stat og kommune har for kontorets tjenester og resultater.

Lovforslaget viderefører deler av dagens sosialtjenestelov. Dette gjelder i hovedsak bestemmelsene som regulerer økonomiske ytelser og det arbeidsrettede kvalifiseringsprogrammet, samt bestemmelser om midlertidig botilbud og individuell plan. I tillegg videreføres generelle bestemmelser som understøtter de individuelle tjenestene, som kommunens ansvar for forbyggende virksomhet, samarbeid med andre deler av forvaltningen og med frivillige organisasjoner, og kommunens ansvar for å spre informasjon om de sosiale tjenestene.

Loven innfører tilsyn med forvaltningen av tjenestene og en plikt for kommunen til å føre internkontroll. Dette er nye bestemmelser som utvider fylkesmannens tilsyn og kommunens internkontrollplikt etter dagens sosialtjenestelov. Med disse bestemmelsene vil samtlige sosiale tjenester være underlagt statlig tilsyn og ha plikt til å utøve internkontroll.

Formålet med sosiale tjenester i NAV er å bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til sosial og økonomisk trygghet, herunder at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og fremme overgang til arbeid, sosial inkludering og aktiv deltagelse i samfunnet. Loven skal bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer.

De kommunale tjenestene i NAV skal medvirke til at sosiale hensyn blir ivaretatt av andre offentlige organer som har betydning for at formålet med loven blir oppnådd. De kommunale tjenestene skal samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer når dette kan bidra til å løse oppgavene som den er pålagt etter denne loven.

NAV omfatter både den statlige Arbeids- og velferdsetaten og de delene av kommunens tjenester som skal inngå i de felles lokale kontorene. Innen utgangen av 2009 skal det være felles lokale NAV-kontor som i hovedsak dekker alle landets kommuner. Ved utgangen av september 2009 var det eta-

blert 413 NAV-kontorer. Innen utgangen av 2009 vil det være etablert 447 kontorer. Ni kontorer vil bli etablert i 2010, og ett i 2011.

Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen gir de formelle rammene for NAV. NAV skal bidra til å skape et inkluderende samfunn, et inkluderende arbeidsliv og et velfungerende arbeidsmarked. NAV skal videre ivareta vanskeligstilte gruppers behov, og bidra til å forebygge og avhjelpe fattigdom, blant annet ved å stimulere til arbeid og deltakelse. NAV har også ansvar for å sikre inntekt ved arbeidsløshet, svangerskap og fødsel, aleneomsorg for barn, sykdom og skade, uførhet, alderdom og dødsfall.

NAV yter primært tjenester og stønader til personer over 18 år. Barn og unge vil likevel ha en kontakflate mot NAV fordi de har foreldre/foresatte som mottar bistand eller stønader fra NAV-systemet.

NAV har sammen med Oppfølgingstjenesten et ansvar for oppfølging av ungdom som avslutter skolegangen uten å ha fullført opplæringsløpet. NAV skal blant annet gi veiledning om jobb og utdanning, bistand til å finne en jobb eller en tiltaksplass, eventuelt utarbeide et opplegg som kombinerer opplæring og tiltak.

Med en ny arbeids- og velferdsforvaltning vil det fortsatt være samarbeidsflater mot andre deler av det offentlige hjelpeapparatet. Det er viktig å legge til rette for et samarbeid når det gjelder tjenester og tiltak fra barnevernet og arbeids- og velferdsforvaltningen overfor utsatte barn og unge og deres familier, og i samarbeidet rundt ungdom i risikosoner.

2.6.3 Familievernkontorene

Familievernet er et offentlig og gratis lavterskeltilbud til par, familier og enkeltpersoner. Alle som ønsker det, kan henvende seg direkte til et familievernkontor. Kontorene gir tilbud om terapi, rådgivning og veiledning når det er vansker, konflikter eller kriser i familien. Familievernet har videre en viktig oppgave når det gjelder lovbestemt mekling etter ekteskapsloven og barneloven. I dette arbeidet står nettopp hensynet til de berørte barna sentralt. Ved samlivsbrudd hvor det er barn inne i bildet, er det viktig at de voksne gis nødvendig bistand og veiledning til å mestre et godt foreldreskap til barnets beste også etter bruddet. Familievernet spiller også en stadig viktigere rolle i forebyggende arbeid gjennom foreldreveilednings- og ulike samlivsprogrammer. Barnevernet og familievernet samarbeider mange steder om felles prosjekter i forhold til klienttrett arbeid. Det finnes

også eksempler på samarbeid mellom barnevernet og familievernet i det forebyggende arbeidet.

Til sammen er det 64 familievernkontorer i Norge. To tredjedeler av kontorene er statlige og en del av Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat). De øvrige eies av kirkelige stiftelser og har driftsavtaler med Bufetat. Alle familievernkontorene er underlagt Lov om familievernkontorer og skal gi det samme tilbudet til brukerne uavhengig av livssyn og religion. I familievernet jobber det sosionomer, psykologer og flere andre faggrupper.

2.6.4 Krisesentrene

Det første krisesenteret for kvinner som var utsatt for vold i nære relasjoner ble etablert i Oslo i 1978. Fra første stund har det naturlig nok også bodd barn i sentrene. Per mai 2009 var det 51 krisesentre i Norge, fordelt på alle landets fylker. Bare 11 av sentrene var fullt ut kommunale eller interkommunale, de resterende drives av ulike stiftelser og organisasjoner. Det foreligger tall som viser at 40 prosent av beboerne på krisesentrene er barn.²¹ Bare et lite mindretall krisesentre gir tilbud til menn som opplever vold i nære relasjoner. Alle krisesentrene er i hovedsak finansiert gjennom en offentlig tilskuddsordning, der staten dekker 80 prosent av utgiftene under forutsetning av at kommunene dekker de resterende 20 prosentene. Denne ordningen ble vedtatt av Stortinget i 2004.

I juni 2009 vedtok Stortinget Lov om kommunale krisesentertilbud (krisesenterloven). Etter planen skal loven tre i kraft 1. januar 2010, og innebærer at krisesentrene for første gang får en klar lovmessig forankring. Formålet med loven er å sikre et godt og helhetlig tilbud til kvinner, menn og barn som er utsatt for vold eller trusler om vold i nære relasjoner. Tilbudet skal omfatte både døgnåpen telefonvakt, et midlertidig botilbud, et dagtilbud, og oppfølging i reetableringsfasen. Videre skal sentrene være et lavterskeltilbud, slik at personer som er utsatt for vold eller trusler om vold i nære relasjoner, kan henvende seg direkte. Tilbudet skal være gratis.

I krisesenterloven § 3 fremgår det at kommunen skal sørge for å ta vare på barn på en god måte, tilpasset deres særskilte behov. Kommunen skal også sikre at barn som bor på krisesentre får oppfylt de rettighetene de har etter annet lovverk. I lovens § 4 fremgår det at kommunen skal sørge for at de som bor på krisesentrene, får en helhetlig oppfølging gjennom samordning av tiltak mellom

²¹ Ot.prp. nr. 96 (2008–2009) fra Barne- og likestillingsdepartementet

krisesentertilbudet og andre deler av hjelpeapparatet. I denne paragrafen fremgår det videre at tilbud og tjenester etter denne loven kan inngå som ledd i samarbeidet om en individuell plan etter annen lovgivning. I lovens § 6 fremgår det at alle som utfører tjenester eller arbeid etter denne loven, skal være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenesten. De ansatte på krisesentrene får dermed den samme meldeplikten til barneverntjenesten som andre offentlig ansatte som har direkte kontakt med barn (den samme meldeplikten gjelder også før den nye loven trer i kraft). Ut over dette fremgår det av den nye loven at de ansatte ved krisesentrene skal ha taushetsplikt etter forvaltningslovens bestemmelser.

Justisdepartementet har gjennomført målinger over omfanget av vold i nære relasjoner i 2003, 2005 og 2008. I en tilfeldig valgt uke i 2008 ble det registrert 1 357 meldinger til politiet og andre deler av hjelpeapparatet om slik vold. 274 barn og unge under 18 år ble registrert med egne saker. Dette utgjorde 20 prosent av meldingene, og var dobbelt så mange som ved den tilsvarende målingen i 2005. I tillegg til de barn og unge som var registrert med egne saker, viste målingen at det bodde 1 382 barn i hjem der en voksen var utsatt for fysiske eller psykiske overgrep. Disse målingene kan tyde på at behovet for krisesentre kan komme til å øke i årene som kommer.

Når loven trer i kraft, får fylkesmannen ansvar for å føre tilsyn med virksomheten. Etter en overgangsperiode er det meningen at det statlige tilskuddet til krisesentrene vil falle bort. Krisesentrene vil dermed bli finansiert gjennom det rammetilskuddet kommunene får.

2.6.5 Andre tilbud til voldsutsatte barn og unge

Barnehus

Barnehusene er et nyopprettet samarbeidsprosjekt mellom Justisdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet, og skal være et tiltak rettet mot barn som er eller har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep. Prosjektene skal være et tverretattlig tiltak til barnets beste der barnet skal tilbys medisinske undersøkelser, dommeravhør og annen oppfølging, herunder inntil 15 timer terapi, alt i samme hus. De første barnehusene ble etablert i 2007. Ved utgangen av 2009 er det etablert barnehus i alle helseregioner (lokalisert i Hamar, Oslo, Kristiansand, Bergen, Trondheim og Tromsø). Administrativt er barnehusene underlagt politimesteren i de respektive distriktene. Barnehusene

skal være kompetansesentre med spesifikk kunnskap innen de områdene tiltaket er rettet mot. Denne kunnskapen skal i sin tur komme andre fagmiljø til gode ved kompetansespredning. Videre blir det lagt vekt på at barnehusene skal medvirke til bedre samarbeid mellom ulike etater i forbindelse med overgrepssaker. Barnehusene har status som selvstendige institusjoner. Meningen er at barnet skal kunne få alle de tjenestene det har behov for på ett sted, og dermed slippe å bli sendt fra en dør til en annen.

Incestsentre og incesttelefonen

I mai 2009 var det etablert 20 incestsentre fordelt på alle fylker unntatt Sogn og Fjordane. Incestsentrene gir tilbud om støtte til voksne som har vært utsatt for seksuelle overgrep i familien i oppveksten, og til pårørende til utsatte barn og unge. Flere av sentrene gir også egne tilbud til barn og unge. Fra 1. januar 2006 ble det innført samme finansieringsordning for incestsentrene som for krisesentrene, der 20 prosent grunnfinansiering til driften fra kommuner, fylkeskommuner og helseforetak utløser 80 prosent statlig tilskudd.

I 2006 ble det etablert en landsdekkende hjelpetelefon for personer som er eller har vært utsatt for incest. Denne telefonen er døgnåpen, og blir driftet av incestsenteret i Vestfold.

2.6.6 Utekontakter

Oppsøkende tjenester har tradisjon tilbake til slutten av 60-tallet i Oslo, gjennom opprettelsen av Ute-seksjonen, og til begynnelsen av 70-tallet i de andre store byene, men kan sies å ha sitt mandat fra *NOU 37:1980 Oppsøkende barne- og ungdomsarbeid*. Den primære målgruppen for disse tjenestene er ungdom med hjelpebehov som det ordinære hjelpeapparatet av ulike grunner har vanskelig for å nå. De kommunale oppsøkende tjenestene for ungdom er ofte betegnet og organisert som egne utekontakt-tjenester, men det finnes også andre betegnelser og måter å organisere slike tjenester på, eksempelvis barnevernets ungdomsteam i enkelte bydeler i Oslo. En landsomfattende kartlegging i 2004 viste at 87 kommuner hadde etablert ulike former for utekontaktjeneste. Tjenesten er ikke lovpålagt, selv om en kan si at kommunene har et lovpålagt ansvar etter barnevernloven å drive forebyggende arbeid blant barn og unge, jf. barnevernloven § 3-1. I praksis er det kommunene selv som må ta stilling til om det er behov for en slik tjeneste i den enkelte kommune, f.eks. som ledd i det forebyggende arbeidet, og om de har mulighet til å priori-

tere det. Ikke overraskende er det først og fremst i de større bykommunene, og ellers i bynære strøk, man finner utekontakter.

Utekontaktene har i stor grad kontakt med ungdom i alderen 13 – 19 år. Utekontaktene kan i en del tilfeller være den første offentlige instansen utenom skolene som fanger opp at en elev har sluttet, f.eks. i den videregående skolen. I så måte fremstår utekontakttjenesten som en viktig samarbeidspartner for den fylkeskommunale oppfølgingstjenesten. Utekontaktene vil ofte være den instans som kjenner eller har et visst kjennskap til ungdommene og det lokale ungdomsmiljøet fra før, og som dermed er i best posisjon til å etablere kontakt med dem som dropper ut av skolen. Oppfølgingstjenesten i Asker og Bærum har opplyst at de anser utekontaktene i de to kommunene som sin viktigste kommunale samarbeidspartner i arbeidet med å finne et godt tilbud til elever som har sluttet i den videregående skolen.

2.6.7 Fritidstilbud for barn og unge i regi av kommunene

Kommunale fritidsklubber for barn og unge, og kommunale ungdomshus, utgjør også en del av det helhetlige tjenesteapparatet for barn og unge i de kommunene slike tilbud finnes. Tjenestene bidrar, sammen med kommunenes øvrige tjenesteapparat, til å fange opp barn og unge med behov for hjelp og oppfølging. Denne typen fritidstilbud er i stor grad åpne for alle. Terskelen for å delta er lav, og det gis rom for og legges til rette for uformelt samvær mellom jevnaldrende og mellom barn, ungdom og trygge voksne på ettermiddags- og kveldstid. Slike tiltak bidrar til å redusere sosiale forskjeller, og videre til å gi utsatte grupper av barn og unge gode mestringsopplevelser og dermed økt sosial kapital.

Ifølge KOSTRA fantes det 642 kommunale fritidsklubber og 362 kommunale musikkverksteder, medieverksteder og ferieklubber i 2007²².

2.6.8 Styrket innsats overfor pasientenes barn

Barn med foreldre som er psykisk syke, rusmiddelavhengige eller har alvorlig sykdom, trenger ofte hjelp fra helsetjenesten. I dag har disse barna ingen lovfestede rettigheter. Helsehjelpen de får, er ofte tilfeldig og mangelfull.

²² Ungdoms fritidsmiljø – Ungdoms demokratiske deltakelse og innflytelse, utredning fra ekspertgruppe, rapport fra Barne- og likestillingsdepartementet (2009).

Stortinget behandlet i juni 2009 *Ot.prp. nr. 84 (2008–2009) Om lov om endringer i helsepersonell m.m.* (oppfølging av born som pårørende). Lovendringen ble vedtatt 18. juni 2009. De nye bestemmelsene skal medvirke til at mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige, alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter oppdages tidligere og at de får bedre oppfølging når foreldrene mottar helsehjelp. Helsepersonell får plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende, og helseinstitusjoner skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av barna. Det tas sikte på at lovendringen trer i kraft 1. januar 2010.

Helse- og omsorgsdepartementet etablerte Nasjonalt kompetansenettverk for forebygging og behandling av problemer hos barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre (*BarnsBeste*) i 2007. Sørlandet sykehus HF leder nettverket som skal samle, systematisere og formidle kunnskap og spre kunnskap til tjenestene. Mandatet ble i 2009 utvidet til å omfatte barn som pårørende generelt.

Som et ledd i Handlingsplanen mot fattigdom ble det bevilget 15 millioner kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett i 2007²³. Bevilgingen økte i 2008 med 5 millioner kroner til i alt 20 millioner kroner, og ble videreført i 2009.

Det er tildelt midler til forskning om behandlingsintervensjoner for å redusere skader hos fosteret av mors bruk av rusmidler under svangerskapet, utvikling av læringstilbud i helseforetakene for barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre og kompetansehevende tiltak og tiltak i regi av frivillige organisasjoner og kommuner. Helsedirektoratet har i samarbeid med Bufdir publisert en oversikt på Helsebibliotekets nettsider over screenings- og utredningsverktøy til bruk overfor barn og unge i risiko. Helsedirektoratet er tildelt midler til kompetansehevende tiltak og har fordelt 5 millioner kroner til tiltak i regi av frivillige organisasjoner og kommuner.

2.7 Sammenfatning av tilbudet til utsatte barn og unge

2.7.1 Innledning

Dette kapitlet har presentert en gjennomgang av offentlige tjenester til barn og unge som dels gjel-

²³ Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2007): Handlingsplan mot fattigdom. Vedlegg til St.prp. nr. 1 (2006–2007) – Statsbudsjettet 2007

der universelle tjenester som er tilgjengelige for alle barn og unge, og som dels gjelder barn og unge med spesielle behov. Gjennomgangen har i særlig grad vært rettet mot den delen av tilbudet som blir gitt til barn og unge med særskilte hjelpebehov.

I dette avsnittet blir det gitt en oppsummering av den sektorvise gjennomgangen tidligere i kapitlet. Det hadde vært ønskelig om en også kunne tallfeste i hvilken grad brukerne mottar mer enn én tjeneste. Slik informasjon kunne gitt innsikt i hvor omfattende behovet for samordning er mellom ulike tjenester. Slik statistikk finnes imidlertid bare i begrenset grad.

Utfordringene det offentlige hjelpeapparatet og de ulike tjenestene står overfor i forhold til dem det gjelder, er de samme uavhengig av hvor mange barn og unge som inngår i målgruppen.

Den videre oppsummeringen i avsnittet tar sikte på å belyse følgende problemstillinger:

- Hvilke problemer har barn og unge med behov for hjelp fra offentlige?
- Hvor mange mottar tjenester tilrettelagt for barn og unge med spesielle behov?
- Hvorfor øker antall brukere?
- Hvilke type tjenester er det behov for å samordne?
- Hvilke utfordringer har små kommuner når det gjelder å etablere spesialiserte tjenester til barn og unge med spesielle behov?

2.7.2 Tilbudet til utsatte barn og unge

Fire hovedproblemer

I mandatet for utredningen blir målgruppen beskrevet som barn og unge med store og sammensatte problemer, med behov for hjelp fra flere tjenester. Utvalget har tatt utgangspunkt i typiske problemer barn og unge med behov for hjelp kan ha. Tidligere i kapitlet er det gitt en omtale av tilbudet som er utviklet for å hjelpe barn og unge med følgende problemer:

- Utrygge oppvekstvilkår
- Psykiske vansker
- Lærevansker
- Adferdsvansker

Psykososiale vansker er et begrep som er mye brukt både av ansatte i tjenestene og av fagfolk for øvrig. Ofte blir begrepet brukt uten at det er nærmere definert, og definisjonene som blir brukt er ikke alltid de samme. I Kvello (2008)²⁴ blir *psykososiale*

vansker definert som en sammenslåing av psykiske og sosiale vansker. Det blir sagt at omtrent en tredjedel av barn og unge med psykososiale vansker primært har sosiale vansker. Like mange har primært emosjonelle vansker, og ytterligere en tredjedel har en kombinasjon av disse to vanskene. Begrepet psykososiale vansker er med andre ord en kombinasjon av ulike problemer som i stor grad dekkes av kategoriene over.

Begrepet lærevansker benyttes om barn som har vansker forbundet med aldersforventet læring og utvikling, uavhengig av årsak eller av kognitiv nivå. Begrepet adferdsvansker benyttes om barn som har uønsket adferd, uavhengig av årsak. Adferdsvanskene kan i mange tilfeller være en følgetilstand av kognitiv svikt, utrygge oppvekstvilkår eller et resultat av påført eller ervervet skade. Det vil følgelig være glidende overganger mellom hovedkategoriene.

Barneverntjenester blir gitt til dem med utrygge oppvekstvilkår og adferdsvansker, helse-tjenester til dem med psykiske problemer, spesialpedagogiske tjenester til dem med lærevansker og adferdsvansker, og kriminalomsorg for dem som har begått uønsket adferd i form av kriminelle handlinger.

I mandatet slås det fast at målgruppen er de med sammensatte problemer, med behov for flere tjenester. I praksis vil da ofte barn og unge ikke bare ha ett, men flere av problemene nevnt over. For eksempel har barn med tiltak fra barnevernet oftere psykiske problemer og lærevansker enn andre barn. Et godt tilbud til disse barna er dermed avhengig av godt samarbeid mellom ulike instanser.

Videre er det av betydning at de andre tjenestene, som helsestasjon, barnehage og skole, bidrar til å oppdage og løse disse utfordringene. Dette er tjenesteområder som når de aller fleste barn og unge. Barnehage og skole fremstår dessuten som helt sentrale arenaer i livet til barn og unge, der livet leves, som flere har uttrykt det.

Det er utviklet spesialiserte tjenester for å hjelpe barn og unge som har disse problemene og det gjennomføres tiltak som kan bidra til å forebygge utvikling av problemene.

Antall brukere

Det finnes god statistikk for den spesialiserte delen av tilbudet, f.eks. over antall brukere som mottar tilbudet, nivået på utgiftene, antall ansatte, og hvilken utdanning disse har. Tiltakene som inngår som en del av tilbudet som blir gitt alle, er ikke like godt beskrevet i statistikken. En viktig grunn

²⁴ Kvello, Ø. (2008): Oppvekst. Om barns utvikling og oppvekstmiljø.

til dette er at disse tiltakene i stor grad inngår som en integrert del av den ordinære virksomheten.

Antall brukere av ulike deler av det spesialiserte tilbudet er vist i figur 2.9.

Figuren illustrerer følgende:

- *Barnevern:* Av de rundt 40 000 barn og ungdommer som mottar tiltak, har rundt 82 prosent tiltak i hjemmet og 18 prosent er under omsorg fra barnevernet (fosterhjem, barneverninstitusjoner mv.).
- *Psykiske problemer:* Det er flere som får tjenester fra spesialisthelsetjenesten (49 000) enn som får tjenester fra kommunen (40 000).
- *Lærevansker:* Det er rundt 45 000 barn og ungdommer som får spesialundervisning. De aller fleste av disse har vært utredet av PP-tjenesten. I tillegg tilbyr Statped tjenester til et lite antall elever (ikke vist i figuren).

Så langt har fremstillingen fokusert på hvor mange brukere som får ulike deler av det spesialiserte tilbudet. Det finnes dessverre ikke pålitelige oversikter over hvor mange som over tid mottar tjenester fra flere instanser i parallelle behandlingsforløp. Utvalget vet derfor ikke hvor mange det er som får et spesialisert og samlet tilbud.

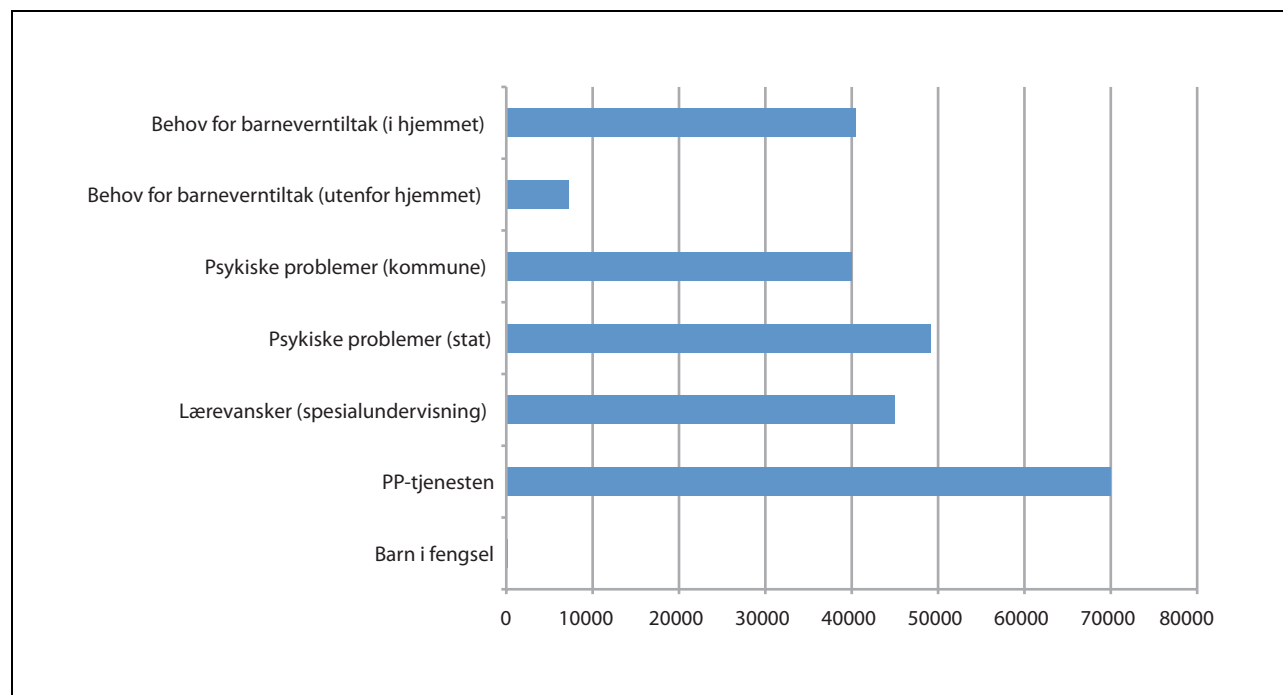
Det har vært en markant økning i den spesialiserte delen av tilbudet de siste årene:

- Antall barn og unge med barneverntiltak har økt fra knapt 30 000 til rundt 40 000 i løpet av ti år. I samme periode har antall barn under 18 år økt med 8 prosent.
- Antall barn og unge med tilbud fra det psykiske helsevernet har økt fra 20 000 til rundt 50 000 i løpet av ti år. Det har også vært en markant økning i antall brukere av kommunalt psykisk helsearbeid.
- Antall elever med spesialundervisning i grunnskolen har økt fra rundt 30 000 til rundt 45 000 i løpet av femten år. Antall barn mellom 6 og 15 år har økt med 16 prosent i denne perioden.

På alle de tre områdene har det vært en langtfølgelig økning i antallet brukere enn veksten i antall barn skulle tilsi. En forklaring er at denne delen av tilbudet har blitt bygget ut. Innen psykisk helse har Opptrappingsplanen nettopp hatt som målsetting at tilbudet skal bygges ut. Videre blir det hevdet at det har vært en tendens til at saker i økende grad blir meldt til barnevernet. Det er også mulig økningen i antall elever kan forklares med endringer i det spesialpedagogiske tilbudet.

Det kan også være at den kraftige økningen er et uttrykk for at omfanget av problemer for barn og unge øker.

Uansett årsak er det flere barn og unge med problemer som får tilbud om hjelp. Konsekvensen



Figur 2.9 Antall brukere som mottar spesialiserte tilbud.

Kilde: Statistikk lagt frem tidligere i kapitlet. Det er vanskelig å finne presise tall for antall brukere av PP-tjenesten. Dette er basert på et anslag.

er at behovet for koordinering av tjenester har økt vesentlig.

Behovet for samordning

Det er et behov for samordning blant annet innenfor følgende tjenesteområder:

- *Barneverntjenester:* Kommunale og statlige myndigheter har et delt ansvar for dem som er under omsorg av barnevernet. For disse er det viktig at samordningen ivaretas gjennom kontakten det kommunale barnevernet har med de 27 fagteamene i Bufetat. Noen barn med barneverntiltak kan ha lærevansker, og noen kan ha psykiske problemer. Det er viktig at disse barna får et tilbud som kan redusere disse problemene, og at det samlede tilbudet er samordnet.
- *Helsetjenester:* For barn og unge med psykiske problemer, og for barn med behov for habiliteringstiltak, er det viktig at de kommunale tjenestene er godt samordnet med tilbudet om spesialisthelsetjenester i regi av helseforetakene. En bedre samordning av helsetjenestene har vært på dagsorden i en årrekke, og er blitt dagsaktuelt gjennom regjeringens fremlegging av St.meld. nr. 47 (2008–2009) i juni 2009, kjent som «*Samhandlingsreformen*» og med undertittelen «*Rett behandling – på rett sted – til rett tid*». Videre er det en utfordring å sikre god samordning med barneverntjenestene og de pedagogiske tjenestene.
- *Pedagogiske tjenester:* Nær 90 prosent av barn mellom 1 og 6 går i barnehage, og alle barn mellom 6 og 15 år har både rett og plikt til å gå på skole. Noen av disse barna får spesialpedagogiske tjenester. Sentrale utfordringer er å sikre god samordning mellom ulike kommunale tjenester, og å finne en god balanse mellom forebyggende tiltak og spesialiserte tilbud til dem med lærevansker. Videre er det en utfordring å sikre god samordning med barneverntjenestene og helsetjenestene, herunder habilitering og rehabilitering.

I denne forenklete oversikten er ikke sosiale tjenester tatt med, og heller ikke tilbudet gitt av politi og justissektoren.

Konklusjonen er at det er en utfordring å sikre samordning mellom helsetjenester, barneverntjenester, pedagogiske tjenester samt med andre instanser som tilbyr tjenester til barn og unge. For helsetjenester og barneverntjenester er det viktig med god samordning av tilbudet som gis henholdsvis av kommunale og statlige myndigheter. For de

pedagogiske tjenestene er den viktigste utfordringen å sikre samordning av ulike deler av det kommunale tilbudet, samt med Statped.

I kapittel tre blir det gitt en gjennomgang med dokumenterte erfaringer med samarbeid og samordning mellom de ulike deltjenestene.

Utfordring i små kommuner

Mange av tjenestene til utsatte barn og unge er relativt spesialiserte tjenester. I kommuner med få brukere kan det være en utfordring å få gitt et fullgodt tilbud. Situasjonen i disse kommunene blir belyst med utgangspunkt i antall ansatte i de ulike deltjenestene:

- I det kommunale barnevernet er det 2 400 stillinger. Det er 81 kommuner som har én eller mindre enn én ansatt, og 161 kommuner som har to eller færre enn to ansatte.
- Det er registrert rundt 1 900 årsverk i PP-tjenesten som omfatter rundt 200 psykologer, 1 550 andre fagårsverk, og 150 merkantilt ansatte. En fjerdedel av kontorene har færre enn tre stillinger. Det er rundt 300 kommuner som ikke har ansatt psykolog. Blant de rundt 125 kommunene som har psykolog, har omtrent halvparten tilsatt psykologen i en stilling som utgjør mindre enn ett årsverk.
- Gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse ble det etablert rundt 1 300 nye årsverk i tiltak rettet mot barn og unge. Disse årsverkene inngår som en del av de samlede årsverkene som brukes på psykisk helse, anslått til 12 000 årsverk. Det betyr at psykisk helse samlet har større fagmiljøer enn barnevernet og PP-tjenesten. Men også innen psykisk helse er det en utfordring for små kommuner å yte spesialiserte deler av dette tilbudet.

2.7.3 Oppsummering

Konklusjonene i dette avsnittet er som følger:

- Hovedproblemene til utsatte barn og unge er utrygge oppvekstvilkår, psykiske vansker, lærevansker, og adferdsvansker. Offentlige tjenester til denne gruppen skal gi den enkelte bruker et godt tilbud og samtidig bidra til å forebygge og redusere omfanget av disse problemene.
- De siste ti årene har antall brukere av tiltak fra barnevernet, psykiske helsetjenester og spesialundervisning økt med minst 35 prosent. Det er flere barn og unge med problemer som får et tilbud, og behovet for koordinering av tjenester har økt.

- Det finnes ikke pålitelige oversikter over hvor mange som over tid mottar tjenester fra flere instanser
- Det er en utfordring å sikre samordning mellom helsetjenester, barneverntjenester, pedagogiske tjenester og andre som tilbyr tjenester til barn og unge. For helsetjenester og barneverntjenester er det viktig med god samordning av tilbudet gitt av kommunale og statlige myndigheter. For de pedagogiske tjenestene er det sentralt å sikre samordning av ulike deler av det kommunale tilbudet, samt med Statped.
- Det er flere med psykiske problemer som får tilbud i spesialisthelsetjenesten enn i kommunen.
- I de minste kommunene er det ikke nok brukere av barneverntjenesten og PP-tjenesten til at det kan etableres robuste fagmiljøer innen disse tjenestene. For små kommuner er det også en utfordring å yte spesialiserte deler av tilbudet innen psykisk helse.
- Selv om hverken utekontaktjeneste eller fritidsklubber for barn og unge er lovpålagte tjenester, representerer disse tjenestene et viktig tilbud for mange barn og unge.

Kapittel 3

Beskrivelse av samhandling om tjenester for utsatte barn og unge

3.1 Innledning

I dette kapitlet oppsummeres erfaringer med samarbeid basert på hva forskningen sier om dette. Gjennomgangen omfatter en beskrivelse av hvilke instanser som samarbeider, omfanget av samarbeidet mellom de ulike instansene, og hvordan kvaliteten av samarbeidet blir vurdert. Deretter blir det pekt på faktorer som hemmer og fremmer samarbeid som gjelder på tvers av de ulike tjenestene. Sentrale temaer som blir berørt er styring, ledelse og rutiner, finansiering av tjenestene og kunnskap og kompetanse.

3.2 Erfaringer med samarbeid og samordning

3.2.1 Innledning

Gjennomgangen i dette avsnittet er organisert etter hvilke type problemer brukere som trenger et samordnet tilbud, har, jf. omtalen i forrige kapittel.

Det er noe ulikt hvor godt de ulike samarbeidsrelasjonene er studert. Omfanget av beskrivelsen er preget av hva som finnes av skriftlig dokumentasjon om dette. Samhandlingen mellom justissektoren og de øvrige tjenestene er noe dårligere dekket enn de andre samarbeidsrelasjonene. Dette betyr imidlertid ikke at utvalget har vurdert samarbeidet mellom politi og barneverntjenesten og samarbeid

det mellom politi og skole, for å ta to eksempler, som mindre viktig for målgruppen enn f.eks. samhandlingen mellom barneverntjenesten og det psykiske helsevernet for barn og unge.

Ikke alle studiene er nødvendigvis representative for hele landet. For de ulike studiene er det derfor gitt en kort omtale av hvordan informasjonen er samlet inn.

3.2.2 Samordning av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer

I dette avsnittet blir det gitt en beskrivelse av hvordan kommunene har valgt å organisere tilbudet til barn og unge med psykiske vansker. Det blir også gitt en omtale av hvordan brukerne opplever samhandlingen mellom ulike kommunale tjenester og mellom kommunale og statlige helsetjenester.

Kommunal organisering

72 prosent av kommunene har etablert en egen enhet med hovedansvar for psykisk helse, jf. tabellen under. Det er mest vanlig at denne enheten er organisert innenfor en etablert enhet, og da ofte i tilknytning til helsestasjonstjeneste eller andre helsetjenester. Tilbudet til voksne med psykiske problemer er vanligvis plassert hos pleie- og omsorgstjenestene.

I 2005 hadde 57 prosent av kommunene ansatt en egen koordinator for å samordne kommunens

Tabell 3.1 Organisering av psykisk helsetjenester for barn og unge 2005. N = 254.

Hovedansvar for psykisk helse	Prosent
I alt	100
Egen enhet for psykisk helse	10
Egen enhet innenfor en etablert enhet	62
I stab hos rådmann eller helse- og sosialsjef	2
Integrert i mer enn en tjeneste	21
Ingen konkret modell eller ubesvart	5

Kilde: Myrvold (2006)

arbeid med psykisk helse på systemnivå. Det var mest vanlig at koordinatoren arbeidet med samordning av tilbudet til alle aldersgrupper, men 10 prosent av kommunene hadde egne koordinatorene som bare arbeidet med tilbudet til barn og unge. 46 prosent av kommunene hadde etablert tverrfaglige team for barn og unge med psykiske problemer. Rundt 60 prosent av kommunene hadde etablert et formalisert samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og det psykiske helsevernet for barn og unge.

To kommunale tjenesters erfaringer med samordning av tilbudet til enkeltbrukere

Tilbudet gitt av helsestasjons- og skolehelsetjenesten og PP-tjenesten til barn og unge med psykiske problemer er evaluert i Andersson mfl. (2008)¹. Evalueringen bygger på en kartlegging av situasjonen i 2002, 2004 og 2007 i rundt 50 kommuner. Resultatene fra evalueringen blir omtalt i det følgende.

Som en del av Opptappingsplanen for psykisk helse har det vært en betydelig styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten i de kartlagte kommunene, og det er ansatt flere med kompetanse innen psykososialt arbeid og familieveiledning. Samtidig har det vært en kraftig økning av antall brukere, og flere tjenester opplever betyde-

lige problemer med for liten kapasitet. I 2007 deltok rundt halvparten av disse tjenestene i fagnettverksgrupper eller tverrfaglige grupper. Omfanget av samarbeidet ser ut til å ha økt i perioden fra 2004 til 2007.

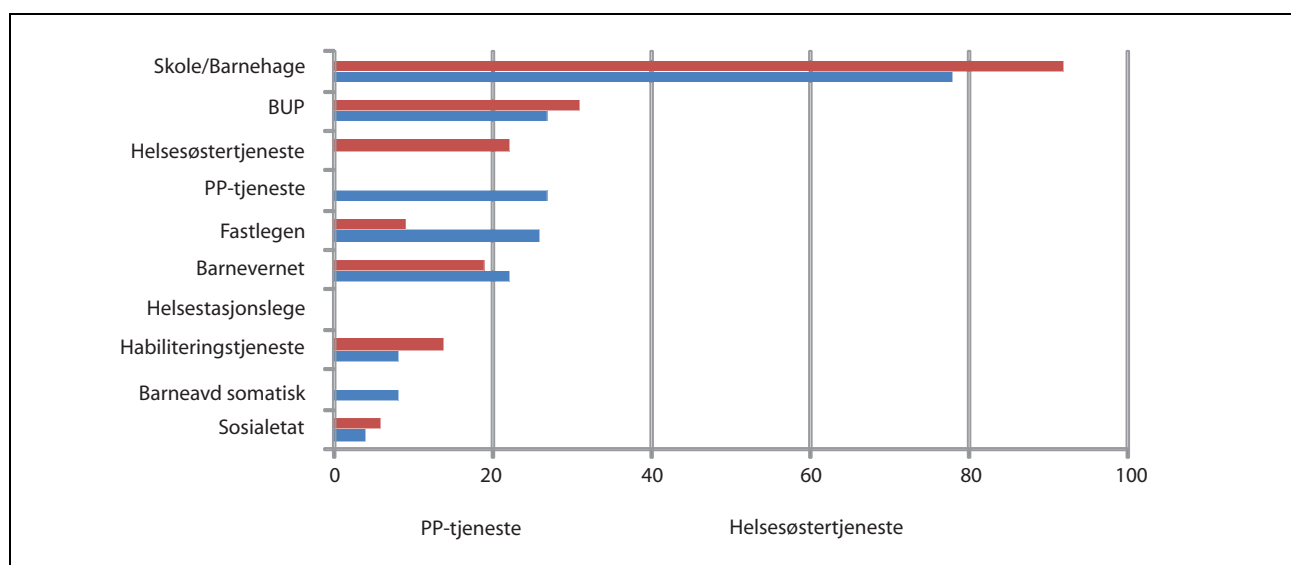
De fleste PP-kontorene i undersøkelsen er ikke styrket med midler fra Opptappingsplanen. Studien konkluderer med at kontorene har tverrfaglig bemanning og god kompetanse. Likevel rapporteres det om betydelige kapasitetsproblemer. PP-tjenesten har hyppigst etablert et formalisert samarbeid med det psykiske helsevernet for barn og unge, men samarbeider også mye med helsesøstertjenesten og barnevernet.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten hadde samarbeid med andre instanser for 71 prosent av dem som hadde psykiske vansker. I 2007 hadde 79 prosent av brukerne ved PP-tjenesten psykiske vansker, og av disse hadde rundt en fjerdedel alvorlige problemer/lidelser. PP-tjenesten samarbeidet med andre instanser i 85 prosent av sakene. For både helsetjenesten og PP-tjenesten var skole/barnehage og BUP² de instansene de oftest samarbeidet med om disse barna, jf. figur 3.1.

Helsesøster opplevde at samarbeidet fungerte godt eller veldig godt for 69 prosent av barna i 2007. Samarbeidet fungerte best med skole/barnehage og svakest med fastlegen.

1 Andersson, Helle og Sissel Steihaug (2008): Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske problemer. Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse SINTEF helse.

2 Forkortelsen BUP, slik den brukes i denne sammenhengen (se figur 3.1), refererer til barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og til de ambulante enhetene/teamene innen det psykiske helsevernet for barn og unge.



Figur 3.1 Andel barn i PP-tjenesten i 2007 med psykiske vansker som hadde kontakt med andre instanser (N = 1994) og helsesøstertjenesten (N = 756).

Kilde: Anderson og Steihaug (2008)

PP-tjenesten opplevde at samarbeidet fungerte godt eller veldig godt for 74 prosent av barna i 2007. Igjen fungerte samarbeidet best med skole/barnehage og svakest med fastlegen.

De to tjenestene har i stor grad oppgitt de samme årsakene til at samarbeidet ikke fungerer som ønsket: For få møtepunkter, uenighet om tiltak, og ansvarsforskyvning.

Brukernes erfaringer med samordning

Sitter (2008)³ har evaluert tilbudet fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten og PP-tjenesten til barn og unge med psykiske vansker. Evalueringen bygger på en kartlegging av situasjonen i 2004 og 2007 i rundt 60 kommuner. Resultatene viser at barn og unge opplever god tilgjengelighet til helsestasjonstjenester, men også at ungdom ønsker hyppigere kontakt og mer tid. Rundt en tredjedel av brukere med psykiske vansker opplever for lang ventetid til PP-tjenesten.

Brukerne opplever at helsestasjonen og PP-tjenesten i stor grad viser omtanke og forståelse for deres situasjon. Brukerne blir hørt og tatt på alvor, og forholdet mellom bruker og tjenesteyter er preget av tillitt. Tilfredsheten for brukere med psykiske vansker er omtrent på linje med tilfredsheten for andre brukere av disse tjenestene. Foresatte opplever at de har mulighet til å påvirke tjenestenes beslutninger, og at de betraktes som en sentral samarbeidspartner.

Brukerne har med andre ord rapportert stor grad av tilfredshet med den enkelte tjeneste. De er imidlertid langt mindre fornøyd med samordningen av de ulike tilbudene. Brukere som mottar tilbud fra flere tjenester, rapporterer om relativt lav tilfredshet med samordningen av tjenestene, informasjonsutvekslingen og avklaring av ansvarsforhold mellom tjenestene. Bare rundt halvparten av brukerne svarte at de var tilfredse.

Som en del av evalueringen er det i undersøkelsen gjennomført regresjonsanalyser for å finne frem til forhold som kan forklare forskjeller i brukernes tilfredshet. Disse analysene dokumenterer at bruk av individuell plan bidrar til at barn og foreldre blir mer tilfredse med samordningen av tjenestene. Det gjelder både avklaring av ansvar og utveksling av informasjon.

Analysene viser også at brukere som bor i kommuner som de siste årene har rekruttert fagperso-

nell med psykososial kompetanse, er mer tilfredse enn brukere bosatt i kommuner som ikke har rekruttert slik kompetanse.

Brukere i kommuner med færre enn 6 000 innbyggere er mer tilfredse med samhandlingen mellom tjenestene enn brukere i større kommuner. Det antas at dette skyldes at det er mer kontakt mellom tjenesteutøverne i mindre kommuner, og at samarbeidet derfor blir lettere å håndtere. I evalueringen er det også vist til to tidligere studier som har vist at det tverrfaglige samarbeidet om barn og unge med psykiske vansker fungerer bedre i mindre enn i større kommuner.

Helsetilsynet peker på at utsatte barn i små og oversiktlige kommuner kan følges opp uten særskilt tilrettelegging fra ledelsens side. Det konkluderes imidlertid med at dette er en usikker og sårbar måte å organisere samarbeid på. Tilsynet har funnet at mangel på tilrettelegging av samarbeid er vanlig også i små kommuner⁴.

Samhandlingen mellom det psykiske helsevernet for barn og unge og kommunale tjenester

I Andersson og Norvoll (2006)⁵ er det foretatt en kartlegging av samhandlingen mellom det psykiske helsevernet for barn og unge og kommunale tjenester om henvisning og epikrise. Undersøkelsen er basert på kvantitative kartlegginger og intervjuer i tre kommuner.

Det er fastlegen som oftest er registrert som henviser (58 prosent av sakene), fulgt av helsestasjonen og skolehelsetjenesten (14 prosent), og barnevernet (12 prosent). I tillegg er ofte skole, barnehage og PP-tjenesten medvirkende instanser i utredningen og henvisningen. Det psykiske helsevernet for barn og unge aksepterte inntak i 88 prosent av sakene som ble henvist.

En kvantitativ kartlegging avdekket store forskjeller i kvaliteten på utfylling av henvisningsskjemaet. Utfordringene ser særlig ut til å gjelde beskrivelse av tidligere tiltak og vurderinger av hva det psykiske helsevernet kan bidra med. For disse forholdene ble det vurdert at henholdsvis 45 og 25 prosent av skjemaene hadde dårlig eller svært dårlig kvalitet.

Analysen viser at kvaliteten på henvisningene fra fastlegen blir vurdert som dårligere enn henvisningene fra PP-tjenesten og barnevernet. Det kommer frem at fastlegen i mange tilfelle har foretatt en

3 Marit Sitter (2008): Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker. Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse SINTEF helse.

4 Rapport fra Helsetilsynet 5/2009: Utsatte barn og unge – behov for bedre samarbeid, side 12.

5 Helle Wessel Andersson og Reidun Norvoll (2006): Samhandling mellom kommunale tjenester og BUP – kvalitet i henvisningen i epikrisen. SINTEF helse

direkte henvisning til det psykiske helsevernet uten at andre instanser er inne i bildet. Videre avdekker analysen at kvaliteten på henvisningen øker når flere instanser har vært involvert.

Informantene i undersøkelsen har pekt på at det er behov for å forbedre de formelle og uformelle rutinene for samarbeid om utredning og henvisning både internt i kommunen og mellom kommunen og det psykiske helsevernet. Bedre rutiner vil kunne bidra til å redusere henvisningstiden, og videre til at en kan unngå unødvendige henvisninger.

Det synes å være mindre bevissthet rundt den skriftlige informasjonen fra det psykiske helsevernet enn til helsevernet. Informanter fra det kommunale fagmiljøet mener at epikrisen er nyttig fordi den skal gi råd og veiledning om oppfølgings tiltak. I intervjuene kommer det også frem at epikrisene kan variere fra å være svært gode til å være svært mangelfulle. Innholdet er ofte tilfeldig, og det er ikke uvanlig at relevante opplysninger mangler. Fra de kommunale tjenestene er det et ønske om at den skriftlige tilbakemeldingen fra det psykiske helsevernet må bli bedre, først og fremst for å øke kvaliteten på oppfølgingen fra kommunens side.

3.2.3 Samordning av tilbudet til barn med behov for barneverntjenester

Samordning mellom barnevern og andre instanser

Lichtwarck og Horverak (2003) har belyst samarbeidet mellom barnevernet og andre instanser i Rana kommune. Informanter fra skole og politi har pekt på at en klar ansvars- og arbeidsdeling bidrar til et godt samarbeid mellom de ulike tjenestene. Informanter fra barnehagen er ikke like fornøyde, og savner en avklaring om hva som er barnehagens ansvar. Disse informantene mener at det er for tette skott mellom tjenestene, og at dette har ført til at det er vanskelig å ta viktige beslutninger.

Samordning mellom statlig og kommunalt barnevern

I Trondheim er det gjort forsøk med at kommunen overtok ansvaret for det statlige barnevernet. Forsøket varte fra begynnelsen av 2004 til utgangen av første halvår 2008, og ble evaluert i Agenda (2006)⁶. Forsøket ble satt i gang samtidig med at Trondheim kommune etablerte en ny helhetlig

barne- og familietjeneste, som omfatter barnevern, sosiale tjenester, PP-tjenesten og helsetjenester for barn og unge.

I evalueringen fremkommer det at kommunen mener at omorganiseringen til en helhetlig barne- og familietjeneste har gitt bredere fagmiljøer og mer integrerte behandlingsforløp for den enkelte og for familien. Bufetat vurderte kommunens fagmiljø som sterkt, og som et potensielt «*lokomotiv*» for fagutviklingen i hele regionen. Motforestillingen fra Bufetat var at forsøket reduserte ressursgrunlaget for det statlige barnevernet, noe som kunne gå ut over muligheten til å bygge opp et sterkt fagmiljø i Bufetat. Fra 1. juli 2008 overtok staten ansvaret, slik at det nå bare er i Oslo at kommunen har et helhetlig ansvar innen barnevernet.

Samarbeid mellom kommunalt barnevern og det psykiske helsevernet for barn og unge

Det psykiske helsevernet for barn og unge fremstår som en viktig samarbeidspartner for det kommunale barnevernet. Samarbeidet mellom de to tjenestene er evaluert i Kristofersen (2007)⁷, som har foretatt kvalitative intervjuer i 2002 og 2005 av ledere og ansatte i barnevernet og BUP i seks kommuner.

Studien peker på at det er tendenser til at kommunikasjonen og samarbeidet mellom tjenestene er bedret fra 2002 til 2005. Et interessant funn er at ansatte som hadde erfaring fra eget arbeid i den andre hjelpetjenesten fra før, samarbeidet og kommuniserte vesentlig bedre med den andre tjenesten enn sine kolleger. Barnevernlederne syntes gjennomgående at det var blitt noe lettere å få hjelp på dagtid. Samtidig viste studien at begge tjenestene hadde en del kritiske kommentarer. Informanter fra poliklinikkene i det psykiske helsevernet for barn og unge rapporterte å ha opplevd at barneverntjenesten og andre tjenester ofte trakk seg ut i saker hvor poliklinikkene var involvert. Flere barnevernlederne ga uttrykk for at de kunne nå raskt frem overfor poliklinikkene i akutsaker, men at denne tjenesten var vanskelig tilgjengelig i mindre akutte saker. I saker hvor det var behov for øyeblikkelig hjelp utenom ordinær arbeidstid, og hvor barnevernleder kunne være involvert sammen med politi, barnevernvakt eller «*somatisk*» legevakt, savnet flere barnevernledere bedre muligheter til å kunne få psykisk helsehjelp til barnet/ungdommen.

⁶ Agenda (2006): Forsøk med differensiert oppgavefordeling. Evaluering av kommuneforsøkene. Utført på oppdrag av Kommunal- og regionaldepartementet

⁷ Kristofersen, Lars (2007): Tilgjengelighet og samarbeid: mer fleksible hjelpetjenester. Opptrappingsplanen for psykisk helse, BUP og barnevern. Rapport fra NIBR

Brukerne og brukerorganisasjoner har opplevd at samarbeidet ikke alltid fungerer godt nok. Advokat Tore Roald Riedl⁸ har skrevet om slike opplevelser på bakgrunn av erfaring fra sin praksis samt sitt kjennskap til psykisk helsevernloven.

Riedl har sett eksempler på at barn ikke mottar tilstrekkelig helsehjelp fra det psykiske helsevernet for barn og unge fordi barnevernet er inne i bildet. Dette gjelder både tilbud om helsetjenester og nødvendig samarbeid. Konsekvensen er at barnevernet får økte utfordringer med disse barna samtidig som de ansatte ikke har den nødvendige helsefaglige kompetansen til å gi et godt tilbud til dem. Mangel på tilbud kan føre til en økt fare for kriser i hjemmet. Det kan være starten på en runddans mellom tjenestene som kan fremstå u håndterlig både for foreldrene og for barnevernet. Boksen under viser et eksempel på en slik situasjon.

Riedl har erfart at mangel på tilbud om tjenester fra det psykiske helsevernet for barn og unge fører til at barnevernet i større grad tilbyr slike tjenester i egen regi. Eksempelvis har enkelte private barnevernsinstitusjoner ansatt miljøpersonale med erfaring fra det psykiske helsevernet, som overfører erfaringer og miljøterapeutiske prinsipper fra det psykiske helsevernet til det miljøterapeutiske arbeidet ved barnevernsinstitusjonen.

Boks 3.1 Eksempel på samordning barnevern og BUP

Gutt 9 år. Adoptert til Norge 4 år gml. Bodd på barnehjem i opphavslandet. Utviklet psykiske vansker etter ankomst Norge. Foreldre oppsøker BUP, barnet blir utredet og diagnostisert med alvorlige psykiske vansker. BUP sender melding til barnevernet om at barnet må ha tiltak i hjemmet. Barnevernet henlegger saken under henvisning til at foreldrenes omsorgskompetanse er god nok, og henviser saken til sosialtjenesten. Gutten får støttekontakt fra sosialtjenesten og poliklinisk oppfølging fra BUP. Denne situasjonen varer 13 måneder. Mange krisesituasjoner i form av utageringer i hjemmet hvor barnevernvakten må avverge krisene. De stadige akutte situasjonene medfører akutt plassering i barneverninstitusjon, da BUP – poliklinikken ikke vil anbefale døgnplass.

8 Omtalen her bygger på et notat som opprinnelig var skrevet til en arbeidsgruppe med representanter fra følgende departementer: HOD, AID, KRD og BLD.

Prioriteringsveileder skal sikre at barnevernbarn behandles som andre

Pasientrettighetsloven slår fast at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten dersom «*pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt*». Disse forholdene er utdypet i en *prioriteringsforskrift* hvor det går frem at det er et krav om forventet nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes. Alle tre vilkårene må være oppfylt for at en pasient skal ha rett til nødvendig helsehjelp.

Helsedirektoratet har utarbeidet prioriteringsveiledere innen 32 fagområder som skal bidra til at «*like*» pasienter blir vurdert likt, uansett hvor i landet de bor og uavhengig av hvilket sykehus de henvises til. De som vurderer henvisningene, skal ha en felles forståelse av lov og forskrift som regulerer pasientrettighetene.

Prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for barn og unge ble ferdig våren 2009. Et foreløpig utkast til veileder ble sendt på høring. Flere av instansene som ga innspill i høringsrunden, var opptatt av at veilederen skulle ha formuleringer som sikrer barnevernbarn og andre utsatte barn nødvendig helsehjelp.

Den nye veilederen har følgende omtale av omsorgssituasjonen:

«En sårbar omsorgssituasjon som påvirker pasientens psykiske helsetilstand negativt, vil styrke hovedvilkåret om alvorlighet. Dette skal følgelig vektlegges positivt i vurderingen av barnets/ungdommens rettighetsstatus.»

Og behovet for sårbare grupper er utdypet som følger:

«Spesialisthelsetjenesten bør sammen med førstelinjen ha spesiell oppmerksomhet overfor sårbare grupper som har økt risiko for å utvikle psykiske vansker og lidelser. Sårbarheten kan skyldes forhold ved pasienten selv, eller belastninger som barnet eller ungdommen har på grunn av forhold utenfor dem selv. For eksempel vil enkelte barn og deres familier motta tjenester fra barnevernet, og noen barn vil være under barnevernets omsorg. Barn/ungdom som har psykiske vansker og lidelser på grunn av forhold i barnets/ungdommens nære omgivelser kan ha stort behov for og nytte av helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Helsehjelpen som ytes må tilpasses barnets/ungdommens livssituasjon. Barnas/ungdommens samlede situasjon vil kunne kreve koordinert innsats fra spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten, barnevern og skole/barnehage.»

3.2.4 Samordning av tilbudet til barn med lærevansker

Midtlyngutvalget, oppnevnt av Kunnskapsdepartementet i 2007, fikk i oppdrag å legge frem «konkrete forslag til bedre organisering og effektiv ressursbruk for en fremtidig helhetlig tiltakskjede for barn, unge og voksne med behov for spesialpedagogisk hjelp». Utvalget la frem sin utredning⁹ i juli 2009. Til sammen presenterte utvalget omkring 60 forslag. Flere av disse har berøringsflater til dette utvalgets mandat.

Blant forslagene nevnes¹⁰:

Tettere oppfølging

- Barnehage- og skoleeiere får plikt til kontinuerlig og systematisk oppfølging av barns og elevs utvikling, læring, og læringsmiljø.
- Barnehage- og skoleeiere forsterker rutinene for overganger og samarbeid mellom barnehage, skoler, og lærebedrifter.

Rett til ekstra tilrettelegging

- Retten til spesialundervisning erstattes av en rett til ekstra tilrettelegging i opplæringen. Denne retten utløses når eleven ikke har tilfredsstillende læringsutbytte, og omfatter personellressurser, materielle ressurser, og organisatoriske tiltak.

Mer fleksible opplæringsløp

- Alle elever i yrkesfaglige utdanningsprogrammer får tilbud om et 2+2-løp uavhengig av om de får læreplass eller ikke.
- Elever som ved overgang fra grunnskole til videregående opplæring ikke har forutsetninger for studie- eller yrkeskompetanse, skal tilbys et individuelt tilpasset opplæringsløp med avvik fra læreplanen.

Tverrfaglig og tverretattlig samarbeid

- Bestemmelsene i dagens særlover om individuell plan harmoniseres og presiseres i de aktuelle lovverkene.
- Kommunene, fylkeskommunene og NAV inngår forpliktende samarbeidsavtaler for å sikre at all ungdom er i arbeid eller utdanning.
- Det oppfordres til mer aktiv bruk av informert samtykke.

- Det innføres en rett til én tjenesteyter (personlig koordinator) ved behov for langvarige og koordinerte tjenester.
- PP-tjenesten får selvstendig henvisningsrett til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) og barnehabiliteringstjenesten (HABU).
- Det legges til rette for økt samarbeid mellom PP-tjenesten og Oppfølgingstjenesten.
- Det iverksettes tiltak for at barn under barnevernets omsorg / i barnevernets tiltak får oppfylt sine rettigheter etter barnehageloven og opplæringsloven.

Kompetanse på alle nivåer

- Samarbeids- og koordineringskompetanse og kunnskap om andre yrkesgrupper det er aktuelt å samarbeide med, sikres bedre i pedagogiske og helse- og sosialfaglige yrkesutdanninger.

Kunnskapsdepartementet sendte NOU 2009:18 på bred høring i juli 2009. Høringsfristen var 27. november 2009. Dermed er det ikke avklart hvor mange og hvilke av forslagene som vil bli fulgt opp idet denne utredningen legges frem.

Foreldrenes og skolens kontakt med ulike instanser

Skårbrevik (1996)¹¹ gjennomførte i 1996 en landsomfattende utvalgsundersøkelse blant elever som fikk spesialpedagogiske tjenester som er referert i St.meld. nr. 23 (1997–98): «Om opplæring for barn, unge og voksne med særskilte behov». I undersøkelsen er både skolen og foreldrene spurt om hvilke andre tjenester som har vært kontaktet¹². Selv om undersøkelsen er over ti år gammel, er det ikke usannsynlig at hovedtrekkene fra resultatene fortsatt er relevant. Den følgende omtalen bygger på resultatene fra undersøkelsen.

Undersøkelsen viser at PP-tjenesten har etablert kontakt med andre offentlige instanser utenom skolen for 82 prosent av barna med spesialundervisning, jf. tabell 3.2. Kontaktflaten med andre instanser er størst i førskolealderen, mens kontakten jevner seg ut og minker i skolealder.

Behovet for flere tjenester henger sammen med at det er vanlig at elever som får spesialunder-

9 NOU 2009:18 Rett til læring

10 Kilde: Kunnskapsdepartementets pressemelding i forbindelse med overleveringen av utredningen.

11 Skårbrevik (1996): Spesialpedagogikk på dagsorden. Rapport nr. 14-1996 fra Møreforskning

12 En feilkilde ved denne undersøkelsen er at mens skolene ble spurt om de hadde kontakt med sosialkontor/barnevern (som felles kategori), ble foreldrene bare spurt om de hadde kontakt med sosialkontor. Undersøkelsen gir derfor ikke svar på om og i hvilken grad foreldrene har kontakt med barneverntjenesten.

Tabell 3.2 Andel elever med spesialundervisning i 1996 hvor PP- tjenesten samarbeider over flere år med instanser utenfor skolen

Nivå	Andel elever med samarbeid med instanser utenfor skolen
I alt	82 %
Førskole ¹	93 %
1.–3. klasse	87 %
4.–6. klasse	80 %
7.–9. klasse	79 %
Videregående opplæring	72 %

¹ Undersøkelsen ble gjennomført før Reform 97, før det ble obligatorisk skolestart for alle 6-åringene.

visning, både har lærevansker og andre typer problemer. Av elevene med spesialundervisning i grunnskolen i 1996 ble to tredjedeler vurdert å ha psykososiale vansker¹³ og halvparten å ha fysiske og medisinske vansker.

Brukerne var jevnt over godt fornøyde med de enkelte tjenestene de mottok, men mindre fornøyde med systemet som helhet. Brukerne ga i noen tilfeller uttrykk for at de kjente seg som kasteballer i et komplisert og uoversiktlig system, der det var «*mange dører å banke på*».

Barnehagene og skolene hadde en gjennomgående positiv vurdering av nytten av samarbeidet med foreldrene og de mange ulike offentlige instansene.

Foreldrene hadde et enda større omfang av samarbeid eller kontakt med de ulike instansene enn skolene hadde. Særlig kontakten med de kommunale helsetjenestene ble i langt større grad ivaretatt av foreldrene enn av skolen. Foreldre til barn med moderate og store funksjonsnedsettelse hadde ofte hatt kontakt med både PP-tjenesten og en rekke andre instanser¹⁴.

13 Disse resultatene bygger på at skolen fylte ut et skjema for den enkelte elev med tre nivåer for psykososiale vansker: 1. Mindre vansker i samspill med problematiske adferdsvansker. 2. Store vansker – behandlingstrengende og 3. Svært store vansker, eksempelvis psykose.

14 Følgende instanser inngikk i kartleggingen over hvilke instanser henholdsvis skolene og foreldrene hadde kontakt med: PP-tjenesten, lege, helsesøster, fysioterapeut, logoped, syns- og/eller audiopedagog, ulike sykehusavdelinger, trygdekantor, sosialkontor, det psykiske helsevernet for barn og unge, hjelpemiddelsentralen, habiliteringstjenesten, spesialpedagogisk kompetansesenter, spesialskoler og barneverntjenesten (bare skolene ble spurt om det var kontakt med barneverntjenesten, jf. tidligere fotnote)

3.2.5 Samordning av et helhetlig tilbud til utsatte barn og unge

Helsetilsynet og Riksrevisjonen har hatt brede gjennomganger av tilbudet

Det er utført to relativt omfattende gjennomganger av tilbudet til barn og unge som trenger innsats og oppfølging fra flere tjenester på samme tid. Helsetilsynet (2009)¹⁵ dokumenterer resultatet av et tilsyn med tjenester til utsatte barn, og Riksrevisjonen (2007)¹⁶ har undersøkt tilbudet til barn og unge med psykiske problemer.

Målgruppen for undersøkelsen til *Helsetilsynet* er barn og unge som ved tilbaketrekking, utagering, rusmiddelmisbruk eller på andre måter ved sin oppførsel viser at de har behov for samordnet bistand fra tjenestene. Tilsynet er gjennomført som en systemrevisjon, og har omfattet en kartlegging av rutiner for samarbeid mellom kommunale helse-, sosial- og barneverntjenester. Det betyr at tilsynet ikke har sett på samarbeid med skolen, PP-tjenesten og det psykiske helsevernet for barn og unge. Tilsynet omfattet i alt 114 kommuner, og ble gjennomført i løpet av 2008. Det ble laget en tilsynsrapport for hver av kommunene, og en rapport som gir en samlet oppsummering av situasjonen i disse kommunene.

Målgruppen for undersøkelsen til *Riksrevisjonen* er barn og unge med psykiske problemer. Tilsynet ble gjennomført ved en gjennomgang av 220 journaler for pasienter ved 12 poliklinikker, og en spørreundersøkelse sendt til alle landets poliklinikker, og til helsestasjoner, PP-tjenesten og barnevernet i 152 kommuner.

De to undersøkelsene har med andre ord ulike målgrupper, ulike metodiske tilnærminger og ulike tjenester i fokus. Likevel er det mange av de samme temaene som blir behandlet. Resultatet av de to tilsynene blir omtalt i det følgende.

Tilrettelegging for samarbeid

Helsetilsynet hadde hovedfokus på om kommunene har en systematisk tilrettelegging av samarbeidet. Et viktig funn er at en velfungerende tilrettelegging kan ha svært ulik karakter. Eksempler på vellykket tilrettelegging er regelmessige samarbeidsmøter, bruk av ansvarsgrupper og en aktiv rapportering til et ledernivå med ansvar for tjenestene.

15 Rapport fra Helsetilsynet 5/2009: Utsatte barn – behov for bedre samarbeid

16 Riksrevisjonen (2007): Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer

Tilsynet avdekket at rundt 60 av de 114 kommunene ikke hadde lagt til rette for samarbeid eller fulgt opp planlagt samarbeid. Det pekes på at det ikke er tilstrekkelig at samarbeidsmøter er planlagt. Kommunene må også forsikre seg om at de planlagte møtene blir avholdt og at de har det forutsatte innholdet.

Det ble videre undersøkt om de 114 kommunene hadde etablert rutiner for å fange opp utsatte barn og unge til rett tid. Konklusjonen er at det i rundt to tredjedeler av kommunene er en alvorlig risiko for at barn og unge ikke fanges opp i tide. Dette har sammenheng med forhold som at helse- og sosialtjenesten melder for sent til barnevernet, men også manglende kjennskap til taushetspliktsbestemmelsene, hvor det jo kan innhentes et informert samtykke til å drøfte ellers taushetsbelagte opplysninger med samarbeidende tjenester. I tillegg er det mulig å drøfte en sak anonymt. Det meldes også om at tjenestene har manglende kjennskap til hverandre, og at det ikke er etablert rutiner ved henvisninger. Endelig er det enkelte tjenester som ikke har etablert rutiner for å vurdere om barn av voksne med psykiske lidelser og barn av rusmiddelmissbrukere trenger bistand.

Alt i alt avdekker Helsetilsynets tilsynsrapport større svikt i samhandlingen mellom de undersøkte tjenestene enn det som tidligere har vært kjent. Rapporten fikk stor oppmerksomhet da den ble publisert (mars 2009), og kan allerede ha ført til en gjennomgang og innskjerping av samhandlingsrutinene og samarbeidet i mange kommuner.

Riksrevisjonen fant at bare en tredjedel av de kommunale tjenestene oppfattet at det er en klar fordeling av ansvar mellom de kommunale tjenestene og mellom kommunen og poliklinikkene. Et eksempel som blir trukket frem, er en PP-tjeneste som «stadig opplever tilfeller der poliklinikk gjør utredninger som kommunen i stor grad kunne gjøre selv». Et annet eksempel er en poliklinikk som «får henvist en stor andel saker vedrørende konsentrasjons- og lærevansker som burde vært utredet i PP-tjenesten, eller adferdsvansker som barnevernet burde håndtere».

Riksrevisjonen undersøkte også hvordan det praktiske samarbeidet mellom poliklinikkene og de kommunale tjenestene fungerte. 34 prosent svarte at de ikke samarbeider rutinemessig med poliklinikkene. Samlet var det bare 20 prosent av tjenestene som hadde en skriftlig samarbeidsavtale med poliklinikken. Av de kommunale tjenestene var det to tredjedeler som ikke hadde en fast kontaktperson i poliklinikkene, og mer enn halvparten mottok ikke veiledning fra poliklinikken. Også Riksrevisjonens tilsynsrapport kan ha ført til

en innskjerping av rutinene for samhandling og samarbeid mellom de undersøkte tjenestene, slik at situasjonen nå, to år etter, kan være bedre.

Internkontroll

Kommunene har etter loven plikt til å følge med på at virksomheten gjennomføres som planlagt og i samsvar med regelverket. *Helsetilsynet* fant at 40 av de 114 kommunene ikke hadde avvikssystem for den type feil som kan oppstå. *Riksrevisjonen* gjennomgikk systemet for internkontroll hos 70 tjenesteytere, og fant betydelige svakheter og mangler hos 65 av disse.

Brukerundersøkelser

Riksrevisjonen fant at bare 30 prosent av de kommunale tjenestene og 60 prosent av poliklinikkene hadde gjennomført brukerundersøkelser de siste fem årene. Av disse var det rundt to tredjedeler av de kommunale tjenestene og under halvparten av poliklinikkene som brukte resultatene i sitt interne utviklingsarbeid.

Individuelle planer og tiltaksplaner

Helsetilsynet fant at rundt en tredjedel av de undersøkte kommunene ikke hadde rutiner for å utarbeide individuelle planer. Et eksempel som ble trukket frem, er en kommune som bare utarbeidet individuelle planer for utsatte barn som samtidig hadde en fysisk funksjonsnedsettelse.

Barnevernloven krever at det skal utarbeides en tiltaksplan når det fattes vedtak om hjelpetiltak til et barn. Den skal utarbeides i samarbeid med barnet og foreldrene, og den bør omfatte tjenester fra andre instanser når disse er av betydning for å nå planens mål. *Helsetilsynet* fant at utarbeidelsen av en slik plan ikke var tilfredsstillende sikret i rundt halvparten av kommunene. I 2007 hadde 41 prosent¹⁷ av barn med tiltak en slik plan.

Riksrevisjonen spurte tjenesteyterne om bruken av individuell plan. 70 prosent av de kommunale tjenesteyterne svarte at brukerne i stor grad får slik plan når de har rett til det. Det tilsvarende tallet for poliklinikkene var på 42 prosent. Gjennomgangen av journalene viste at det ble utarbeidet individuell plan i 6 av de 220 tilfellene fra 2002 til 2005. *Riksrevisjonen* konkluderte derfor med at det ikke var samsvar mellom funnene i journalen og tjenestenes egne vurderinger av hvor flinke de var til å utarbeide individuelle planer.

¹⁷ Kilde: KOSTRA

Situasjonen i små kommuner

Riksrevisjonen undersøkte om det var forskjeller i samarbeidet mellom poliklinikkene og de kommunale tjenestene i små og store kommuner. Undersøkelsen viste at egen kompetanse ofte ble oppfattet som bedre i store enn i små kommuner. Samtidig var det flere i små enn i store kommuner som fikk veiledning fra poliklinikkene, og som opplevde et godt samarbeid med disse. Riksrevisjonen konkluderte med at det kan se ut som manglende kompetanse i små kommuner til dels blir kompensert med økt veiledning fra poliklinikkene.

Konsekvenser og ansvar

Helsetilsynet avdekket brudd på regelverket som skal sikre samarbeid om tjenester til utsatte barn og unge i 90 av de 114 undersøkte kommunene. Det ble konkludert med at konsekvensen av manglende rutiner kan være at utsatte barn og unge ikke fanges opp i tide, og at det ikke skjer en helhetlig tilrettelegging av tjenestene til denne gruppen. Helsetilsynet pekte på at det er kommunens ledelse som har ansvar for å etablere systemer som fungerer for denne gruppen. Dette understreker betydningen av at ledelsen har et kontinuerlig fokus på hvordan tjenestene løser sine oppgaver, f.eks. gjennom klare rutiner for virksomhetsstyring og rapportering.

3.2.6 Tjenester som inngår i formelt og uformelt samarbeid

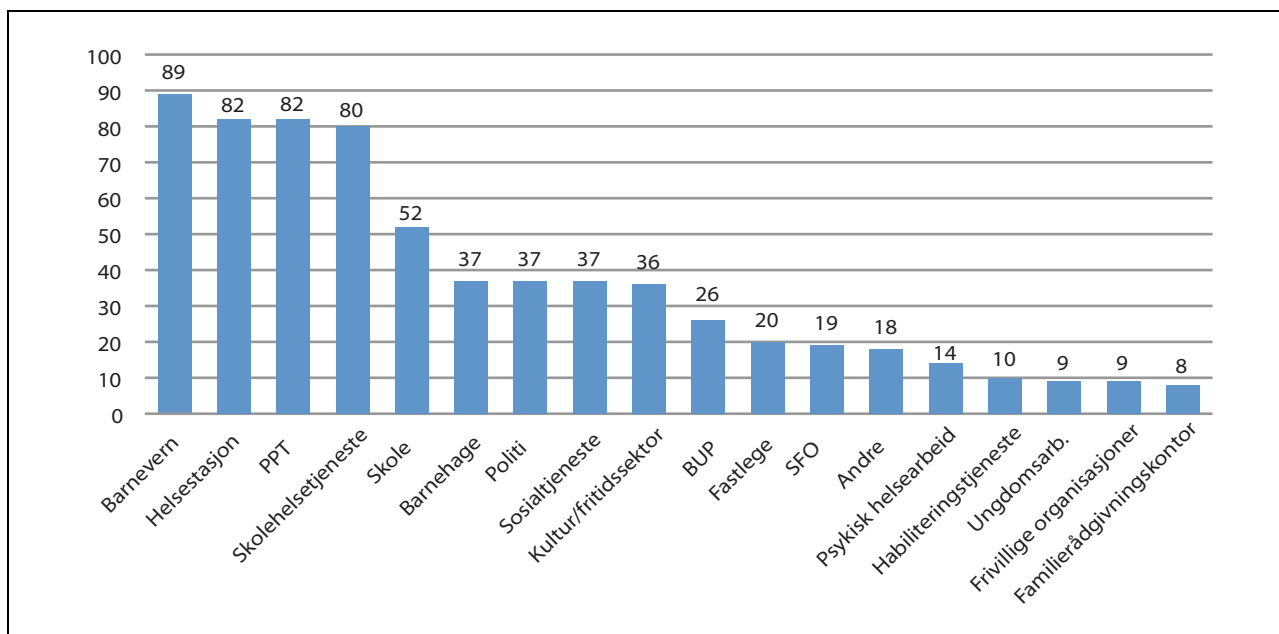
Andersson (2006)¹⁸ har kartlagt modeller for samordning av tilbudet til barn og unge og familier i 98 kommuner. 70 av kommunene hadde formalisert organiseringen av samarbeidet. De vanligste tjenestene som inngår i et slikt samarbeid er barnevernet, helsestasjonene, PP-tjenesten og skolehelsetjenesten, jf. figur 3.2.

90 kommuner oppga at de hadde uformelle samarbeidsmøter tjenestene imellom. I første rekke var det helsestasjon/helsesøster, barnevernet og PP-tjenesten som deltok i uformelt samarbeid, jf. figur 3.3.

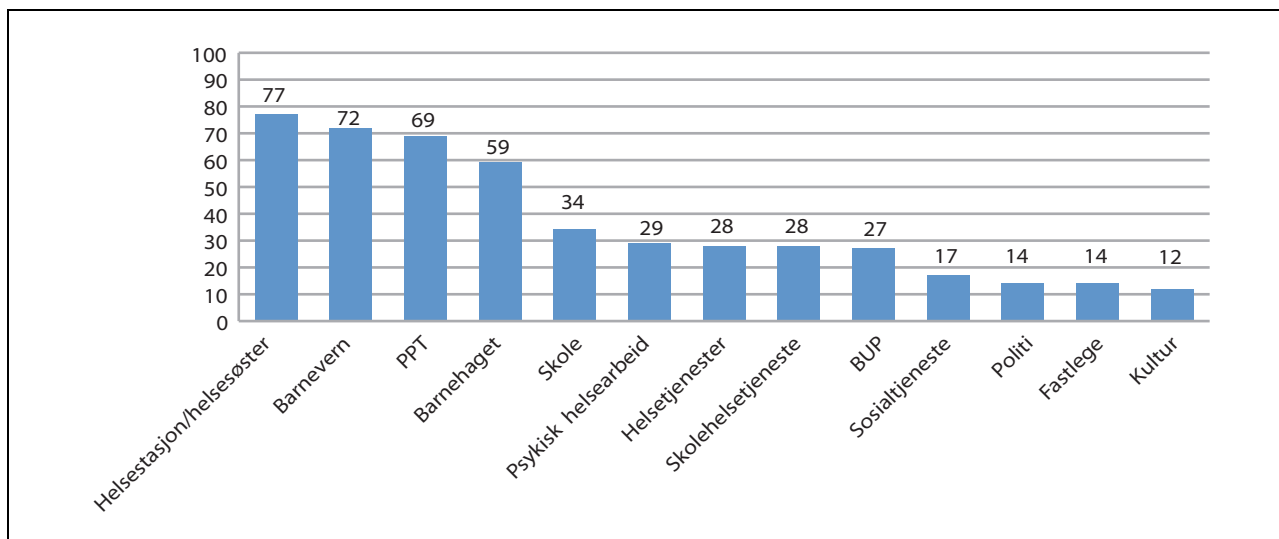
Overgang til flat organisering kan ha svekket samordningen

De siste årene har det vært en tendens til at mange kommuner har valgt en mindre hierarkisk organisering av tjenestene hvor nivået mellom rådmannen og tjenestestedene er fjernet. Det har vært vanlig at tjenestelederne i større grad enn før har fått ansvar for økonomi, personell og faglige spørsmål. Et viktig formål med en slik modell har vært å ansvarliggjøre tjenestelederne. En mulig konsekvens av slike endringer kan imidlertid være at

18 Andersson mfl. (2006): Kommunale tjenester for barn, unge og familier: Samordningsmodeller og lavterskeltilbud rettet mot de med psykiske problemer. SINTEF helse.



Figur 3.2 Tjenester som inngår i formelt samordnet tilbud til barn, unge og familier. Prosent (N=69 kommuner) (Andersson et al., 2006)



Figur 3.3 Tjenestens involvering i uformelt samarbeid

enhetene «*blir seg selv nok*» og at sektorovergripende hensyn dermed blir mindre ivaretatt.

Myrvold, Helgesen og Knudtzon (2009)¹⁹ har funnet at samordning av det psykiske helsearbeidet og samarbeid kan være utfordrende for kommuner som har valgt en flat eller forholdsvis flat organisering. I slike kommuner, uten sektorsjefer som leder arbeidet innenfor et større område, er det nødvendig med institusjonaliserte tiltak for samordning og samarbeid. Denne konklusjonen gjelder i særlig grad større kommuner.

Mange kommuner har etablert ulike samordningstiltak, men inntrykket fra studien er at kommunene fremdeles finner det utfordrende å få tiltakene til å fungere godt. I casestudien fant forskerne tilfeller som grenser mot «*enhetsegoisme*», med kontinuerlige diskusjoner om hvilke brukere som hører hjemme hvor, og hvilke enheter som har ansvar for hvilke oppgaver. Den organisatoriske modellen oppleves enkelte steder som en institusjonalisering av gamle og/eller latente konflikter mellom tjenester.

Forskerne mener at den generelle utviklingen i retning av mer eller mindre selvstendige tjenesteytende enheter trolig har bidratt til tendensen til at kommunene etablerer egne enheter for psykisk helsearbeid.

3.2.7 Kommunenes samarbeid med frivillig sektor

I august 2007 la regjeringen frem en Stortingsmelding²⁰ om frivillighetspolitikk med strategier som har som mål å støtte aktivt opp om frivillig sektor og bidra til økt deltakelse. I meldingen er det pekt på at frivillig sektor bidrar til å inkludere grupper og individer som av en eller annen grunn kan falle utenfor velferdssamfunnet.

Kommunenes samarbeid med frivillig sektor er kartlagt i en spørreundersøkelse som er dokumentert i IRIS (2006)²¹. Majoriteten av dem som svarte, 86 prosent, mener at kommunepolitikerne legger stor eller nokså stor vekt på å holde kontakt med frivillig sektor. Nær fjerdeparten av ordførere/rådmenn sier at kommunen har vedtatt mål for samarbeidet med frivillig sektor, og ytterligere nesten en fjerdedel sier at en har vedtatt eller er i ferd med å utrede eller utvikle en frivillighetspolitikk.

Rundt en femtedel av respondentene sier at det finnes en sentral kommunal enhet eller stilling med ansvar for å koordinere kommunens kontakt og samarbeid med frivillig sektor. Videre sier mer enn halvparten at dette ansvaret er plassert på tjenestemannsnivå der dette er aktuelt.

Videre blir det dokumentert at nesten alle kommuner samarbeider med kulturforeninger og idrettslag/idrettsråd. Kommunene samarbeider både med tradisjonelle barne- og ungdomsorgani-

¹⁹ Myrvold og Helgesen: Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning. NIBR-rapport 2009:4

²⁰ St.meld. nr. 39 (2006-2007) Frivillighet for alle

²¹ IRIS (2006): Kommunenes samhandling med frivillig sektor. Rapport utarbeidet på oppdrag av Kommunal- og regionaldepartementet

sasjoner og med mindre formaliserte grupperinger av barn og ungdom.

Agenda (2009)²² dokumenterer resultatet av en kartlegging av samarbeidet mellom kommunen og frivillig sektor i Kristiansand kommune. Her er det rundt 40 prosent av de 700 organisasjonene i kommunen som har aktiviteter for barn og ungdom. De fleste av disse er innen idrett og religiøse organisasjoner. Men også innen miljø, natur og friluftsliv, og innen kultur er det en god del organisasjoner for denne målgruppen. Derimot er interesseorganisasjoner og organisasjoner med sosiale tiltak og tjenester i liten grad rettet mot barn og ungdom.

I Agendas rapport blir det videre dokumentert at frivillige opplever det som viktig at kommunen yter økonomisk støtte og bidrar til etablering av bygg og anlegg som en viktig del av infrastrukturen for frivillig aktivitet. Kommunen og frivillige utfører en rekke oppgaver sammen. Samtidig blir det pekt på at det er et større potensial for samarbeid enn det som utnyttes.

3.2.8 Samordning med justissektoren

Det kriminalitetsforebyggende råd

Det kriminalitetsforebyggende råd (KRÅD), som ble etablert i 1980, er regjeringens organ for langsiktig og prinsipiell kriminalpolitisk tenkning. Medlemmene utnevnes for en periode på tre år og rådet har et permanent sekretariat.

KRÅD har etter sitt mandat til oppgave å fremme samarbeidet mellom myndigheter og organisasjoner, samt å gi veiledning om kriminalitetsforebyggende strategier og konkrete tiltak, både til offentlig forvaltning og til private. Hovedoppmerksomheten skal etter mandatet rettes mot forebygging av kriminalitet blant barn og unge.

SLT-arbeidet, kort omtalt i kapittel 2.5 og nærmere omtalt nedenfor, administreres og drives av KRÅD. Rådet er administrativt underlagt Justisdepartementet, men baserer sitt arbeid på et fritt faglig grunnlag.

Samordning av lokale kriminalitetsforebyggende tiltak

På begynnelsen av 1990-tallet startet KRÅD et prosjekt i syv kommuner kalt samordning av lokale kriminalitetsforebyggende tiltak (SLT). Målet var å utvikle en modell for samarbeid mellom instanser som skole, barnevern, helse- og sosialetat, og politiet. Prosjektene ble organisert noe forskjellig alt

etter lokale forhold. Erfaringene har vært positive, og modellen var per september 2009 etablert i 190 kommuner og bydeler.

SLT er en modell for samordning. Målet er å få mer effekt ut av allerede igangsatte tiltak ved at forskjellige etater/virksomheter støtter og utfyller hverandres arbeid.

Arbeidet organiseres på tre nivåer. Den overordnede styringen er forankret gjennom en *styringsgruppe* med deltakelse fra ordfører/rådmann, øverste politimyndighet, andre relevante toppledere med oppvekst som fagfelt, og koordinatoren. Styringsgruppens oppgaver er å etablere de overordnede rammene for kommunens totale innsats for forebygging av kriminalitet blant barn og unge. *Arbeidsutvalget* har ansvar for den praktiske koordineringen av arbeidet. Deltakerne i arbeidsutvalget må være sentralt plassert for å kunne ta beslutninger om bruk av ressurser. *Det utførende nivået* står for det direkte kriminalitetsforebyggende arbeidet. Koordinatoren har en nøkkelrolle i arbeidet, og har blant annet ansvaret for informasjonsflyten mellom nivåene.

Ordningen er evaluert i Gundhus mfl. (2008)²³. Rapporten viser at SLT-arbeidet stort sett er godt forankret i kommunenes planer. Man har lyktes med deltakelse i *styringsgruppa* fra det høyeste nivået i kommune og i politiet. Undersøkelsen dokumenterer imidlertid behov for økt deltakelse fra ledelsen fra andre deler av den kommunale forvaltningen. Når det gjelder politiets innsats, fremgår det av rapporten at de er svært engasjert i samarbeidet.

Arbeidsutvalget i kommuner med SLT-ordning skal være bredt sammensatt, med deltakelse fra politiet og sentrale barne- og ungdomsetater i kommunen. Undersøkelsen avdekker at politiet og kommunale instanser i stor grad er representert i arbeidsutvalget. Frivillige organisasjoner, NAV, det psykiske helsevernet for barn og unge, ungdomsråd, og videregående skole er eksempler på instanser som i større grad ønskes representert.

Evalueringen viser at *koordinatorene* har god støtte fra ledelsen i politiet. Det synes mest hensiktsmessig å være plassert i rådmannens stab for å bygge nettverk, sikre informasjonsflyt og få oversikt over aktører og etater. Koordinatorene arbeider både administrativt og faglig, men i mindre grad operativt. Evalueringen skiller mellom byggende, forebyggende og kriminalitetsforebyg-

²² Agenda (2009): Frivillighetsmelding. Kartlegging av samarbeidet mellom kommunen og frivillig sektor

²³ Gundhus, Egge, Strype og Myhrer (2008): Modell for forebygging av kriminalitet? Evaluering av Samordning av Lokale kriminalitetsforebyggende Tiltak (SLT). Rapport fra Politihøgskolen

gende arenaer. Den byggende og tryggende arena handler om oppvekst i sin alminnelighet. En god oppvekst har som resultat at barn bygger opp selvfølelse, mestringsrepertoar og handlingsalternativer. Den forebyggende arena innebærer tiltak for å kompensere for sider ved oppvekstmiljøet som ikke fungerer optimalt. Det kan være sosialpedagogiske tiltak innenfor skole eller barnehage, styrking av foreldrerollen, eller inkluderende tiltak som hjelper barn og unge med å bygge sosiale nettverk. Den kriminalitetsforebyggende arena retter oppmerksomheten mot utsatte miljøer, mot ungdom med identifiserbar risikoadferd og eventuelt mot ungdom som har begått lovbrudd og dermed er registrert av politiet. Evalueringen finner at koordinatoren i like stor grad vektlegger den byggende, den forebyggende og den kriminalitetsforebyggende arena.

Som nevnt i kapittel 2 la Justisdepartementet frem en kriminalitetsforebyggende handlingsplan i august 2009, med 35 tiltak for økt trygghet (Gode krefter). Tiltak 25 i denne planen omhandler blant annet at det skal lages en plan for å styrke koordinators kompetanse.

Evalueringen avdekker liten grad av medbestemmelse fra ungdom i utvalgene, og det er heller ikke prosesser som sikrer at deres stemme blir hørt.

Politiråd

Formålet med politirådene er å involvere og ansvarliggjøre lokalpolitikere i arbeidet med å utvikle et strategisk samarbeid om kriminalitetsforebygging. Hensikten er også å styrke det lokale samarbeidet mellom politidistriktene og lokalsamfunnet. Politirådene skal bidra til å styrke det samarbeidet som allerede er etablert og kan også fungere som en arena hvor det er en gjensidig mulighet til å kunne påvirke de respektive instansenes virksomhetsplaner og satsingsområder.

Fra oppstarten 2006 til utgangen av 2008 ble det etablert politiråd i hele 309 kommuner, og ytterligere 66 kommuner hadde politiråd under planlegging. Med disse siste kommunene på plass, vil det være etablert politiråd i 375 av landets 430 kommuner (87 prosent). Erfaringen viser at politirådene fungerer best der det allerede er startet opp SLT-arbeid. Noen steder fungerer SLTs styringsgruppe som politiråd, med SLT-koordinatoren som saksbehandler. Justisdepartementets handlingsplan for kriminalitetsbekjempelse, «*Gode krefter*» anbefaler å integrere politiråd og SLT enda bedre, blant annet ved kvalitetshevdende tiltak, samt å øke utbredelsen.

Samhandling i forbindelse med oppsøkende patruljering

I forbindelse med oppsøkende patruljering og øvrig tjeneste som gjør politiet synlig og tilgjengelig i gatebildet og på andre arenaer hvor barn og unge befinner seg, oppstår det naturlige kontaktflater inn mot en rekke andre instanser og tjenester. Politiet kan f.eks. delta på foreldremøter og andre møter på skolene, være til stede på ulike arrangementer, ha faste informasjonsmøter med natteravnene, være i dialog med utekontakttjenesten, med videre. Den oversikten om ungdomsmiljøet politiet skaffer seg gjennom sin oppsøkende og utadrettede virksomhet, gir et viktig grunnlag for det mer formaliserte samarbeidet med andre instanser gjennom SLT-arbeidet og politirådsordningen.

Samhandling i straffesakskjeden

Som nevnt i kapittel 2.5, fremgår det av straffeprosessloven at politiet og påtalemyndigheten skal sende melding til barneverntjenesten om saker der lovbrøyer ikke har fylt 15 år på gjerningstidspunktet. Barneverntjenesten skal også gis underretning allerede på etterforskningsstadiet når lovbruddet er begått av person under 18 år, såfremt lovbruddet ikke er av «*bagatellmessig*» art. I tilfeller hvor et barn eller en ungdom har vist vedvarende og alvorlige adferdsvansker, har politiet samme meldeplikt til barneverntjenesten som alle andre offentlige myndigheter. Taushetsplikten er ikke til hinder for slik varsling.

Politiet og påtalemyndigheten skal også samarbeide med barneverntjenesten i tilfeller hvor det kan være aktuelt med varetektsfengsling. Det fremgår av påtaleinstruksen at

«Personer under 18 år bør ikke pågripes eller begjæres varetektsfengslet hvis det ikke er særlig påkrevet. For personer under 16 år bør det i stedet for fengsling forsøkes andre tiltak, f.eks. midlertidig plassering i egnet institusjon under barnevernet, når det er adgang til det».

Samhandling i forbindelse med straffegjennomføring

Når et lovbrudd er ferdig etterforsket, kan påtalemyndigheten bestemme at saken skal overføres til konfliktrådet. Dette gjelder først og fremst saker der lovbrøyer har påført andre en skade, et tap eller en krenkelse, altså i saker der det finnes en fornærmet part.

En annen straffereaksjonsform kan være å idømme lovbrøyer samfunnsstraff. Dette er en

mulighet når retten mener det er behov for en umiddelbar og inngripende reaksjon for å minske faren for nye straffbare handlinger. Samfunnsstraff vurderes av mange å egne seg godt overfor unge vinningsforbrytere. Den skal ha et samfunnsnyttig innhold, og skal være egnet til å motvirke ny kriminalitet.

Straffegjennomføringsloven hjemler at innsatte i enkelte tilfeller kan gjennomføre straffen i andre institusjoner enn kriminalomsorgens enheter. Hovedregelen er at gjennomføringen av straffen skal være påbegynt før overføring til annen institusjon kan skje. For barn og unge under 18 år er barneverninstitusjoner den mest aktuelle alternative plasseringsmuligheten.

I Oslo fengsel er det etablert et ungdomsteam som arbeider spesielt med unge innsatte. Teamet har både en barnevernsarbeider og en miljøarbeider, og har også knyttet til seg lærer og helsepersonell. Teamet har som oppgave å begrense skadevirkninger ved fengselsoppholdet, og skal videre arbeide for å ha en plan for den unges hverdag fra og med løslatelsestidspunktet.

3.3 Faktorer som fremmer og hemmer samarbeid

3.3.1 Innledning

Tidligere i dette kapitlet er det gitt en gjennomgang av erfaringer med samarbeid mellom ulike type tjenester. Dette avsnittet gir en oppsummering av forhold som fremmer og hemmer samarbeid mellom de aktuelle tjenestene. En viktig kilde er forskning om temaet både fra Norge og fra andre land.

SINTEF (2005)²⁴ gjengir en artikkel som oppsummerer resultatene av en bred gjennomgang av faktorer som fremmer og hemmer samarbeid om helhetlige tjenester i Storbritannia. I artikkelen kommer det frem at helhetlig virksomhet fremmes av klare og realistiske mål, klart definerte roller, sterk ledelse, styring på tvers av tjenester, og gode systemer for deling av informasjon.

Forhold som hemmer helhetlig virksomhet, er for en stor del de motsatte av forhold som virker gunstig på slik virksomhet: Mangel på konsensus om mål, uklare roller og fordeling av ansvar, svak ledelse, manglende systemer for deling av informasjon, mangel på opplæring, og ulike yrkesmessige kulturer i tjenestene.

Norsk forskning bekrefter i stor grad funnene fra Storbritannia. Det synes med andre ord som det er bred enighet om hvilke forhold som hemmer og fremmer samarbeid, og at disse konklusjonene gjelder på tvers av tjenestene.

Slik utvalget vurderer det, samsvarer funnene fra Storbritannia også med de funn som ble gjort gjennom systemrevisjonen med det psykiske helsetilbudet for barn og unge som ble gjennomført av Riksrevisjonen, og tilsynet med barneverntjenesten som ble gjennomført av Helsetilsynet, begge omtalt tidligere i dette kapitlet.

Videre i dette avsnittet blir det gitt en mer detaljert gjennomgang av erfaringer fra Norge på følgende områder:

- Styring, ledelse, og rutiner
- Ressurser
- Kunnskap og kompetanse
- Samlokalisering og organisatorisk nærhet

Den lovbestemte taushetsplikten skal ivareta rettsikkerheten til utsatte barn og unge. Taushetsplikten kan imidlertid tenkes å være en hindring for å gi et helhetlig tilbud på tvers av tjenesteområder. Denne problemstillingen blir nærmere drøftet i kapittel 4. Dette kapitlet tar også opp mulige problemer som følge av at de ulike tjenestene er regulert av ulike lovverk.

3.3.2 Styring, ledelse, og rutiner

Som nevnt over, er erfaringene fra Storbritannia at helhetlig virksomhet fremmes av klare og realistiske mål, klart definerte roller, sterk ledelse og styring på tvers av tjenester, og gode systemer for deling av informasjon. I det følgende blir det gitt en gjennomgang av noen norske studier som peker i samme retning, og som nyanserer disse resultatene. Omtalen av studiene er hentet fra SINTEF (2005).

Temaet i Rønbeck (2004)²⁵ er samhandlingen om tilbudet til elever som får spesialundervisning. Undersøkelsen peker på at spesialundervisningen er preget av en rekke overordnede målsettinger for arbeidet. Det er imidlertid ingen som kontrollerer at målsettingene blir fulgt opp i praksis. Videre avdekker undersøkelsen et behov for å forbedre organiseringen av samarbeidet, og peker på behovet for at en sentral part får ansvar for å tilse at samarbeidet fungerer etter hensikten.

Raddum (1996)²⁶ har sett på samarbeidet mellom barnevernet og andre kommunale instanser. I

²⁴ SINTEF (2005): Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge. SINTEF helse rapport 03/05

²⁵ Rønbeck, K. (2004): Fra konflikt til forsoning. Barnefordeling i et rettsbasert forsøksprosjekt

studien ble det konkludert med at formelle samarbeidsavtaler er positivt for samarbeidet barnevernet har med skolen og barnehagene. Avtalene bidrar til at ansatte får trygghet om egen rolle og til å synliggjøre grensene mellom etatene.

Bjørkly og Wicken (2004)²⁷ har studert samarbeidet om tilbudet til barn og unge med psykiske problemer mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Flere kommunalt ansatte påpekte at mangel på klare, formaliserte retningslinjer med hensyn til hvilken rolle de skulle ha i ulike faser av en sak, virket hemmende for effektivt samarbeid. Flere av informantene opplevde også at mangel på tid og ressurser gikk ut over kontakten med andre.

Andersson, Røhme og Hatling (2005) har intervjuet tjenesteytere som gir tilbud til barn og unge med psykiske problemer. I intervjuene kom det frem at uavklarte roller og uklar oppgave- og ansvarsfordeling virker hemmende på samarbeidet med andre instanser.

Andersson mfl. (2006)²⁸ fant at 70 av et utvalg på 98 kommuner hadde etablert en samordning mellom tjenester som både var formalisert og forpliktende. I kommunene med slike formaliserte modeller ble det spurt om hvilke faktorer som var viktige for at samarbeidet skulle fungere. 97 av informantene svarte at det er veldig viktig at det er utarbeidet formaliserte rutiner for samarbeidet, noe som gjør dette til den klart viktigste faktoren.

I ovennevnte studie er suksesskriterier for et vellykket samarbeid utdypet gjennom kvalitative intervjuer. I svarene kommer betydningen av at organiseringen av samarbeidet er forankret gjennom formelle vedtak, tydelig frem. Videre blir det lagt vekt på tydelig ledelse og en klar fordeling av ansvar. Kommuner som har en egen koordinator, legger vekt på betydningen av en slik stilling for samordningen.

I avsnitt 3.4 blir det gitt en omtale av ulike verktøy for samordning og erfaringer som er høstet. Dette er verktøy som kan bidra til å etablere rutiner og arenaer for samarbeid, og som videre kan bidra til bedre styring og ledelse av samhandlingen og det konkrete samarbeidet.

3.3.3 Finansiering av tjenestene

Utforming av systemet for finansiering er trolig av sentral betydning for omfanget av samarbeid om tilbudet til utsatte barn og unge. Det finnes imidlertid lite systematisert kunnskap som dokumenterer hvilken betydning finansieringssystemet har for samarbeid. Det er forskjellige forhold som kan tenkes å ha betydning, dels selve finansieringssystemet, og dels at det er delt finansieringsansvar. I tillegg vil nivået på finansieringen og eventuell mangelfull finansiering kunne ha betydning.

To studier viser at romsligheten av budsjettene kan ha betydning for omfanget av samarbeid mellom ulike instanser. Andersson mfl. (2005) har studert samarbeidet om barn med psykiske problemer, og vist at ressursknapphet fører til at tjenestene blir opptatt av å avgrense egne oppgaver, og som ledd i dette, å skyve fra seg oppgaver som andre instanser kan ta. Østtveiten (1996) har dokumentert at mange ansatte har en positiv effekt på graden av samarbeid mellom barnevernet og andre instanser.

Mulige konsekvenser av finansieringssystemene er nærmere berørt i kapittel 6.

3.3.4 Kunnskap og kompetanse

De ansatte i barnevernet, helsetjenesten, og undervisningssektoren har i stor grad ulik yrkesutdanning. Et tverrfaglig samarbeid må nødvendigvis ta utgangspunkt i den faglige plattformen til den enkelte profesjon. Et vellykket samarbeid vil kunne dra nytte av det samlede kunnskapsgrunnlaget til de ulike profesjonene.

Selv om det fra de aktuelle instansenes side gis uttrykk for at man ønsker å samarbeide, er det ikke gitt at man lykkes i å etablere et felles grunnlag for samordnet tjenesteyting. Flere studier har vist at samarbeidet mellom barnevernet og det psykiske helsevernet for barn og unge blir vanskelig som følge av ulik problemforståelse og ulike metodiske tilnærminger. Eksempelvis har Fugleseth og Ekker (2001) vist at ulike verdier, normer, og problemoppfatninger hemmer samarbeidet mellom barnevernet og andre etater.

Flere rapporter har dokumentert at samarbeidet blir hemmet av at ansatte i ulike tjenester har for lite kunnskap om hverandres kompetanse. Andersson, Røhme og Hatling (2005) har pekt på at informasjons- og kompetanseutveksling kan være viktig for å fremme samarbeid.

Andre har pekt på at det er nødvendig å utvikle de ansattes samarbeidskompetanse. Dette gjelder blant annet Faldet (2004), som har studert det

26 Raddum, G. (1996): Idealer og realiteter i tverretatlig samarbeid. En studie av samarbeidsrelasjoner mellom barnevernet og skoler, barnehager, PP-tjenesten og helsesøster-tjenesten. UiB

27 Bjørkly, A., Wicken, A (2004); Barne- og ungdomspsykiatri i krise?

28 Andersson (2006): Kommunale tjenester for barn, unge og familier: samordningsmodeller og lavterskeltilbud rettet mot de med psykiske problemer. SINTEF helse

tverrfaglige barne- og ungdomsarbeidet i kommunene. Det blir konkludert med at det er nødvendig med en holdningsendring hos de ansatte, og videre at det er behov for en utvikling av kompetansen vedrørende samarbeid og kommunikasjon.

Dette synet bekreftes på mange måter i *NOU 2009:8 Kompetanseutvikling i barnevernet*, fremlagt av Befringutvalget i april 2009. I kapittel 11.4 skriver utvalget blant annet at

«Samarbeid fordrer også kunnskap om hvilke muligheter og rammebetingelser lovgivningen gir for et samarbeid for å finne gode løsninger på tvers av sektorer. Dette er en av de store utfordringene i arbeidet med å ivareta utsatte barn og familiers behov og interesser. De ansvarlige etater har ofte ikke tilstrekkelig kunnskap om taushetspliktreglene eller når det er adgang til å gi informasjon til eventuelle samarbeidspartnere eller andre, og hvilke forutsetninger som må være til stede for et samarbeid på tvers av etater og fagområder. Dette er helt sentrale utfordringer som kompetansegivende studier må møte.»

Også i *NOU 2000:12 Barnevernet i Norge* fremheves samarbeidskompetanse som en særlig viktig forutsetning for et godt barnevern.

Willumsen (1999) har studert hvordan foreldre og tjenestene opplevde samarbeidet om tilbudet til barn med psykososiale problemer. Resultatene viser at foreldrene og tjenestene opplevde samarbeidet ulikt. Foreldrene syntes at samarbeidet var krevende og konfliktfyllt, og de savnet en person med ansvar for å koordinere tjenestene. Representanter for tjenestene opplevde vanskeligheter med å komme frem til en felles forståelse av problemene som utgangspunkt for tiltak. Denne undersøkelsen ble imidlertid gjennomført før det ble lovpålagt for flere av tjenestene å utarbeide individuelle planer, jf. det etterfølgende pkt. 3.4.1. Utvalget legger til grunn at innføringen av individuelle planer har bidratt til å bedre samarbeidet mellom tjenestene og tjenestemottakerne, og dermed at en tilsvarende studie nå, 10 år senere, ville gitt et mer positivt bilde.

3.3.5 Samlokalisering og organisatorisk nærhet

Andersson mfl. (2005) har gjennomført en intervjuundersøkelse om samarbeidet om tilbudet til barn og unge med psykiske problemer mellom helsesøster, barnevern og PP-tjenesten. Konklusjonen er at samlokalisering av disse tjenestene har

bidratt til bedre forankring av samarbeidsrutiner, til at barrierer har blitt brutt ned, og til at det har blitt større fleksibilitet i tjenesteapparatet. I Østveiten (1996) og Gylseth (2004) gir ansatte uttrykk for at en tettere organisering av tjenestene har gitt forbedringer både for brukere og ansatte.

Det ser med andre ord ut til at omfanget av kontakt og samarbeid kan bedres gjennom samlokalisering av tjenestene og gjennom nærhet i organiseringen av tjenestene.

3.4 Erfaringer med bruk av verktøy for samordning

Dette avsnittet gir en omtale av ulike løsninger (verktøy) som er etablert for å sikre bedre samordning. Noen av disse verktøyene er nedfelt i lovverket, andre ikke.

3.4.1 Individuelle planer

Helse- og omsorgsdepartementet har laget en forskrift som konkretiserer innholdet i individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven. Helsedirektoratet har laget tre veiledere²⁹ som gir en ytterligere konkretisering av arbeidet med individuell plan. Individuell plan og det lov-messige grunnlaget for å utarbeide denne, er nærmere omtalt i denne utrednings kapittel 6.

Rett til individuell plan

Barn og unge med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet individuell plan. Målet er at brukeren skal få et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tilbud.

Individuell plan er en overordnet plan

En individuell plan er en overordnet plan for samordning av tilbudet gitt av ulike tjenesteytere. Samordningen skal blant annet omfatte tiltaksplanen som barnevernet skal lage med alle som får hjelpe-tiltak, den individuelle opplæringsplanen som skal gis til alle med spesialundervisning, og de individuelle behandlingsplanene som lages av spesialist-helsetjenesten.

²⁹ Veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (2007), Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (2008), Veileder til forskrift om individuell plan (2007).

Brukerne skal involveres

Utarbeidelsen av en individuell plan forutsetter samtykke fra den som skal motta tjenestene. Tjenestemottakeren har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette. Pårørende skal trekkes inn i arbeidet dersom brukeren og pårørende ønsker det.

Bruken av individuell plan

Det finnes ulik dokumentasjon av bruken av individuell plan blant brukere med psykiske lidelser. Denne dokumentasjonen gir følgende bilde:

- *Kommunenes bruk av individuell plan for barn og unge med psykiske problemer:* Andelen kommuner som har oppgitt at de hadde utarbeidet minst én individuell plan for minst én yngre bruker, har økt fra 39 prosent i 2002 til 52 prosent i 2008. (Myrvold mfl. (2009). Andelen kommuner med minst fire slike planer har økt fra 12 prosent i 2002 til 27 prosent i 2008.
- *Poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge:* I 2005 var det 20 prosent av 5 997 brukere som hadde individuell plan. I 2008 var det 14 prosent av 9 403 brukere som hadde en slik plan, eller hvor en fant at arbeidet med planen var startet³⁰.
- *Døgn/dagenheter i psykisk helsevern for barn og unge:* I 2005 var det 50 prosent av 331 brukere med individuell plan. I 2007 var det 45 prosent som hadde en slik plan, eller hvor man fant at arbeidet med planen var startet.
- *Helsestasjon og PP-tjenesten:* Bruken av individuell plan er mest utbredt blant barn med psykiske problemer. 25 prosent av brukerne under 16 år med psykiske problemer ved helsestasjonen og ved PP-tjenesten hadde en slik plan³¹.

For psykisk helsevern for barn og unge har det altså blitt flere brukere både av poliklinikkene og dag-/døgnhetene fra 2005 til 2008, mens andelen brukere med individuell plan gikk ned i samme periode.

Slik statistikk over andelen brukere med individuell plan gir ikke informasjon om i hvilken grad brukere med rett til individuell plan, får det. Dette spørsmålet blir imidlertid belyst i de tidligere omtalte tilsynene foretatt av Helsetilsynet og Riksrevisjonen.

Helsetilsynet fant at rundt en tredjedel av de 114 undersøkte kommunene ikke hadde rutiner for å utarbeide individuelle planer. Et eksempel som blir trukket frem, er en kommune som bare lager individuelle planer for utsatte barn som samtidig har en fysisk funksjonsnedsettelse.

Riksrevisjonen spurte også tjenesteyterne om bruken av individuell plan i sin tilsynsundersøkelse. 70 prosent av de kommunale tjenesteyterne svarte at brukerne i stor grad får slik plan når de har rett til det. Det tilsvarende tallet for poliklinikkene er på 42 prosent. Gjennomgangen av journalene viste at det ble utarbeidet individuell plan i 6 av de 220 tilfellene fra 2002 til 2005. Konklusjonen er at det ikke er samsvar mellom funnene i journalen og tjenestenes egne vurderinger av hvor flinke de er til å utarbeide individuelle planer. Utvalget er ikke kjent med om denne situasjonen har endret seg som følge av de mangler og avvik som ble påpekt i Riksrevisjonens rapport, men legger til grunn at det har skjedd en bedring.

Brukernes erfaringer med individuell plan

To undersøkelser har vist at bruken av individuell plan bidrar til økt tilfredshet blant barn og unge med psykiske lidelser og deres foresatte.

Sitter (2008)³² har spurt ungdom med psykiske vansker og deres foresatte om opplevelsen av tilbudet gitt av helsestasjons- og skolehelsetjenesten og PP-tjenesten. Undersøkelsen viser at bruk av individuell plan bidrar til økt tilfredshet når det gjelder samordning av tjenestene, ansvarsavklaring, og informasjonsutveksling.

Sitter og Andersson (2005) undersøkte tilfredsheten blant 250 foresatte til barn under 16 år med psykiske vansker som får tilbud av PP-tjenesten. Undersøkelsen omfattet 52 kommuner. Resultatene viste at brukere som hadde fått utarbeidet individuell plan, var mer fornøyde med samarbeid og samordning enn brukere uten slik plan.

Tjenestenes erfaringer med individuell plan

Det psykiske helsearbeidet i syv kommuner ble studert av Myrvold og Helgesen (2005). Studien viste at arbeidet med individuell plan gikk tregt i disse kommunene. Ansatte i tjenestene tilkjennega manglende motivasjon, og rapporterte at brukerne selv ofte ikke ønsket individuell plan. Videre kom

30 Kilde: Presentasjon for utvalget 20. januar av Marian Ådnanes (SINTEF)

31 Sitter og Andersson (2005)

32 Marit Sitter (2008): Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker. Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse SINTEF helse.

det frem at det var vanskelig å få med samarbeidspartnere utover kommunalt nivå i arbeidet.

I Myrvold mfl. (2009)³³ var det et stort flertall som i 2008 var enig i at individuelle planer bidrar sterkt til samordning og til at tjenestene tilpasses behovene til den enkelte.

Andersson og Steihaug (2008)³⁴ har avdekket at ansatte i tjenestene i stor grad hadde sammenfallende oppfatninger på spørsmål om individuelle planer er et hensiktsmessig hjelpemiddel for samarbeid. Flere svarte at individuelle planer kan være nyttig for brukerne, at de bidrar til mer ryddighet, at de kan skjerpe samarbeidet, at de kan hindre at tjenestene arbeider parallelt, og at de kan synliggjøre ansvaret. Det er imidlertid enighet om at arbeidet med individuell plan er ressurs- og kompetansekrevenende.

3.4.2 Ansvarsgrupper

Ansvarsgrupper brukes til å koordinere arbeidet med individuell plan

En ansvarsgruppe består av brukeren og representanter for tjenester som brukeren mottar. Arbeidet i en slik gruppe kan bidra til å koordinere innsatsen og til å avklare ansvarsforhold mellom de involverte instanser. Metoden har vært brukt i offentlig tjenesteyting siden 1980-tallet.

Det er vanlig at en av deltjenestene har ansvar for å koordinere arbeidet til gruppen. En ansvarsgruppe vil derfor være godt egnet for organisering av arbeidet med individuell plan.

Bruken av ansvarsgrupper

Myrvold (2004) har undersøkt bruken av ansvarsgrupper i 234 kommuner, og funnet at 83 prosent av kommunene bruker ansvarsgrupper for samordning av tjenester til barn og unge med psykiske vansker. Resultatet viser at det er vanlig å bruke ansvarsgrupper i kommunene, men sier ikke noe om hvor vanlig det er å bruke slike grupper i den enkelte kommune.

Myrvold og Helgesen (2009)³⁵ har sett på Opptrappingsplanens effekter på organiseringen av kommunalt helsearbeid. Evalueringen ble basert

på spørreskjemaer sendt til alle landets kommuner i 2002, 2005 og 2008, og casestudier fra et mindre antall kommuner. I denne perioden har bruken av ansvarsgrupper vært økende, og det har blitt flere kommuner som bruker slike grupper for samordning av tjenester for barn og unge med psykiske vansker. Antall kommuner som svarte at de bruker slike grupper for de aller fleste i denne gruppen, økte fra 23 prosent i 2002 til 41 prosent i 2008.

Ansvarsgrupper ser ut til å være mindre brukt av det psykiske helsevernet for barn og unge enn av kommunene. I 2002 deltok en fjerdedel av de ansatte i poliklinikkene i ansvarsgrupper, jf. Statens helsetilsyn (2004). Riksrevisjonen (2007) gjennomgikk journalen til barn og unge som fikk behandling i det psykiske helsevernet. I 29 saker var det etablert ansvarsgruppe. Det tilsvarte 13 prosent av pasientene i utvalget.

Poliklinikkene deltok i halvparten av de 29 ansvarsgruppene. I sju av sakene var barnevernet ansvarlig for å koordinere arbeidet, mens det i fem saker var skole eller barnehage. PP-tjenesten var ansvarlig koordinator i fire saker, mens poliklinikk, skole og lege var ansvarlig koordinator for én sak hver. I de øvrige sakene fremgår det ikke av dokumentasjonen hvilken instans som hadde koordineringsansvaret.

Bare fire av 19 pasienter i utvalget med diagnosen ADHD hadde fått opprettet en fast ansvarsgruppe, og bare én hadde fått utarbeidet individuell plan. Alle barn og unge som er i kontakt med poliklinikkene, har i den perioden undersøkelsen omfattet hatt rett til individuell plan. I Riksrevisjonens rapport konkluderes det med at denne typen samarbeidsfora, benyttes i for liten grad.

Tøssebro og Lundeby (2002) har undersøkt bruken av ansvarsgrupper blant 507 foreldre med funksjonshemmede barn. Det var opprettet ansvarsgruppe for 86 prosent av barna. Bruken av ansvarsgruppe økte med graden av funksjonsnedsettelse, og det var vanligere å bruke ansvarsgruppe for barn med psykisk utviklingshemming enn for barn med fysiske funksjonsnedsettelser.

Erfaringer med bruk av ansvarsgrupper

I Tøssebro og Lundeby (2002) hadde et flertall av foreldrene positive erfaringer. Jo oftere ansvarsgruppen møtte, jo mer sannsynlig var det at foreldrene hadde positive erfaringer.

Sitter og Andersson (2005) fant at foresatte til barn og unge under 16 år som får tjenester fra PP-tjenesten, opplevde at ansvarsgrupper førte til at tilbudet ble mer samordnet, og at dette var en nyttig samarbeidsform. Det viste seg imidlertid at

33 Myrvold, T. og Helgesen, M (2009): Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning. NIBR-rapport 2009:4

34 Andersson, Helle og Sissel Steihaug (2008): Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske problemer. Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse SINTEF helse.

35 Myrvold, Trine og Marit Helgesen: Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning. NIBR-rapport 2009:4

brukere med ansvarsgrupper *ikke* var mer fornøyd med samordningen enn brukerne som ikke hadde ansvarsgruppe.

I NOU 2000:12³⁶ er det referert en undersøkelse gjennomført av analysefirmaet Protinus blant 24 fagfolk i barnevernet og barnevernets samarbeidspartnere. Også her blir det dokumentert delte erfaringer med bruk av ansvarsgrupper. Noen av informantene mente møtene i ansvarsgruppene ofte var dårlig styrt og dårlig forberedt, og at det gikk med uforholdsmessig mye tid til slike møter. Denne undersøkelsen er imidlertid fra tiden før det var innført en lovfestet rett til individuelle planer, og har derfor begrenset verdi i dag.

Helsetilsynet (Rapport 5/2009) fant at en svakhet ved ansvarsgruppene er at ikke alle involverte deltar i gruppene. Tilsynet avdekket at skolehelseetjenesten ikke deltar i slike grupper i flere kommuner, mens det i andre kommuner er fastlegene som ikke møter. Helsetilsynet konkluderer med at kommunene i større grad bør følge opp at de relevante tjenestene deltar i disse gruppene.

3.4.3 Andre erfaringer med verktøy og organisering av samarbeid

Koordinerende enheter

I Forskrift om habilitering og rehabilitering fra 2001 er det et krav at alle kommuner skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen.

I en rapport fra Helsetilsynet³⁷ ble det foretatt en oppsummering av tilsynet i 40 kommuner. Konklusjonen var at nær halvparten av kommunene ikke hadde en koordinerende enhet. Blant kommunene som hadde det, kom det frem at det til dels var uklart hvilke oppgaver enheten skulle ha. Rapporten slår fast at manglende koordinering fører til at det ofte er foreldrene som må stå for koordineringen. Tilsynsmyndigheten krever at kommunene må etablere slike enheter i tråd med forskriften, og at organiseringen må være tydelig dokumentert.

Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR) kom til tilsvarende konklusjon i en undersøkelse³⁸ som ble gjennomført i 2004 blant 73 kommuner i Buskerud, Troms, og Møre og Romsdal. Det var bare 49 prosent av kommunene som hadde etablert en slik enhet,

mens 5 prosent av kommunene oppga at de holdt på med å planlegge en slik tjenestefunksjon.

Koordinator på system- og individnivå

Myrvold og Helgesen (2009)³⁹ har kartlagt bruken av koordinatorene på bakgrunn av en spørreundersøkelse som ble sendt til kontaktpersonen eller den som var administrativt ansvarlig for psykisk helsearbeid i kommunen. I 2008 hadde 78 prosent av kommunene (N=219) ansatt en person med ansvar for å samordne det psykiske helsearbeidet. Dette gjaldt koordinatorfunksjoner på systemnivå, og altså ikke overfor enkeltbrukere.

Det ble videre spurt om kommunen oppnevner primærkontakt (koordinator) for den enkelte bruker. I 2008 var det 58 prosent av kommunene som svarte at de vanligvis eller av og til brukte slike koordinatorene for enkeltbrukere. I undersøkelsen ble det ikke stilt flere spørsmål om hvilke tjenester eller brukere slike koordinatorene ble brukt overfor.

I perioden fra 2002 til 2008 er det litt flere kommuner som har fått koordinatorene på systemnivå, mens det er omtrent like mange som har koordinatorene på individnivå.

Familiens hus

Familiens hus er inspirert av tilsvarende modeller i Sverige og Danmark, og utviklet gjennom prosjektet «Forsøk med familiesentre i Norge 2002–2004». Modellen innebærer at de viktigste tilbudene til barn og unge med spesielle behov samles under ett tak, slik at det bokstavelig talt blir «én dør inn» til tjenestene.

Sentrale tjenester som ofte inngår i familiens hus, er helsestasjon for barn og unge, barneverntjenesten og PP-tjenesten. Andre tjenester som ofte er med, er svangerskapsomsorgen og det som kalles åpen barnehage, som er et gratis tilbud til den foresatte og barnet, med frivillig oppmøte.

Familiens hus innebærer ingen felles løsning for hvordan tjenestene er organisert. I noen av forsøkskommunene er det etablert egne organisatoriske enheter for tjenestene i Familiens hus. I andre kommuner er det ikke gjort noen organisatoriske endringer som følge av etableringen av den nye modellen⁴⁰.

36 NOU 2002:12: Barnevernet i Norge, side 61–62

37 Helsetilsynet (2007): Oppsummering av landsomfattende tilsyn med habiliteringstjenester til barn 2006. Ikkje likeverdige habiliteringstjenester til barn

38 SKUR: Færrest mulig kontordører å gå gjennom

39 Myrvold, Trine og Marit Helgesen (2009): Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning. NIBR-rapport 2009:4

40 Universitetet i Tromsø (2008): Familiens hus. Et tverrfaglig lavterskeltilbud. Utgitt sammen med RBUP nord.

Haugland mfl. (2006)⁴¹ har evaluert forsøk med etablering av modellen i seks kommuner. Evalueringen konkluderer med at familiesentrene har vist seg som et effektivt virkemiddel for å skape bedre tilgjengelighet til tjenestetilbudet, både gjennom tverrfaglighet og ved at man har lyktes i å legge til rette for større grad av brukermedvirkning. Risikofamilier og barn som tidligere ikke var syke eller problematiske nok for barnevern, PP-tjenesten og det psykiske helsevernet for barn og unge, får nå tverrfaglig hjelp, dels i familiesenteret, og dels fra de andre tjenestene.

Også brukerne er svært fornøyde. Brukere med omfattende og sammensatte behov rapporterer at de nå slipper å bruke krefter på å koordinere et vanskelig tilgjengelig hjelpeapparat.

Evalueringen beskriver også motstand mot innføring av familiesentermodellen. Forskerne forklarer motstanden med at modellen innebærer forandringer som endrer maktforhold mellom fagfolk, og mellom fagfolk og brukere.

Det er videre dokumentert at barneverntjenesten og helsesøstertjenesten har vært mer positive til innføring av modellen enn PP-tjenesten. Bare halvparten av PP-tjenestene deltok aktivt i familiesenteret i løpet av prosjektperioden. I to av kommunene ble dette begrunnet med manglende kapasitet til å delta, og i en annen kommune ble en interkommunal organisering av PP-tjenesten presentert som hinder for deltakelse.

I 2006 var modellen prøvd ut i 50 kommuner. I Helsedirektoratets veileder for «*Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*»⁴² blir Familiens hus omtalt som en velegnet modell for samordning av tilbudet til denne målgruppen. Videre har RBUP Nord fått i oppdrag av Helsedirektoratet å fremme og videreutvikle modellen i Norge.

Samarbeidsavtaler

De ansvarlige departementene har gitt klare føringer om at det bør inngås forpliktende samarbeidsavtaler mellom de regionale helseforetakene og samarbeidspartnere som Bufetat og kommunene. Disse avtalene bør omfatte «*rutiner for utskrivning, faglig og økonomisk samarbeid om særlig ressurskrevende brukere, rutiner for individuell plan, kompetansehevende tiltak, med videre*», jf. St.prp. nr. 1 (2004–2005).

41 Haugland, Randi mfl. (2006): Evaluering av forsøk med familiesentre i Norge 2002-2004. Utgitt ved det medisinske fakultet, Universitetet i Tromsø

42 http://www.helsedirektoratet.no/psykisk/publikasjoner/publikasjoner/psykisk_helsearbeid_for_barn_og_unge_i_kommunene_58112

Myrvold og Helgesen (2009) har kartlagt bruken av slike avtaler. Andelen kommuner med avtaler med spesialisthelsetjenesten har økt fra 56 prosent i 2002 til 85 prosent i 2008. Innholdet i avtalene varierer fra kommune til kommune. I 2008 var det 62 prosent av kommunene som hadde en avtale om rutiner ved utskrivning, og 17 prosent som hadde en avtale som regulerer konflikter.

I denne studien er det videre analysert om samarbeidsavtaler bidrar til å redusere omfanget av samarbeidsproblemer. Resultatet av analysen er at det ikke er signifikante forskjeller mellom kommuner med og uten slike avtaler. Forskerne mener at den mest nærliggende forklaringen til at det ikke kan dokumenteres at avtalene har effekt, er at formelle avtaler har liten betydning for hvordan samarbeidet skjer i praksis.

Behandlingslinje for barn og unge med diagnosen ADHD (Østfoldmodellen)

Sykehuset Østfold v/Psykisk helsevern for barn og unge har i samarbeid med kommunene i Østfold tatt i bruk en modell som i Norge er blitt kjent som Østfoldmodellen, en behandlingslinje for barn og unge med ADHD. Her klargjøres det hvilken rolle de ulike aktørene har i forhold til oppfangning, henvisning, utredning/diagnostisering, og oppfølging/tiltak. Den rollen de enkelte aktørene skal ha rent konkret, er beskrevet i manualer for henholdsvis fastlegene, PP-tjenesten, helsestasjonene, barnevernet, skolene og barnehagene, BUP, og foreldrene. Manualene foreligger både i elektronisk versjon på cd, på internett, og i papirversjon. Alle manualene er bygget over samme lest, og den generelle informasjonen om ADHD er lik i alle manualene. Manualene klargjør hva den enkelte tjeneste har ansvar for. Samtidig kan tjenestene også sette seg inn i hva de andre aktørene har ansvar for og kan bidra med. Dette har bidratt til å legge godt til rette for bedre samhandling og samarbeid tjenestene imellom.

Andre modeller

Det finnes også en rekke andre modeller for samarbeid og kartlegging. Når det gjelder barn og unges mentale helse, har mange tatt i bruk firfotmodellen. Den er et verktøy som er utviklet for å kunne kartlegge barn og unges psykiske vansker, men også ressurser, i et helhetsperspektiv. Kartleggingen skjer i samarbeid med de foresatte. Modellen har navn etter de fire områdene som inngår i kartleggingen: Symptomer, utvikling, personlige egenskaper, og oppvekstmiljø. Tanken bak

modellen er at den skal være til hjelp i samarbeidet når det har oppstått bekymring for et barns psykiske helse.

Den største gevinsten ved modellen er at den systematiske og standardiserte kartleggingen gir nyttig informasjon om viktige forhold knyttet til barnet. Modellen fungerer også som et verktøy som gjør det lettere å få i gang ansvarsgrupper og arbeidet med individuell plan når det er behov for det. I en evaluering av modellen som ble gjennomført i Sandnes kommune i regi av RBUP-Vest⁴³, svarte mange foreldre at det var en positiv opplevelse for dem å delta i utfyllingen av kartleggings-skjemaet. Mange opplevde også at de fikk større innsikt i barnets situasjon.

3.4.4 Erfaringer med interkommunale løsninger

Enkelte kommuner har etablert interkommunale løsninger for blant annet barnevernet. Slike løsninger kan gi større og mer slagkraftige og robuste fagmiljøer. På den annen side kan det være en utfordring å sikre god samordning med øvrige tjenester.

I ECON (2006)⁴⁴ er det foretatt en nasjonal kartlegging av formalisert samarbeid mellom kommuner. Det ble registrert drøyt 1 400 tiltak fordelt på 158 kommuner, noe som gir knapt 10 tiltak i gjennomsnitt per kommune. Samarbeidet er mest utbredt innen administrasjon og støttefunksjoner med rundt 20 prosent av tiltakene. Innen sektorene som er mest relevant for denne utredningen, hadde helse 13 prosent av tiltakene, undervisning 9 prosent, og barn for øvrig 3 prosent.

NIVI (2007)⁴⁵ gjennomførte en evaluering av interkommunalt samarbeid i Midt-Telemark som blant annet omfattet PP-tjenesten og barnevernet. Det ble pekt på en rekke gevinster som høyere kompetanse, bedre kvalitet, bedre kostnadseffektivitet, og styrket rettssikkerhet for brukerne. Samarbeidet skapte imidlertid også nye utfordringer. En hovedkonklusjon var at mange så behov for klargjøring av roller og ansvar mellom de involverte aktørene, særlig med hensyn til ansvaret for politiske beslutninger og rollefordelingen i budsjettprosessen.

Brandtzæg (2006)⁴⁶ foretok en evaluering av forsøk med interkommunalt barnevern. På dette

tidspunkt var det satt i gang 13 slike forsøk. Fem av forsøkene var organisert med egne styrer, og resten var etter en modell med vertskommune. I evalueringen er seks av de 13 forsøkene studert nærmere.

Det viktigste formålet med alle forsøkene har vært å styrke og utvikle tjenesten gjennom å etablere et større og mer robust fagmiljø. Ikke noen av samarbeidene har hatt som mål å spare penger. Konklusjonen i evalueringen er at fagmiljøene var blitt styrket, og det var blitt bedre kvalitet på tjenestene. Størst positiv effekt var det for håndtering av de tunge omsorgssakene. Ikke alle samarbeidene hadde i like stor grad greid å styrke det forebyggende arbeidet. I miljøene med flest ansatte hadde man klart å få til en faglig spesialisering. Samarbeidene synes ikke å redusere brukernes tilgjengelighet til tjenesten. Tvert imot har økt fysisk avstand ført til at brukerne føler seg mer anonyme når de slipper å gi seg til kjenne i eget kommunehus, og det har derfor blitt lettere å ta kontakt med barneverntjenesten for manges vedkommende.

3.5 Oppsummering

Dette kapitlet har omtalt hvordan kommunene har organisert samarbeidet mellom ulike tjenester. Dessuten er det gitt en omtale av noen undersøkelser av instanser som er involvert i tilbudet til enkeltbrukere. Utvalget har særlig merket seg følgende funn og konklusjoner:

Mange instanser er involvert i samarbeid

- Barnevernet, helsestasjonen, PP-tjenesten og skolehelsetjenesten er en del av et formelt organisert samarbeid i mer enn 80 prosent av kommunene. Disse fire tjenestene inngår dermed oftest i slikt samarbeid.
- For tilbudet til barn med psykiske vansker har helsetjenesten og PP-tjenesten oftest kontakt med skole/barnehage og det psykiske helsevernet for barn og unge. Videre har de ofte kontakt med hverandre, med barnevernet og med fastlegen.
- Skolene inngår i formelle modeller for samordning for rundt halvparten av kommunene. Eksempelvis er det vanlig at skolene inngår i forebyggende tiltak mot kriminalitet (SLT), og

⁴³ Ursin et al 2008: Firtotmodellen

⁴⁴ ECON (2006): Interkommunalt samarbeid i Norge – omfang og politisk styring

⁴⁵ NIVI (2007): Evaluering av interkommunalt samarbeid i Midt-Telemark

⁴⁶ Brandtzæg (2006): Evaluering av forsøk med interkommunalt barnevern. Rapport fra Telemarksforskning

som en del av et samlet tilbud til barn med psykiske vansker.

- Barnehagene inngår i formelle samordningsmodeller i drøyt en tredjedel av kommunene. Som regel ser en at barnehagene deltar i uformelle modeller for samarbeid, som en del av et samlet tilbud til enkeltbrukere.
- Kommuner som har innført modellen SLT har lykket med en bred mobilisering av ulike kommunale tjenester. Disse kommunene ønsker imidlertid i større grad deltakelse fra tjenester som NAV, det psykiske helsevernet for barn og unge, ungdomsråd, og videregående skoler.

Brukerne er fornøyde med enkelttjenester, men i mindre grad med samordningen

Brukerne har rapportert stor grad av tilfredshet med den enkelte tjeneste. De er imidlertid langt mindre fornøyd med samordningen av de ulike tilbudene samt med informasjonsutvekslingen og avklaring av ansvarsforholdet mellom tjenestene.

I en undersøkelse av samordningen av tilbudet til elever med spesialundervisning er det dokumentert at foreldrene har et enda større omfang av samarbeid eller kontakt med de ulike instansene enn skolene.

Svakheter i tilbudet til barn og unge med psykiske vansker

Det er fastlegen som oftest er registrert som henviser til det psykiske helsevernet for barn og unge (58 prosent av sakene). I mange tilfelle har fastlegen foretatt en direkte henvisning uten at andre instanser har vært involvert.

PP-tjenesten og helsetjenesten rapporterer at samarbeidet fungerer best med skole/barnehage og dårligst med fastlegen. Et hovedproblem er at det er for få møtepunkter.

Bare en tredjedel av de kommunale tjenestene oppfatter at det er en klar fordeling av ansvar mellom kommunen og poliklinikkene i det psykiske helsevernet for barn og unge. 34 prosent av kommunene samarbeider ikke rutinemessig med poliklinikkene. Samlet er det bare 20 prosent av deltjenestene som har en skriftlig samarbeidsavtale med poliklinikken.

Barn og unge med lærevansker har ofte også psykososiale vansker

I 1996 hadde PP-tjenesten etablert kontakt med instanser utenfor skolen for 82 prosent av elevene

med spesialundervisning. Behovet for et sammenlagt tilbud henger sammen med at disse elevene ofte har både lærevansker og andre problemer. Av elevene med spesialundervisning i grunnskolen var det dette året tre av fire som hadde psykososiale vansker. Videre hadde halvparten fysiske og medisinske vansker.

Tydlig ledelse og gode opplegg for styring er avgjørende for et godt samarbeid...

Erfaringene fra Norge og utlandet er at helhetlig virksomhet fremmes blant annet av klare og realistiske mål, klart definerte roller, sterk ledelse og styring på tvers av tjenester, og gode systemer for deling av informasjon. Og motsatt blir samarbeid hemmet av svak ledelse, mangel på formaliserte retningslinjer, og uklare roller og ansvarsfordeling.

... men ledelsen har ofte ikke etablert tilfredsstillende rutiner for styring

90 prosent av kommunene har rapportert om uformelle samarbeidsmåter tjenestene imellom, og 70 prosent hadde formalisert organiseringen av samarbeidet.

Ved tilsyn er det imidlertid funnet at en langt lavere andel har en tilfredsstillende organisering av samarbeidet, noe følgende forhold illustrerer:

- Det er brudd på regelverket som skal sikre samarbeid om tjenester til utsatte barn og unge i 90 av 114 kommuner. Rundt 60 av de 114 kommunene har enten ikke lagt til rette for samarbeid, eller det planlagte samarbeidet er ikke fulgt opp
- En tredjedel av de 114 undersøkte kommunene har ikke rutiner for å utarbeide individuelle planer. En gjennomgang av et utvalg journaler avdekket at det bare var 6 av 220 tjenestemottakere som hadde individuell plan.
- Halvparten av kommunene har ikke tilfredsstillende rutiner for utarbeiding av tiltaksplaner i barnevernet.
- Helsetilsynet har funnet at 40 av de 114 kommunene ikke har et avvikssystem for den type feil som kan oppstå. Riksrevisjonen har funnet betydelige svakheter og mangler i systemet for internkontroll hos 65 av 70 tjenesteytere.
- Helsetilsynet har anslått at det i rundt to tredjedeler av kommunene er en alvorlig risiko for at barn og unge ikke fanges opp til rett tid.

Samarbeid mellom profesjoner med ulike verdier, normer og problemoppfatning

De ansatte i barnevernet, helsetjenesten og undervisningssektoren har i stor grad ulik yrkesutdanning. Ulike verdier, normer og problemoppfatninger kan være hemmende for samarbeidet. Samhandling blir fremmet av at de ansatte har god samarbeidskompetanse, god kunnskap og oversikt om hverandres kompetanse, og selvsagt også gode erfaringer med å henvende seg til andre deler av hjelpeapparatet i konkrete saker.

Små kommuner mangler kompetanse, men skårer bedre på samordning

Små kommuner er preget av små fagmiljøer og mangel på psykologer og andre yrkesgrupper. Ansatte i tjenestene oppfatter også egen kompetanse som bedre i store enn i små kommuner.

På den annen side viser studier at brukere i kommuner med færre enn 6 000 innbyggere er mer tilfredse med samhandlingen mellom tjenestene enn brukere i større kommuner.

Det er videre flere små enn store kommuner som får veiledning fra poliklinikkene og som opplever et godt samarbeid med disse.

Individuell plan gir økt tilfredshet, men ikke alle med behov har slik plan

Brukere opplever at individuell plan bidrar til økt tilfredshet blant barn og foreldre når det gjelder samordning av tjenestene, ansvarsavklaring, og informasjonsutveksling.

En del barn og unge med psykiske vansker har individuell plan. Det er imidlertid behov for økt bruk av individuell plan blant disse brukerne og blant barn og unge med andre problemer.

Positive erfaringer med ansvarsgrupper, men også muligheter for forbedringer

Ansvarsgrupper er mye brukt til å organisere tilbudet til enkeltbrukere. Det blir rapportert om positive erfaringer, men også at møtene ikke alltid er godt nok forberedt. I flere tilfeller har det også vist seg at en del relevante tjenester uteblir fra møtene. Dette begrenser selvsagt ansvarsgruppens verdi.

Kapittel 4

Taushetsplikten – utveksling av informasjon som forutsetning for koordinering av tjenestetilbudet

4.1 Innledning

Det fremgår av mandatet at utvalget skal gi en vurdering av hvordan plikten til samarbeid kan nedfelles i lovverket og hvordan de ulike lovene må harmoniseres på dette området. Videre fremgår det at utvalget skal foreta en gjennomgang av dagens lov- og regelverk på området, herunder spørsmålet om hvordan taushetsplikten praktiseres. I dette kapitlet gis det en presentasjon av taushetspliktsbestemmelsene med særlig fokus på betydningen disse bestemmelsene har for samarbeid mellom instansene. Utvalgets vurdering av og forslag knyttet til taushetspliktsbestemmelsene fremgår i kapittel 6.8.

Reglene om taushetsplikt om opplysninger tjenesteyter får kunnskap om i forbindelse med arbeid med barn og unge, er spredt rundt i de ulike tjenestelovene. Reglene er dels ulikt utformet fordi lovgiver har lagt til grunn at det gjør seg noe ulike personvern hensyn gjeldende innen de ulike tjenestefeltene.

Det eksisterer to typer av taushetsplikt i de systemene som yter tjenester til barn og unge. Den forvaltningsmessige taushetsplikt gjelder for alle som deltar i offentlig tjenesteyting, mens den strengere profesjonsbaserte taushetsplikt (yrkesmessig taushetsplikt) bare gjelder for helsepersonell. Man kan inndeile de ulike regelsettene i kategorier ut fra hvilke hensyn som ligger bak reglene:

- ansatte i skole, barnehage og PP-tjenesten
- ansatte i sosialtjenesten
- ansatte i barneverntjenesten
- ansatte i helsetjenesten

Hver av disse kategoriene har egne regelsett. Felles for alle er opplysningsplikten overfor barneverntjenesten.

4.2 Hva taushetsplikten omfatter

Ansatte i *barnehage- og skolesektoren* (herunder PP-tjenesten) har like regler om taushetsplikt. Både

barnehageloven § 20 og opplæringsloven § 15–1 henviser videre til forvaltningslovens regler om taushetsplikt i § 13 flg¹. Den forvaltningsmessige taushetsplikten omfatter etter forvaltningsloven § 13 a opplysninger «om personlige forhold» tjenesteyter blir kjent med gjennom sitt arbeid. Nøytrale opplysninger som fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted omfattes ikke av taushetsplikten med mindre slike opplysninger røper et klientforhold eller andre forhold ved tjenestemottaker som må likestilles med personlige forhold.

Sosialtjenesten kan faglig sett plasseres i en slags mellomstilling mellom ordinær forvaltningsmessig virksomhet og helsetjenesten. Lovgiver har lagt til grunn at det er sterkere beskyttelsehensyn som gjør seg gjeldende innen sosialtjenesten sett i forhold til den øvrige forvaltningen. I henhold til sosialtjenesteloven § 8–8 er taushetsplikten mer omfattende ved at tjenesteytere innen sosialtjenesten også har taushetsplikt om opplysninger om fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted.

I *barnevernloven* § 6–7 er den forvaltningsmessige taushetsplikten gjort gjeldende på samme måte som i sosialtjenesteloven under henvisning til forvaltningslovens bestemmelser. Også for barneverntjenesten gjelder den skjerpede taushetsplikten der opplysninger om fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted er underlagt taushetsplikt.

Tjenesteytere innen *helsetjenesten* er, i tillegg til forvaltningsmessig taushetsplikt, også underlagt yrkesmessig taushetsplikt. Den yrkesmessige taushetsplikten er regulert i helsepersonelloven kapittel 5, og er mer omfattende enn den forvaltningsmessige taushetsplikten. Helsepersonelloven gjelder for alt helsepersonell, uavhengig av

¹ Helsepersonell som arbeider i PP-tjenesten og som utøver behandling eller veiledning overfor enkeltelever, er i tillegg underlagt den profesjonsbaserte taushetsplikten i helsepersonelloven.

om man arbeider i kommunal sektor eller i spesialisthelsetjenesten. Taushetspliktbestemmelsen i helsepersonelloven § 21 sonderer ikke mellom nøytrale og personsensitive opplysninger slik forvaltningsloven gjør. Alle opplysninger om «*legems- og sykdomsforhold*» er å regne som personlige forhold som er underlagt taushetsplikt. Helsepersonell har også taushetsplikt om fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted.

4.3 Unntak fra taushetsplikten ved samarbeid mellom ulike tjenestefelt

Spørsmålet om taushetspliktreglene er til hinder for informasjonsutveksling med tanke på samarbeid mellom ulike tjenestefelt, må vurderes med utgangspunkt i de unntaksreglene som følger av de ulike regelsettene. Taushetspliktreglene er utarbeidet slik at de til en viss grad skal være dynamiske og fange opp ulike situasjoner hvor det er nødvendig å utveksle informasjon. Det er gjort unntak fra taushetsplikten i alle regelsettene ved at de ulike personene som gir tilbud innen en og samme tjeneste, gis anledning til å utveksle nødvendig informasjon. Likeledes inneholder reglene unntak til bruk ved administrasjon og statistikkutforming, forskningsformål, oppdatering av sentrale registre, og til bruk ved melding til kontrollinstanser og politi (ved mistanke om alvorlig kriminalitet). Ut over de situasjonene hvor opplysningsplikten til barneverntjenesten og sosialtjenesten inntreffer, gir de unntakene som er nedfelt i dagens lovgivning en rett, men ingen plikt til informasjonsutveksling.

Utvalgets mandat gir ikke grunnlag for gjennomgang av alle unntakene fra taushetsplikten i alle regelsettene. I det følgende gjennomgås bare unntaksbestemmelser som omhandler informasjonsutveksling mellom ulike tjenestefelt hvor det er hensynet til samordning og koordinering av tjenestetilbudet som utløser behov for utveksling av informasjon.

Unntak fra den ordinære forvaltningsmessige taushetsplikt

For ansatte i barnehage, skole og PP-tjenesten er det unntakene i forvaltningsloven som anvendes. Unntaksreglene er inndelt etter to hovedhensyn i § 13 a om begrensninger i taushetsplikten «*når det ikke er behov for beskyttelse*» og i § 13 b om

begrensninger «*ut fra private eller offentlige interesser*».

De to unntakene i forvaltningsloven § 13 a som er aktuelle med tanke på ordinært samarbeid mellom ulike tjenestefelt, er *samtykke* og *anonymisering*. For barn og unge vil det være den eller dem som har foreldreansvar for barnet, som kan samtykke på vegne av barnet. Innholdet i foreldresvaret er nærmere angitt i barneloven § 30. Forvaltningsloven angir ikke noen aldersgrense for når barn kan samtykke selv, men foreldrene skal la barnets selvbestemmelsesrett utvikles i takt med alder og modenhet etter barneloven § 33. Det samme prinsippet er nedfelt i artikkel 12 i FN's barnekonvensjon. Mange kommuner har utviklet gode rutiner for innhenting av slikt samtykke i en tidlig fase i den enkelte sak.

Informasjonsutveksling når opplysningene gis anonymisert, det vil si på en måte som ikke gir mottaker mulighet for personidentifisering, vil også i noen grad kunne avhjelpe behovet for koordinering. Et eksempel på en slik situasjon vil være at skolen drøfter en problemstilling knyttet til særlige utfordringer i skolehverdagen for en elev med barneverntjenesten, uten at elevens identitet oppgis.

Forvaltningsloven § 13 b omhandler unntak fra taushetsplikten med bakgrunn i situasjoner hvor «*private eller offentlige interesser*» tilsier at opplysningene kan videreformidles. Av § 13 b nr. 2 og 3 følger at opplysninger kan gis til samarbeidende personell som ledd i saksbehandlingen i enkeltsaker. Dette gjelder også i situasjoner hvor arbeidet med den enkelte sak innbefatter kontakt med personell fra andre tjenestefelt (organer)².

Unntaket som eksplisitt omhandler informasjonsutveksling mellom ulike tjenestefelt, er nedfelt i § 13 b nr. 5. Bestemmelsen angir at et forvaltningsorgan kan gi andre forvaltningsorganer «*opplysninger om en persons forbindelse med organet og om avgjørelser som er truffet*». En skole vil etter denne bestemmelsen f.eks. kunne gi opplysninger til barneverntjenesten om at det er truffet vedtak om støttetiltak for et barn, selv om man ikke er i en situasjon hvor det foreligger opplysningsplikt etter barnevernloven § 6–4 eller samtykke fra foreldrene. For øvrig kan man utveksle informasjon med andre forvaltningsorgan i den grad dette gjøres «*for å fremme avgiverorganets interesser*». Dermed informasjonsutvekslingen bare er nødvendig for mottakerorganets tilbud til tjenestemottaker, må det foreligge samtykke.

² Uttalelse fra Justisdepartementets Lovavdeling til Datatilsynet, datert 02.06.95.

Unntak fra sosialtjenestens taushetsplikt

For sosialtjenesten gjelder i utgangspunktet de samme unntak som i forvaltningen for øvrig. Dette betyr at også ansatte i sosialtjenesten kan utveksle informasjon med andre tjenestefelt basert på samtykke eller ved å anonymisere opplysninger.

De sterkere personvern hensyn som gjør seg gjeldende for sosialtjenesten, gjenspeiler seg imidlertid også i unntaksbestemmelsene som gjelder informasjonsutveksling med andre forvaltningsorganer. Av sosialtjenesteloven § 8–8 følger det at informasjonsutveksling etter forvaltningsloven § 13 b nr. 5, bare kan gis når «*dette er nødvendig for å fremme sosialtjenestens eller institusjonens oppgaver, eller for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse*». Det generelle unntaket om informasjonsutveksling med andre forvaltningsorganer er på denne måten mer innsnevret i forhold til den øvrige forvaltningen. Informasjonsutveksling «*om en persons forbindelse med organet og om avgjørelser som er truffet*» kan bare skje når dette er i sosialtjenestens interesse eller der det foreligger nødrett.

Unntak fra barneverntjenestens taushetsplikt

For barneverntjenesten gjelder i utgangspunktet de samme unntak som for forvaltningen for øvrig. Dette betyr at også ansatte i barneverntjenesten kan utveksle informasjon med andre tjenestefelt basert på samtykke eller ved å anonymisere opplysninger.

Barn har selvstendig samtykkekompetanse fra de er 15 år, jf. barnevernloven § 6–3. Innenfor barnevernfeltet kommer også hensynet til barnet inn som en ekstra begrensning i gitte situasjoner selv om barnet ikke er fylt 15 år. Der hvor barnets interesse tilsier det, kan fylkesmannen bestemme at opplysninger skal være undergitt taushetsplikt selv om foreldrene har gitt samtykke til at de gjøres kjent. I barnevernloven følger også tilsvarende innskrenkning av unntaksbestemmelsene i forvaltningsloven § 13 b nr. 5 som gjelder innen sosialtjenesten.

Forarbeidene til barnevernloven understreker tydelig at man vektla hensynet til den enkeltes personvern i større grad enn hensynet til behovet for samarbeid i enkeltsaker da bestemmelsen i § 6–7 ble utformet³. I forarbeidene uttrykkes blant annet skepsis til faste barnevernteam. I juridisk teori oppfattes dette som et signal om at bestemmelsen må tolkes restriktivt slik at barneverntjenestens

mulighet for tverretattlig samarbeid er betydelig begrenset. I teorien etterlyses også endringer i taushetspliktebestemmelsene med henblikk på at tverretattlig samarbeid er gitt mye oppmerksomhet de siste årene⁴.

Unntak fra helsepersonells taushetsplikt

Helsepersonelloven kapittel 5 inneholder en rekke unntak fra taushetsplikten på samme måte som den forvaltningsmessige taushetsplikten, angående samtykke, anonymisering, forsvarlig saksbehandling, forskning og administrasjon. Barn har selvstendig samtykkekompetanse fra de er 16 år jf. pasientrettighetsloven § 4–3.

Den mest sentrale bestemmelsen for samhandling og samarbeid, er helsepersonelloven § 25 som omhandler begrensninger i taushetsplikten ved informasjonsutveksling med samarbeidende personell. Unntaket gjelder imidlertid bare annet helsepersonell som også omfattes av helsepersonellbegrepet i helsepersonelloven § 3. Dette innebærer at ansatte i skole, sosialtjeneste og barneverntjeneste faller utenfor den krets av personer som omfattes av bestemmelsen. Helsepersonell kan derfor ikke utveksle informasjon med andre tjenester dersom det ikke foreligger samtykke fra pasienten (eller den eller dem med foreldreansvar). Helsepersonell vil dermed ikke kunne utveksle informasjon i enkeltsaker på samme måte som personell som bare er underlagt forvaltningsmessig taushetsplikt etter forvaltningsloven § 13 b nr. 2 uten at det foreligger samtykke.

Opplysningsplikten

Barneverntjenestens tilgang til informasjon fra andre tjenestefelt står i en særstilling. Andre offentlige tjenesteytere er underlagt opplysningsplikt til barneverntjenesten i nærmere angitte situasjoner. Opplysningsplikten følger både av barnevernloven § 6–4, opplæringsloven 15–3, barnehageloven § 22, sosialtjenesteloven § 8–8 a og helsepersonelloven § 33. Opplysningsplikten er likt uformet i de ulike lovene, og omfatter både

- en aktivitetsplikt uten at barneverntjenesten henvender seg til organet og ber om opplysninger (av eget tiltak), og
- en opplysningsplikt når barneverntjenesten ber om opplysninger.

³ Ot.prp. nr. 44 (1991–92) side 26.

⁴ Lindboe, K. Barnevernrett, Oslo 2008, side 185, Ofstad, K., Skar, R. (2004): Barnevernloven med kommentarer, Oslo: Gyldendal Akademisk, 4. utgave, side 292.

Opplysningsplikten er imidlertid begrenset til de mest alvorlige situasjonene hvor

«det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf. lov om barneverntjenester § 4–10, § 4–11, § 4–12, eller når et barn har vist vedvarende alvorlige adferdsvansker, jf. samme lov § 4–24».

Bestemmelsene om opplysningsplikt skiller seg fra de andre unntakene fra taushetsplikten både fordi personell som kommer i slike situasjoner ikke kan velge om opplysningene skal videreformidles, og fordi det her er hensynet til mottakerorganets tjenestetilbud som skal ivaretas (ikke avgiverorganets interesser).

I barnevernloven § 6–7 a er det nå tatt inn en bestemmelse om barneverntjenestens tilbakemelding til den som sender bekymringsmelding til barneverntjenesten⁵. Bakgrunnen for at bestemmelsen ble tatt inn i loven, var kritikk mot at den som velger å benytte seg av opplysningsplikten, i liten grad fikk informasjon om hvordan barneverntjenesten fulgte opp saken videre. I bestemmelsens fjerde ledd er det tatt inn en presisering av barneverntjenestens mulighet til å gi andre organer opplysninger om et barn når dette fremmer «*barneverntjenestens oppgaver*». Bestemmelsen trådte i kraft 1. juli 2009, slik at det ikke er mulig å trekke noen konklusjoner knyttet til hvilken effekt den har hatt ennå. Det er imidlertid nå tydeliggjort at barneverntjenesten kan dele informasjon om et barn med andre etater, noe som igjen kan gi en forventning om økt forståelse mellom de ulike tjenestene og økt samarbeid der dette er formålstjenlig.

Dersom det er åpnet undersøkelsessak, skal barneverntjenesten gi melder som omfattes av § 6–4 annet og tredje ledd, ny tilbakemelding om at undersøkelsen er gjennomført. Den nye tilbakemeldingen skal sendes innen tre uker etter at undersøkelsen er gjennomført, og skal inneholde opplysninger om hvorvidt saken er henlagt eller om barneverntjenesten følger opp saken videre.

4.4 Nærmere om praktiseringen av unntak fra taushetsplikten

Organisering av tjenestetilbudet og samarbeid i enkeltsaker

Kommunene har stor handlefrihet med hensyn til organisering av virksomheten. Mange kommuner slår sammen ulike deltjenester. Noen kommuner

har innlemmet både barneverntjenesten og hele sosialtjenesten organisatorisk i NAV. Arbeids- og velferdsloven har som formål å sikre en helhetlig og samordnet anvendelse av arbeidsmarkedsloven, folketrygdloven og deler av sosialtjenesteloven. Arbeids- og velferdsforvaltningsloven § 16 inneholder derfor en bestemmelse om at NAV er å anse som ett og samme forvaltningsorgan, slik at ansatte i henholdsvis arbeidsmarkedsfeltet og sosialtjenesten vil kunne utveksle informasjon om tjenestemottaker uten hinder av taushetsplikten. I forarbeidene til loven fremgår det at selv om bestemmelsen innholdsmessig var ny i forhold til gjeldende regler, går den ikke vesentlig lengre i å tillate utveksling av personopplysninger enn det som ble gjort rutinemessig innenfor lovgivningen og organisering før NAV-reformen⁶. Arbeids- og velferdsetaten og sosialkontoret er gitt anledning til å opprette felles arkiv og saksbehandlingssystem til tross for at det felles lokale kontoret formelt sett omfatter to atskilte organer i forvaltningslovens forstand.

Samorganisering av ulike deltjenester underlagt andre lover enn de som omfattes av NAV-reformen, vil ikke påvirke retten til informasjonsutveksling.

Som det fremgår av kapittel 6.8, vil ikke utvalget anbefale at det opprettes en felles fast forankret organisatorisk enhet lik NAV-kontorene. Ansatte i de ulike deltjenestene vil derfor, til tross for eventuell samorganisering, fortsatt ha sin virksomhet forankret i ulike tjenestelover og må fortsatt forholde seg til de regler for taushetsplikt som er skissert over. I tillegg må virksomheten i en samlet enhet (ut over tjenestene som omfattes av NAV-reformen) innrettes slik at de ansatte i de ulike deltjenestene kun har tilgang til eget arkiv- og journal-system⁷.

Uavhengig av hvordan kommunen organiserer sin totale virksomhet, vil behovet for samarbeid og samhandling mellom ulike deltjenester oppstå i enkeltsaker. Det vil også være nødvendig med samarbeid mellom de kommunale tjenestene og fylkeskommunale eller statlige tjenester. Med utgangspunkt i gjennomgangen over legger utvalget til grunn at det er unntaksregelen om samtykke fra den som har krav på taushet i de ulike regelverkene, som gir best forutsetning for gjennomføring av tverretattlig samarbeid under dagens regelverk.

⁶ Ot.prp. nr. 47 (2005–2006).

⁷ Molven, O., Stavrum, A. (2009): Taushetsplikt og samhandling i kommunalt arbeid for barn – ungdom – familier. KS Veileder

⁵ Ot.prp. nr. 69 (2008–2009), i kraft 01.07.2009

4.5 Om taushetsplikt i tidligere offentlige utredninger

Forholdet mellom muligheten for samarbeid mellom ulike tjenestefelt og taushetspliktreglene er omtalt i en rekke offentlige utredninger knyttet til helse-, sosial-, og skolesektoren.

- Allerede i NOU 1982:26 foreslo det såkalte barnemishandlingsutvalget en oppmykning av reglene om taushetsplikt for de ansatte i barneverntjenesten. Det ble foreslått en bestemmelse hvor barneverntjenesten, uten at det forelå samtykke fra foreldrene, kunne innkalle til tverretatlige møter for å drøfte enkeltsaker, og videre at deltakerne på disse møtene skulle være fritatt fra taushetsplikten under møtet. Dette forslaget ble ikke fulgt opp.
- Befringutvalgets innstilling NOU 2000:12 fremhevet andre faktorer enn taushetspliktreglene som sentrale hindre for godt samarbeid mellom ulike etater og tjenestefelt (kulturforskjeller, økonomi, tidsnød, profesjonskamp m.m.). Utvalget uttrykte imidlertid at taushetspliktreglene kan virke kompliserte, og at positive signaler fra myndighetene om tverrfaglig samarbeid reiser spørsmålet om man bør ha klarere juridisk grunnlag for slikt samarbeid.
- St.meld. nr. 40 (2001–2002) *Om barne- og ungdomsvernet* inneholder tilsvarende refleksjoner. I meldingen ble gode rutiner for innhenting av samtykke som grunnlag for informasjonsutveksling fremhevet som et viktig tiltak.
- Forslaget i NOU 2004:18 til saksbehandlingsystem i en ny felles lov om helse- og sosialtjenester i kommunen er koblet opp mot en justering av både den forvaltningsmessige og yrkesmessige taushetsplikt for de tjenesteyterne som er involvert i en og samme sak. Dette er behandlet i denne utrednings kapittel 6.7.

I lovforslaget § 9–6 er det foreslått unntak fra taushetsplikten for alt personell som er involvert i leveranse av det totale tjenestetilbudet når informasjonsutveksling er «*nødvendig av hensyn til gjennomføringen av tjenestetilbudet*». Forslaget er nivåøytralt slik at adgangen til informasjonsutveksling gjelder både kommunalt og statlig nivå. Fra merknadene til bestemmelsen i innstillingen på side 148 hitsettes:

«I stedet for et system med forholdsvis lave terskler for informasjonsutveksling innen én og samme profesjon, men ganske høye terskler mot andre profesjoner, er den rettslige begrensning i stedet knyttet eksklusivt til partsautonomien og det konkrete behov for meddelelse, men bare innenfor de rammer hvor tjenestemotta-

ker vil ha grunn til å vente informasjonsutveksling, og dermed får anledning til å protestere mot denne om hun eller han har motforestillinger».

Det er tatt inn en reservasjon i forslaget for det tilfellet at det er grunn til å tro at tjenestemottakeren ville motsette seg slik informasjonsutveksling. Forslaget er basert på de samme prinsipper som dagens helsepersonellov § 25 som omhandler informasjonsutveksling mellom samarbeidende helsepersonell når det er nødvendig for å kunne yte forsvarlig helsehjelp. Forslaget i NOU 2004:18 er en nyskaping fordi hensynet til personvern ses i en større sammenheng, knyttet til behovet for koordinering av det totale tjenestetilbud innenfor rammene av den individuelle planen til tjenestemottaker. Hensynet til det enkelte organets interesser og hensynet til tjenestemottakers tillit til den enkelte deltjeneste vil dermed ikke være det eneste avgjørende moment i vurderingen av om retten til informasjonsutveksling skal brukes.

- Personvernkommissjonen avga nylig innstilling NOU 2009:1 *Individ og integritet*. I innstillingen skildres dagens situasjon og utfordringer knyttet til personvern innen ulike sektorer. Kommisjonen påpeker betydningen av at man ikke uthuler den profesjonsbaserte taushetsplikten for helsepersonell, og anbefalte en systematisk gjennomgang av regelverket.
- I NOU 2009:18 *Rett til læring* (Midtlyngutvalget) blir det også understreket at samordning av ulike tjenester ikke må medføre en uthuling av taushetsplikten. Midtlyngutvalget fremhever samtykke som tilstrekkelig unntakshjemmel for samarbeid på tvers av ulike tjenestefelt.

I regjeringens strategi for forebygging (2009) er det varslet en gjennomgang av regelverket for informasjonsplikt og taushetsplikt og regelverkets betydning for hvordan man forholder seg til dette i praksis.

4.6 Erfaringskunnskap/forskning om taushetsplikt

Det eksisterer lite forskning som gir konkret kunnskap om hvorvidt taushetspliktreglene faktisk er til hinder for tverretatlig samarbeid i enkeltsaker. Barnevernloven § 2–4 inneholder hjemmel til gjennomføring av forsøk hvor det kan gis samtykke til unntak fra både yrkesmessig og forvalt-

ningsmessig taushetsplikt i enkeltsaker. Til tross for at tverretatlig samarbeid har blitt et stadig mer betydningsfullt tema innen helse- og sosialsektoren de siste årene, er det så langt ikke gitt samtykke til slike forsøk. Dette har ikke sammenheng med en restriktiv praksis, men fravær av søknader om slike forsøk.

SINTEF Rapport 03/05 *Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbud for barn og unge* inneholder en gjennomgang av det eksisterende forskningsmaterialet om temaet. I rapporten gjennomgår man både juridisk teori og praksis/dokumenterte forsøk. Det konkluderes med at juristers fortolkning av taushetspliktebestemmelsene som oftest leder mot den konklusjon at taushetspliktbestemmelsene ikke i særlig grad er til hinder for samarbeid mellom ulike etater og forvaltningsnivåer.

Man påpeker imidlertid at taushetspliktreglene i stor grad forvaltes av aktører uten juridisk kompetanse, og at reglene derfor kan oppfattes som kompliserte av dem som skal bruke reglene i praksis. Det helt sentrale i enkeltsaker vil derfor først og fremst være hvorledes involvert personell anveder reglene. Hvordan reglene praktiseres, har man imidlertid lite empiri rundt. I rapporten konkluderer man derfor med at det er vanskelig å si noe om hvorvidt taushetspliktreglene virker hemmende for tverretatlig samarbeid. Under henvisning til litteraturen understrekes også her (som i flere offentlige utredninger nevnt over) at andre faktorer, som holdninger hos enkeltpersoner, ulike kulturer og arbeidsmetoder kan synes avgjørende for hvor høye barrierer som eksisterer mellom de ulike tjenestene.

Kapittel 5

Sentrale utfordringer – utvalgets vurderinger

5.1 Innledning – barnet i sentrum

Det følger av mandatet at utvalget skal se på mulighetene for bedre samarbeid mellom kommunale tjenester, og mellom kommunale og statlige tjenester som gir hjelp til utsatte barn og unge og deres foreldre. I kapittel 3 beskrives forskning og erfaringer med samarbeid mellom de berørte tjenesteyterne. Med dette som utgangspunkt har utvalget gjort en nærmere analyse av hva som er de sentrale utfordringene som har betydning for samarbeid. Utvalgets forslag til tiltak for å møte disse utfordringene, er beskrevet i kapittel 6. Samarbeid skal bidra til hovedmålet om å gi barn og unge stabile og trygge rammer for utvikling og vekst. I mandatet fokuseres det særlig på at det skal gis:

- Helhetlig og koordinert hjelp
- Til rett tid
- På lavest mulig nivå.

Dette er viktige føringer i mandatet. Samtidig vil utvalget understreke at en beskrivelse av samarbeidsutfordringer ikke bare må ta utgangspunkt i tjenesteyters ståsted, men vel så mye vurderes ut fra tjenestemottakers, og først og fremst barnets perspektiv. Det innebærer at barnets behov og interesser vektlegges også der hvor det kan være interessekonflikt mellom barn og foreldre. Fra barnets perspektiv og foreldrenes/foresattes ståsted er det særlig viktig at de opplever:

- å være i sentrum og at tjenestene er godt koordinert,
- at det er enkelt å få tilgang til hjelp, og at det blir gitt riktig hjelp,
- å få hjelp tidlig før problemene har blitt store.

5.2 Et komplekst område

Forskning og erfaringer fra sektoren viser at samarbeid om tjenester til utsatte barn og unge er et komplekst område hvor det ikke finnes få, enkle løsninger.

Mange aktører

Tjenestene leveres av mange forskjellige instanser både på kommunalt, statlig og i noen grad fylkeskommunalt nivå. I tillegg er det flere sektorer involvert. Samhandlingsutfordringene knytter seg derfor både til forhold mellom forvaltningsnivåer og forhold mellom ulike sektorer. Dessuten er det samarbeid mellom enheter innenfor samme forvaltningsnivå og sektor. Det høye antall tjenestetilbydere (mellom 15 og 20 aktører) og det faktum at disse både skal samhandle med tjenestemottaker og med hverandre, bidrar til å øke kompleksiteten.

Offentlig forvaltning kjennetegnes generelt av en gjennomgående sektorinndeling med relativt høye barrierer for samarbeid på tvers. Forsøk på å gå på tvers av sektorgrenser synliggjør både formelle og kulturelle forskjeller. Forskjellige sektorer innebærer tjenesteytere med forskjellig politisk oppdrag, historie, kompetanse og kultur. Organiseringen av tjenestene er forskjellig, likeledes finansieringssystemene og det juridiske rammeverket.

Disse forskjellene gjelder også innenfor feltet «*utsatte barn og unge*» hvor det er flere sentrale sektorer som utdanningssektoren, barne- og familiesektoren, justissektoren og helse- og omsorgssektoren. Dette bidrar til å øke kompleksiteten, og representerer en utfordring som utvalgets forslag tar sikte på å endre.

Et felt i kontinuerlig endring

Innen de forskjellige fag- og politikkområdene har det skjedd store endringer de siste 20 årene. Det er generelt mer fokus på rettighetsperspektivet med vektlegging av brukerrettigheter innen en rekke sektorer. Innen helseområdet ser en dette tydelig gjennom lovfesting av pasientrettigheter.

Det er også økt oppmerksomhet rundt barnets perspektiv. Her har det vært en gradvis holdningsendring. Tidligere var foreldrenes rettigheter sterkest vektlagt, mens det nå er økende forståelse for nødvendigheten av å sette barnas behov og rettigheter i sentrum. Vektleggingen av barnets perspektiv følger også av FNs barnekonvensjon som

ble vedtatt i 1989 og inkorporert i norsk rett i 2003. Her fastslås det at «*ved alle handlinger som berører barn skal barnets beste være et grunnleggende hensyn*».

Videre er det tatt i bruk nye behandlingsformer og metoder:

- Mange spesialskoler og institusjoner er nedlagt. Tilbud til barn og unge gis primært lokalt i barnets hjemmemiljø.
- Betydningen av tidlig innsats for å gi barn stabile og trygge rammer for utvikling og vekst, har fått økt oppmerksomhet.
- Selv om tjenester til barn og unge fortsatt har et individperspektiv, er det i tillegg mer fokus på systemrettet arbeid.
- Det er innført nye forskningsbaserte metoder i arbeidet med barn og unge (f.eks. De Utrolige Årene [Webster-Stratton], Parent Management Training- Oregonmodellen [PMTO], Multisystemisk Terapi [MST], m.m.).

Utsatte tjenestemottakere og uklart brukerbegrep

Brukerbegrepet innen dette feltet er ikke uten videre klart. Gjennom det uklare brukerbegrepet kan det være vanskelig å få øye på den egentlige tjenestemottakeren, barnet. I de fleste tilfeller er det barnet og barn og foreldre sammen som er brukerne/tjenestemottakerne. I en del situasjoner vil det imidlertid være motstrid mellom barnas behov og foreldrenes interesser. Minoritetsfamilier kan ha ekstra utfordringer i forbindelse med dette. Det som også forsterker kompleksiteten og samarbeidsutfordringene innen dette området, er at man står overfor en brukergruppe som ikke alltid selv er i stand til å hevde sine rettigheter.

5.3 Tjenestemottakerne er fornøyde med enkelttjenester

Selv om rapportene fra Riksrevisjonen¹ og Helsetilsynet² og andre undersøkelser synliggjør mangler i samhandlingen mellom tjenesteyterne, er det ikke grunn til å svartmale situasjonen. Som berørt i kapittel 3, viser undersøkelser at tjenestemottakerne er fornøyde med enkelttjenester, men mindre fornøyde med samordningen av de ulike tilbudene.

1 Riksrevisjonen. Dokument 3:7 (2006–2007) Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer.

2 Helsetilsynet, Rapport 5/2009 – Utsatte barn og unge – behov for bedre samarbeid

Det er også iverksatt en rekke tiltak og forsøksprosjekter både på kommunalt nivå og mellom forvaltningsnivåene for å styrke samhandlingen. Effekten av disse vil gradvis bli synlig. Videre er det en rekke gode eksempler på samhandling som fungerer godt, ikke minst innen den enkelte kommune. Samhandling er også et område som har stor oppmerksomhet politisk og faglig.

5.4 Hva skal til for å sikre samhandling – sentrale utfordringer

I kapittel 3 er det synliggjort at tiltak som skal bidra til bedre samarbeid, kan rettes inn mot flere forskjellige områder, herunder:

- Organisering av tjenestene, både innen den enkelte tjenesteleverandør og mer overordnede strukturelle grep.
- Kompetansebygging og kultur.
- Styring og ledelse.
- Juridiske rammebetingelser.
- Finansieringssystemer og økonomi.
- Ressurser og kapasitet. Det som i utgangspunktet kan se ut som samhandlingsutfordringer, har noen ganger andre årsaker, f.eks. begrensede ressurser. Samhandling vil alltid være vanskeligere hvis budsjettene er stramme.

Det er derfor ikke bare ett grep som løser samhandlingsutfordringene, men summen av mange små og store tiltak innenfor en rekke områder. Utvalget har ikke tatt mål av seg til å avdekke alle problemstillinger, men vil i det følgende trekke frem noen sentrale utfordringer som fremstår som særlig viktig å ta tak i:

Ingen har koordineringsansvar overfor brukerne

Som nevnt i kapittel 3, har det vært en kraftig økning i brukere av tjenester rettet mot utsatte barn og unge. Samtidig er det flere av disse som har sammensatte problemer. Dette forsterker behovet for å koordinere tjenestene. Utvalget har erfart at foreldre opplever det som krevende å måtte forholde seg til ulike deler av hjelpeapparatet, og å måtte gjenta sin historie og sine behov for stadig nye hjelpere. De opplever at de selv må ta ansvaret for å skaffe riktig hjelp fra flere tjenestetilbydere til sitt barn. Brukerorganisasjonene har uttalt at utfordringene for foreldrene består i å skaffe seg informasjon om hjelpeapparatet, om å komme i kontakt med riktig instans på riktig nivå, om å oppnå kontinuitet i tjenesten, om å sikre kva-

litet over tid, og om å sikre koordinering av tjenester. Noen sentrale problemstillinger er:

- Informasjon om tjenester og tiltak er vanskelig tilgjengelige.
- Tjenestene er i stor grad fragmentert (ulike etater og forvaltningsnivåer), og det kan lett oppstå brudd i overgangssituasjoner (barnehage – skole – arbeidsliv, ved myndighetsalder, mv.).
- Hjelpen ofte er personavhengig, og ikke et resultat av et velfungerende system.

I dag er det slik at rett hjelp til riktig tid i for stor grad avhenger av foreldres evne til å beskrive barnets behov og å tale barnets sak. Dette gjør barn i minoritetsfamilier til en ekstra sårbar gruppe på grunn av språklige og kulturelle barrierer. Målet må være at innsatsen fra det offentliges side skal være forankret i et velfungerende system for hjelpetiltak.

Terskelen for tilgang til psykisk helsehjelp oppleves som høy

For barn og unge er nærhet og enkel tilgjengelighet avgjørende når det gjelder psykisk helsehjelp. Det er derfor viktig med rask og enkel tilgang til hjelp der de bor. I dag er det slik at mye av dette tilbudet gis av spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at terskelen for tilgang til tjenester ofte oppleves som høy.

Det er også slik at mange av dem som henvises til poliklinikk for psykisk helse for barn og unge, antakelig kunne ha vært behandlet på kommunalt nivå. Det er i dag ikke tilstrekkelig med ressurser og fagpersoner for å dekke dette behovet i kommunene.

Opptrappingsplanen for psykisk helse hadde som mål at 5 prosent av dem under 18 år skulle ha et behandlingstilbud i 2008. Folkehelseinstituttets tall³ tilsier at 8 prosent av landets barn og unge har en psykisk lidelse som er behandlingstrengende. Behovet ser derfor ut til å være større enn målene i Opptrappingsplanen.

Det mangler systemer for tidlig intervensjon

Tidlig innsats overfor barn og familier er av stor betydning for å gi barn stabile og trygge rammer for utvikling og vekst. Det er derfor et mål at barn og unge skal få helhetlig og koordinert hjelp til rett tid. Det vil redusere omfanget av problemer

senere, og med det også behovet for samordning. Samtidig er det få systematiske tiltak i barnehager og skoler for å komme tidlig i inngrep med barn og familier som har behov for hjelp. Det mangler også møteplasser slik at f.eks. barnevernet kan komme til de instansene som har daglig kontakt med barna. Barnevernets omdømme har delvis vært preget av medieoppslag som har fokusert på barnevernets utøvelse av makt ved omsorgsovertaker, eller på barnevernets manglende evne til intervensjon. Barnevernets frivillige hjelpetiltak har i liten grad fått oppmerksomhet.

Mangel på systematisk oppfølging innebærer at det er opp til den enkelte ansatte i skole, barnehage og andre instanser å vurdere om det er grunn til bekymring. Det er da fare for en «vente og se»-tilnærming som innebærer at barnet ikke får riktig hjelp i tide.

Det er et særskilt spenningsnivå mellom forvaltningsnivåene

Generelt ser det ut til at samhandlingen fungerer bedre mellom de kommunale tjenesteyterne enn mellom forvaltningsnivåene. Utvalget er gjort kjent med at det eksisterer spenninger mellom statlig og kommunalt barnevern. Dette er utdypet i FAFO-rapport 2009:41, «*Det nye barnevernbyråkratiet*»⁴.

Også kontakten mellom barneverntjeneste og statlig psykisk helsevern oppleves som krevende når det gjelder døgnbaserte helsetjenester, jf. Kristofersen⁵ og omtalen i denne utrednings kapittel 3. NTNU Samfunnsforskning berører problemstillinger knyttet til samarbeidet mellom barnevern og det psykiske helsevernet for barn og unge i rapport 14/2009⁶. Her påpekes det at samarbeid, der man lykkes med dette, kan gi gode resultater, men at det er betydelige utfordringer knyttet til gjennomføringen av slike samarbeidsprosjekter.

Det har vært påpekt at det er ulike samarbeidstradisjoner mellom barnevernet og psykisk helsevern, ulikt utdanningsnivå og til dels ulike teoretiske forankringer. Det har også vært understreket at det dels foreligger manglende kunnskap til hverandres fagtradisjon og arbeidsmetoder⁷. Dette utgjør en utfordring med tanke på behovet

3 Mykletun, A., Knudsen, A.K., Mathiesen, K.S. (2009): Psykiske lidelser i Norge. Et folkehelseperspektiv. Oslo, Folkehelseinstituttet 2009:8

4 Gautun, H. (2009) Det nye barnevernbyråkratiet. En studie av samarbeid mellom kommune og stat innen barnevernet. Oslo, FAFO 2009:41

5 Kristofersen, L.B.: Tilgjengelighet og samarbeid: mer fleksible hjelpetjenester? NIBR-rapport 2007:13

6 Lurie, J., Tjelflaat, T.: Samarbeid og samordning mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatri i Norge. Kunnskap om forskning, offentlige føringer, avtaler og nyere tiltak. Trondheim; NTNU Samfunnsforskning Rapport 14/09

for å oppnå bedre koordinering av tjenester til barn og unge.

Fragmentert lovverk gir uklarhet for brukeren og hindrer samarbeid

En hovedutfordring knyttet til samarbeid er at det eksisterer flere lovverk bygd opp rundt de ulike sektorer. Berntutvalget⁸ la i 2004 frem forslag til en ny Lov om sosial- og helsetjenester i kommunene. Mange av problemstillingene som lå til grunn for etablering av utvalget, gjelder fortsatt. Det gjelder blant annet at regelverket ikke synes å gi en felles plattform for flerfaglig samarbeid, og at dette fører til at de ulike deltjenestene i stor utstrekning bare tar ansvar innenfor eget område.

Et fragmentert lovverk medfører også at det er vanskelig for tjenestemottakerne å orientere seg om hvilke rettigheter de har, og hvilke klageordninger som finnes.

Reglene om taushetsplikt er også spredt rundt i de ulike lovene. Reglene er ulikt utformet fordi det er lagt til grunn at det er noe ulike personvernshensyn innen de ulike tjenestefeltene. Ansatte i skole, barnehage og PP-tjenesten har én type regelsett, ansatte i sosialtjenesten har én type regelsett, ansatte i barneverntjenesten har én type regelsett, og ansatte i helsetjenesten har én type regelsett. Hvorvidt de eksisterende reglene om taushetsplikt utgjør en begrensende faktor for samarbeid, er omdiskutert. Det eksisterer lite dokumentasjon som gir konkret kunnskap om hvorvidt taushetspliktreglene faktisk er til hinder for tverretattlig samarbeid i enkeltsaker. Samtidig forvaltes reglene i stor grad av aktører uten juridisk kompetanse, og reglene kan derfor oppfattes som kompliserte av dem som skal anvende dem i praksis. Det kan også synes som om regelverket tolkes unødige innskrenkende, med de følger det har for mulighet til samarbeid.

Plikt til samarbeid er pålagt flere av tjenesteyterne i dagens lovverk. Det eksisterer en rekke bestemmelser som regulerer samarbeid, men disse bestemmelsene er gjennomgående lite forpliktende. Videre er det slik at plikten til å samarbeide ofte er begrenset til å gjelde der det fremmer egen oppgaveløsning.

7 Rapport fra Helse- og omsorgsdepartementet, Tidligere hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer, 2006, som lå til grunn for forslagene i Ot.prp. nr. 53 (2006–2007) om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m.

8 NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene – Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helse-tjenester.

Finansieringssystemene kan hemme mulighetene for samarbeid

Vurdering av finansieringssystemer innenfor de berørte sektorene er et omfattende tema som utvalget oppfatter ligger utenfor mandatet. Vurderingene er her avgrenset til noen utfordringer som kan ha betydning for samarbeid mellom tjenesteyterne.

Nivået på finansieringen og mangelfull finansiering vil kunne være til hinder for samarbeid. Med stramme økonomiske rammer er mulighetene og viljen til å bruke ressurser på samarbeidsaktiviteter, mindre. Dette er en generell utfordring. Utvalget har ikke vurdert om de enkelte tjenesteyterne er underfinansiert.

Det er stor variasjon i finansieringsordninger innenfor de områdene som berører utsatte barn og unge. Det er forskjellige systemer samt forskjellige finansieringskilder med elementer av egenbetaling, refusjonsordninger og skattefinansierte tjenester. I tillegg har det for de kommunale tjenestene vært brukt både frie inntekter og øremerkede midler.

Forskjell i finansieringssystemer er ikke nødvendigvis til hinder for samarbeid, men forskjellige incentiveeffekter i systemene kan påvirke i hvilken grad samarbeid prioriteres. Et eksempel på dette er refusjonstakstene i poliklinikk for psykisk helse barn og unge, hvor samarbeidsaktiviteter har en relativt lav sats i forhold til andre aktiviteter.

Delt finansieringsansvar behøver heller ikke være problematisk i forhold til samarbeid. Innen helsesektoren er kommunal medfinansiering introdusert nettopp for å bidra til samhandling, jf. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samtidig ser utvalget at det kan oppstå situasjoner med ulike interesser når finansieringsansvaret deles mellom forvaltningsnivåene.

Særskilte utfordringer i små kommuner

Nye krav til kommunene innebærer økte krav til kompetanse og ressurser på en rekke områder. Det er, særlig for små kommuner, en utfordring å rekruttere fagpersoner med tilstrekkelig kompetanse innen de berørte fagområdene. Små kommuner har derfor utfordringer når det gjelder kvalitet på tjenester. Samtidig viser undersøkelser at koordinering internt i kommunen ofte fungerer bedre i små enn i større kommuner.

Som beskrevet i kapittel 3, er brukergrunnlaget ofte for lite til å kunne etablere større fagmiljøer. I det kommunale barnevernet viser den nyeste statistikken at det f.eks. var 81 kommuner

som hadde mindre enn én ansatt. Samhandling krever kapasitet. I tillegg til å være en utfordring når det gjelder fagmiljø, vil derfor bruk av deltidsstillinger også være en utfordring i forhold til å sette av ressurser til samarbeid.

Befolkningsutviklingen vil forsterke denne utfordringen da en stor andel av de små kommunene må forventes å få færre innbyggere fremover. Samarbeid og interkommunale løsninger vil derfor være nødvendig.

Det finnes flere eksempler på samarbeid mellom kommuner. Endringer av kommuneloven i 2007 gjorde det mulig for kommunene å inngå vertskommunesamarbeid. I 2008 rapporterte vel 1 av 4 kommuner at de hadde inngått vertskommunesamarbeid innen barnevern⁹. Det antas at dette er en viss overrapportering siden ordningen med

vertskommuner er relativt ny, men det gir antakelig et bilde av omfanget av interkommunalt samarbeid generelt.

Interkommunalt samarbeid har også noen ulemper. Dels er det fare for økt byråkrati, dels forutsettes det at det er noen å samarbeide med. Samarbeidet er basert på frivillighet. Det har også vært en diskusjon om interkommunalt samarbeid og konsekvensene for den folkevalgte styringen.

Utvalget har ikke vurdert om løsningen er interkommunalt samarbeid eller om det er hensiktsmessig med sammenslåing av kommuner. Det viktigste er at det etableres så store enheter at kommunene er i stand til å rekruttere kompetente fagpersoner og gjennom det etablere et forsvarlig tilbud, slik loven forutsetter. Dagens etablerte kommunestruktur er etter utvalgets vurdering ikke tilpasset dette behovet.

9 St.prp. nr. 68 (2008–2009) Kommuneproposisjonen 2010

Kapittel 6

Utvalgets forslag til tiltak

6.1 Innledning

I kapittel 5 har utvalget berørt sentrale behov og utfordringer som har betydning for å bedre samarbeidet mellom tjenesteytere til utsatte barn og unge. Med disse som utgangspunkt har utvalget vurdert flere aktuelle tiltak innenfor følgende tiltaksområder:

- Koordinering av tjenester
- Tilgang til psykisk helsehjelp
- Tidlig innsats
- Samarbeid mellom barneverntjenesten og psykisk helsevern
- Barn og unges rettigheter
- Samordning av lovverk
- Taushetsplikten
- Finansieringsordninger
- Henvisningsrett

Det følger av utvalgets mandat at tiltakene skal bidra til bedre samarbeid og samordning mellom tjenesteytere. En del av forslagene vil bidra til dette direkte, mens andre har en mer indirekte betydning for muligheter for samarbeid.

Tiltakene er ikke utformet som en samlet pakke. Det innebærer også at det ikke er noe avhengighetsforhold mellom tiltakene. Hvert forslag til tiltak skal kunne vurderes og eventuelt gjennomføres uavhengig av de andre forslagene.

Utvalget har forsøkt å legge et fundament for samordning som kan sikre at et godt resultat for tjenestemottaker ikke er avhengig av enkeltindividers spesielle innsats fra tjenesteyteres side, eller tjenestemottakers evne til å skaffe seg hjelp. Utvalget noterer seg imidlertid at det er den enkelte tjenesteyters holdning til samarbeid og evne til samhandling med andre, som avgjør om tjenestemottaker oppnår godt koordinerte og samordnede tjenester. I gjennomgang av samordningsprosjekter og i kontakt med tjenesteytere har utvalget erfart at der tjenesteytere har et ønske om samarbeid og tverrfaglig, tverretattlig innsats, lykkes man oftest i å gjennomføre dette. Gode erfaringer med samarbeid på tvers av etater og tjenester medfører ytterligere samarbeid. Vilje til samhandling påvirkes av organisasjoners overordnede normer og holdnin-

ger. Slike holdninger kan ikke påvirkes av en NOU, men av bevisst ledelse og motivasjonsarbeid internt i organisasjonene.

6.2 Koordinerende instans

6.2.1 Innledning

I mandatet er utvalget bedt om å vurdere hvordan tjenestene kan organiseres på en måte som gjør at barn og foreldre opplever at det er «en dør inn» når de trenger hjelp fra flere tjenester. Videre fremgår det av mandatet at utvalget skal se på hvordan samarbeidet kan organiseres for at én instans skal ha koordineringsansvaret.

Utvalget vurderer at dette er en hovedproblemstilling knyttet til å styrke samordningen av tiltak fra ulike hjelpeinstanser til barn og unge. Det forhold at tjenestemottakere har mange instanser å forholde seg til, og at disse er dårlig koordinert seg imellom, synes å være en hovedutfordring.

Utvalget er kjent med at det i kommunene finnes mange ulike organisatoriske løsninger på de utfordringene samordning av tjenester representerer. Utvalget har ikke funnet grunnlag for å fremme en bestemt organisatorisk løsning. Delvis er dette på bakgrunn av det kommunale selvstyret med utstrakt frihet for kommuner til å bestemme egen intern organisering. Erfaringer fra NAV-reformen bør etter utvalgets vurdering også evalueres mer over tid før en beslutter nye vesentlige organisatoriske reformer for å fremme sterkere samordning. Uansett er det utvalgets vurdering at bedre koordinering primært kan fremmes gjennom tydeliggjøring av ansvar og bruk av fungerende verktøy for samordning.

Utvalgets forslag er at det bygges videre på *Individuell plan* som et etablert samarbeidsverktøy gjennom at ordningen lovforankres som en rettighet i samtlige av de mest relevante lovverk. Etter at Stortinget vedtok å innlemme individuell plan i barnevernloven våren 2009, er det etter utvalgets vurdering naturlig også å lovforankre ordningen i opplæringsloven og barnehageloven. Videre mener utvalget at det er vesentlig at ordningen med individuell plan tydeliggjøres sterkere gjennom at det

forskriftsfestes at alle tjenestemottakere med individuell plan har rett til en *personlig koordinator*. Sentrale sider ved personlig koordinators rolle må også defineres i forskrift.

6.2.2 Hva er individuell plan?

En rettighet

Alle som har behov for langvarige og koordinerte sosial- og helsetjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan dersom personen selv ønsker det. Retten til å få utarbeidet en individuell plan er hjemlet i sosialtjenesteloven § 4–3 a og pasientrettighetsloven § 2–5. Plikten til å utarbeide en individuell plan er hjemlet i sosialtjenesteloven § 4–3 a, kommunehelsetjenesteloven § 6–2 a, lov om spesialisthelsetjenesten § 2–5, psykisk helsevernloven § 4–1, NAV-loven § 15, og fra 1. januar 2010 i barnevernloven § 3–2 a. En individuell plan er tjenestemottakers plan. Tjenestemottaker har rett til og oppfordres til å delta aktivt i å beskrive behov for tjenester, ønsker og mål som er viktig for tjenestemottaker selv i hverdagen og fremtiden.

Et verktøy og en arbeidsmetode

Planen skal være et verktøy og en metode for samarbeid mellom tjenestemottaker og tjenesteapparatet, og mellom de ulike tjenesteyterne. Det skal til enhver tid være én tjenesteyter som har hovedansvaret for kontakt med tjenestemottaker og koordinering mellom dem som yter tjenester. Initiativet til å få laget en individuell plan kan komme fra brukeren selv eller foresatte/pårørende, men hovedansvaret for å utarbeide planene, ligger i tjenesteapparatet.

En prosess som innebærer samarbeid og samhandling

Den delen av kommunens helse- og sosialtjeneste eller helseforetaket som tjenestemottaker henvender seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet med planen igangsettes. Har tjenestemottaker behov for tjenester fra andre tjenesteytere eller etater, har disse også en plikt til å samarbeide.

Formålet med individuell plan er tredelt:

- Den skal bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Det skal sikres at det til enhver tid er én tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottaker.

- Tjenestemottakers mål, ressurser og behov for tjenester skal avklares. Videre skal det foretas en vurdering, og tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakers bistandsbehov, skal koordineres.
- Den skal styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og eventuelt pårørende, og videre styrke samhandlingen mellom etater innen ett og samme forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

Sosial- og helsedirektoratets veileder til forskrift om individuell plan er justert mot endringer i gjeldende lovverk som er gjort siden 2005 og oppdatert i 2007¹.

Veilederen retter seg primært til alle tjenesteutøvere som yter tjenester til personer med behov for langvarige og sammensatte tjenester, men kan også være interessant og nyttig for tjenestemottaker og foresatte/pårørende. Det er også utarbeidet en brosjyre som gir en kort innføring i retten til individuell plan som i hovedsak retter seg mot tjenestemottakerne. § 7 i *Forskrift om individuell plan*² gir god oversikt over hva en individuell plan kan inneholde:

1. en oversikt over tjenestemottakers mål, ressurser og behov for tjenester,
2. en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen,
3. en angivelse av hvem som gis et ansvar for å sikre samordningen av og fremdriften i arbeidet med planen,
4. en oversikt over hva tjenestemottakeren, tjeneste- og bidragsyterne og eventuelt foresatte/pårørende vil bidra med i planarbeidet,
5. en oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse,
6. en beskrivelse av hvordan tiltakene gjennomføres,
7. en angivelse av planperioden og tidspunkter for eventuelle justeringer og revisjoner av planen,
8. tjenestemottakers samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakerne i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger, og
9. en oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner eller etater.

1 Sosial- og helsedirektoratet (2007) Individuell plan 2007 – Veileder til forskrift om individuell plan.

2 Helse- og omsorgsdepartementet (2004): Forskrift om individuell plan med merknader.

Individuell plan gir bedre koordinerte tjenester

Flere undersøkelser har konkludert med at tjenestemottakere med individuell plan opplever at tjenestene er bedre koordinert enn dem som ikke er omfattet av ordningen. Det er også flere undersøkelser som viser at ansatte i tjenesteapparatet som har erfaring med individuell plan, mener dette er et egnet verktøy. Det vises til nærmere omtale i kapittel 3.

6.2.3 Personlig koordinator

Av formålsparagrafen til gjeldende *Forskrift om individuell plan* fremgår det at det skal sikres «at det til enhver tid er én tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren». I «Veileder til forskrift om individuell plan», utgitt av daværende Sosial- og helsedirektoratet i 2005³, vises det til at ansvarlig tjenesteyter i praksisfeltet gjerne kalles en koordinator.

Det er imidlertid utvalgets vurdering at det er svært varierende hvordan koordinering av planarbeidet praktiseres. Såkalte «veiledere» er gode redskaper, men de etablerer ingen rettslige forpliktelser for tjenesteutøvere eller rettigheter for tjenestemottakere. Sentrale prinsipper som skal sikre at tjenestemottaker opplever at koordinatorfunksjonen kan tjene som «en dør inn» til tjenesteapparatet, må derfor etter utvalgets vurdering nedfelles i forskriften.

Utvalget mener at *Forskrift om Individuell plan* må styrkes gjennom følgende presiseringer:

- Alle mottakere av individuell plan skal ha rett til å få oppnevnt en *personlig koordinator*. Den personlige koordinator er fortrinnsvis tjenestemottakers saksbehandler i en av de involverte hjelpeinstanser.
- Det er et kommunalt ansvar å utpeke personlig koordinator. Personlig koordinator kan være ansatt på annet forvaltningsnivå dersom det er enighet om at dette er mest hensiktsmessig (f.eks. i poliklinikk for psykisk helse barn og unge eller i Oppfølgingstjenesten i fylkeskommunen).
- Tjenestemottaker kan bestemme at alle henvendelser til og fra hjelpeapparatet skal håndteres av koordinator på tjenestemottakers vegne.
- Personlig koordinator skal ha rett til å få relevante opplysninger fra andre hjelpeinstanser innen bestemte frister. Det forutsettes etablert

samtykke til informasjonsutveksling fra tjenestemottaker.

- Personlig koordinator skal automatisk motta informasjon fra andre tjenesteytere om forhold som endringer i tjenestetilbudet til den enkelte, planlagte/ikke planlagte brudd i relasjon til tjenestemottaker, og skifte av saksbehandlere.
- Personlig koordinator skal være lett tilgjengelig for henvendelser fra tjenestemottaker.
- Personlig koordinator skal være forpliktet til å bistå tjenestemottaker i utforming av søknader og klager til andre tjenesteytere.
- Tjenestemottaker skal ha rett til en årlig evalueringssamtale med personlig koordinator.
- Tjenestemottaker skal ha rett til kvalifisert tolkersom vedkommende ønsker dette.

Supplerende tiltak

Utvalget mener berørte departementer må ta et større ansvar for å understøtte at det sikres bedre kvalitet i arbeidet med individuell plan. Videre må det etter utvalgets vurdering treffes tiltak for å sikre likebehandling med hensyn til hvem som omfattes av ordningen med individuell plan:

- I dag er det for tilfeldig hvilken kompetanse personer som har ansvar for arbeidet med individuell plan besitter. Utvalget forutsetter at det utvikles et veiledningsverktøy for personlige koordinatører. Sentrale temaer vil her være kunnskap om de ulike hjelpeinstansers plikter og tjenester og individuell plan som verktøy.
- I merknader til *Forskrift om individuell plan* må det presiseres tydeligere hvem som har rett til slike planer. I dagens regelverk heter det at det er tjenestemottakere med behov for «*langvarige og koordinerte tjenester*». Dette er etter utvalgets vurdering for skjønnsbasert, og gir utilfredsstillende lav forutsigbarhet for tjenestemottakere og tjenesteytere om rettigheter og plikter.
- Det må legges til rette for at etablering og endring av individuell plan kan skje mest mulig ubyråkratisk, fortrinnsvis etter godkjent mal som støtte i utarbeidelsen, med tanke på effektiv bruk av tid og ressurser. Utvalget er kjent med at det eksisterer elektroniske verktøy for administrasjon av individuell plan, og at disse er tatt i bruk i enkelte kommuner. Utvalget mener det er et statlig ansvar å medvirke til at slike løsninger blir bedre kjent, standardisert, anvendt og videreutviklet.
- Det må fastsettes en norm for anbefalt antall tjenestemottakere per koordinator.

³ Sosial- og helsedirektoratet (2005): Individuell plan 2005. Veileder til forskrift om individuell plan

6.2.4 Utvalgets forslag

- Bestemmelse om individuell plan forankres i opplæringsloven og barnehageloven.
- Alle mottakere av individuell plan skal ha rett til å få oppnevnt en *personlig koordinator*. Den personlige koordinators plikter presiseres i forskrift.

6.3 Barn og unge må få bedre tilgang til psykisk helsehjelp der de bor

6.3.1 Bakgrunn og behov

For barn og unge er nærhet og enkel tilgjengelighet avgjørende når det gjelder psykisk helsehjelp og psykososiale tjenester. I dag er tilbudet om psykisk helsehjelp i varierende grad utbygd på kommunalt nivå. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten representerer i dag et viktig tilbud når det gjelder primærforebyggende tiltak. I SINTEFs kartlegging fra 2006⁴ svarer 59 av 98 kommuner at de har et lavterskeltilbud, men da et primærforebyggende tilbud rettet mot alle. Resultatene av kartleggingen viser at bare 36 prosent (33 av de 98 kommunene i utvalget) har et mer målrettet lavterskeltilbud rettet mot barn og unge med psykiske vansker. Hjelpen gis derfor i stor grad av spesialisthelsetjenesten, basert på henvisning fra fastlegen eller andre med henvisningsrett. Dette innebærer at terskelen for tilgang til tjenester ofte oppleves som høy. Det er også slik at mange av dem som henvises til poliklinikk for psykisk helse barn og unge, kunne ha vært behandlet på kommunalt nivå.

En av hovedmålsettingene i Opptappingsplanen for psykisk helse⁵ var at personer med psykiske lidelser skulle få den hjelpen de trengte i kommunen og at de skulle få hjelpen tidlig. I løpet av opptappingsplanperioden har det blitt opprettet et betydelig antall årsverk innenfor kommunalt psykisk helsearbeid. Samtidig er det fortsatt store utfordringer.

I SINTEFs rapport om behandlingstilbud i psykisk helsevern for barn og unge⁶ konkluderes det også med at økt kapasitet og produktivitet i psykisk helsevern for barn og unge har bidratt til en betydelig økning i antallet som mottar et behandlingstilbud. Mange pasienter har likevel et udekket

behov for kommunal oppfølging, eller omfattes av et tilbud der samarbeidet mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten fungerer dårlig.

I Helsedirektoratets Nøkkeltallrapport⁷ pekes det blant annet på at det er behov for å få flere psykologer og leger til å jobbe i kommunene. Rapporten peker også på fortsatt behov for bedre samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

I St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen⁸ sies det at

«tidlig intervensjon og lavterskeltilbud er fortsatt viktige forbedringsområder. Mange steder mangler kommunale lavterskeltilbud som kan utrede og behandle barn.»

I innstilling fra Helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2009⁹, påpekes det at

«Komiteen er opptatt av å styrke kommunenes tilbud til barn og unge med psykiske problemer, og mener at det er svært viktig at barn og unge raskt får hjelp når psykiske problemer er i ferd med å utvikle seg.»

I evalueringsrapporten av Opptappingsplanen¹⁰ konkluderes det med at de kvantitative målene om personellvekst er nådd både i psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) og i psykisk helsearbeid (kommunene), med unntak av psykologer i kommunene. Helsedirektoratet har i 2008 laget en rapport med forslag til tiltak for å få flere psykologer i kommunene¹¹. Opptappingsplanen hadde som mål at 5 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen under 18 år skulle ha et behandlingstilbud i 2008. Folkehelseinstituttets tall¹² tilsier at 8 prosent av landets barn og unge har en psykisk lidelse som er behandlingstrengende. I Oslo er andelen høyere, antakelig rundt 10 prosent, i distriktene er andelen lavere, antakelig rundt 6 prosent. Selv om målene i Opptappingsplanen er nådd, ser det ut som behovet faktisk er større. Dette skyldes ikke økning av psykiske lidelser blant barn og unge, men antakelig at undersøkelsene beregningene bygger på, er blitt bedre.

4 Norvoll et al (2006): Kommunale tjenester for barn unge og familier: Samordningsmodeller og lavterskeltilbud rettet mot de med psykiske problemer (2006) SINTEF Helse rapport A 246

5 St.prp. nr. 63 (1997–1998)

6 Andersson, H. W. (2009) Pasienter og behandlingstilbud i psykisk helsevern for barn og unge 2009 SINTEF Helse.

7 Helsedirektoratet, Nøkkeltallrapporten 2008

8 St.meld. nr. 47 (2008–2009) – Samhandlingsreformen

9 Budsjett-innst. S. nr. 11 (2008–2009), Budsjettinnstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen, side 68

10 Forskningsrådet, Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001–2009)

11 Helsedirektoratet – Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering. Juni 2008

12 Mathiesen et al (2009): Forekomst av psykiske plager og lidelser 2008. Folkehelseinstituttet

Utvalget mener at det eksisterende tilbud til psykisk helsehjelp til barn og unge bør styrkes og utvides med en kommunal psykologtjeneste. En slik tjeneste vil representere en utvidelse av det eksisterende tilbudet, og vil kunne bidra med systemrettet arbeid i tillegg til behandling.

6.3.2 Hvorfor kommunalt tilbud innen psykisk helse

Etter utvalgets vurdering, er det et behov for å etablere et utvidet førstelinjetilbud for psykisk helse slik at barn og unge kan få enklere og raskere tilgang til psykisk helsehjelp der de bor. Et utvidet tilbud vil også bidra til å dempe belastningen på poliklinikk for psykisk helse barn og unge ved at mange barn får den hjelpen de trenger i kommunen. Dette vil i seg selv bidra til å bedre samhandlingen mellom forvaltningsnivåene. Det er også i tråd med noe av grunntanken i Samhandlingsreformen, at den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene.

Et kommunalt tilbud innen psykisk helsevern vil øke mulighetene for tidlige tiltak for barn og unge som har behov for det, og bidra til bedre ettervern. Et utvidet tilbud på kommunalt nivå vil også føre til bedre samhandling. Dette fordi erfaring viser at samhandlingen fungerer bedre innen et forvaltningsnivå enn mellom nivåene.

6.3.3 Et lavterskeltilbud

I SINTEFs kartlegging av kommunale tjenester for barn, unge og familier (2006)¹³ defineres lavterskeltilbud som

«en tjeneste som tilbyr sekundærforbyggende tiltak, – der målet er å hindre at problemer vedvarer eller videreutvikles. Tiltakene er rettet mot definerte grupper, barn, unge eller familier som oppfattes å være i risiko for å utvikle psykiske problemer. Tjenesten er lett tilgjengelig ved at en kan henvende seg direkte uten henvisning, og ved at den tilbys uten venting og lang saksbehandling.»

Det er nå mer vanlig å bruke begreper som universelle og målrettede tiltak. Det skilles med andre ord mellom universelle forebyggende tiltak rettet mot alle barn og unge uansett risikosituasjon, og målrettede tiltak rettet mot barn og unge som

enten ut fra kjente risikofaktorer har betydelig risiko for å utvikle psykiske lidelser (selektive forebyggende tiltak), eller er i ferd med å utvikle psykiske problemer, men ennå ikke har utviklet en diagnostiserbar lidelse (indiserte forebyggende tiltak), og tiltak rettet mot dem om allerede har utviklet psykiske vansker (behandling).

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten representerer som nevnt et viktig lavterskeltilbud, særlig når det gjelder universelle tiltak, men også ved mer målrettede tiltak. Skolehelsetjenesten er et lovpålagt tilbud både i kommunal og fylkeskommunal regi, og skal derfor være et tilbud til alle barn. I tillegg til universelle tiltak forventes det at f.eks. helsesøster innenfor skolehelsetjenesten både skal avdekke dem som trenger hjelp og støtte, og tilby samtaler dersom noen ønsker dette. Det er stor variasjon i omfanget av tilbudet. Utvalget mener det vil være viktig for kommunene å prioritere etablering av et utvidet målrettet lavterskeltilbud innen psykisk helse, det vil si et tilbud rettet mot barn og unge med vansker. Det er her tilbudet i dag er dårligst utbygget, jf. SINTEFs kartlegging.

I de kommunene som i dag har etablert et lavterskeltilbud, arbeider det blant annet helsesøstre med tilleggsutdanning, psykiatriske sykepleiere, høgskoleutdannede med tilleggsutdanning, psykologer, samt ulike typer pedagoger. Når lavterskeltilbudet skal utvides, vil psykologer og deres kompetanse være viktig. Psykologene er en yrkesgruppe som tradisjonelt har arbeidet i spesialisthelsetjenesten. I kommunene har psykologene i stor grad vært tilknyttet PP-tjenesten. I 2006 var det ansatt 469 psykologer med autorisasjon i kommunene, herunder 288 i PP-tjenesten (SSB). Til sammenligning var det 2 309 psykologer i spesialisthelsetjenesten. Ved utgangen av 2008 arbeidet 199 psykologer ved helse- og sosialtjenesten i kommunene¹⁴.

6.3.4 Hvordan realisere et lavterskeltilbud?

For å realisere et lavterskeltilbud vil det være nødvendig å ta i bruk både juridiske, økonomiske, organisatoriske og psykisk helsefaglige virkemidler. Utvalgets forslag er konsentrert om de to første, juridiske og økonomiske virkemidler. Når det gjelder organisering av tjenestene, vil det være opp til den enkelte kommune å vurdere. Kommuneloven gir den enkelte kommune stor frihet til å organisere de kommunale tjenester slik de selv finner hensiktsmessig. Det varierer hvordan de eksisterende lavterskeltilbudene er organisert i dag. Til-

¹³ Norvoll et al (2006): Kommunale tjenester for barn, unge og familier: Samordningsmodeller og lavterskeltilbud rettet mot de med psykiske problemer. SINTEF Helse rapport A 246

¹⁴ HOD prp. 1 S (2009–2010)

budene inkluderer blant annet tiltak som helsestasjon med ungdomspsykolog, psykologisk forbyggingsteam og diverse forbyggende tilbud rettet mot barn og ungdom som har problemer. En del kommuner har egne enheter. Et eksempel er Psykologisk forebyggingsteam i Asker kommune.

Psykisk helsearbeid i kommunene var tidligere i stor grad knyttet opp til PP-tjenesten. Dette har endret seg, og kompetansen i PP-tjenesten er i dag i all hovedsak pedagogisk og spesialpedagogisk. Det er viktig at en satsning på psykologer i kommunene og et lovfestet kommunalt ansvar innen psykisk helsearbeid knyttes opp til et samarbeid med PP-tjenesten i området.

Juridiske virkemidler

Det følger av Kommunehelsetjenesteloven at landets kommuner skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. I lovens § 1–3 er det nærmere spesifisert hvilke oppgaver og deltjenester/funksjoner dette innebærer. Generelt beskrives det oppgaver som:

- Fremme helse og forbygge sykdom, skade eller lyte
- Diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte
- Medisinsk habilitering og rehabilitering
- Pleie og omsorg
- Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner

Under deltjenester nevnes blant annet funksjoner som:

- Allmennelegetjeneste, herunder en fastlegeordning
- Legevaktordning
- Fysioterapitjeneste
- Sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie
- Jordmortjeneste

Etter utvalgets vurdering er det behov for en tydeliggjøring av kommunens ansvar når det gjelder psykisk helsearbeid i kommunehelsetjenesteloven § 1–3. Dette kan tas inn både i den generelle beskrivelsen og i listingen av funksjoner ved at «*en tjeneste for psykisk helsearbeid*» tas med i oppstillingen. Det er ikke nødvendig å ta stilling til hvilken type profesjon som skal fylle funksjonen i selve lovteksten. I forskrift bør det gis nærmere krav til standarder for psykisk helsetjeneste i kommunene.

Økonomiske virkemidler

Opptappingsplanen var finansiert gjennom øremerkede midler i planperioden fra 2001 – 2009. Finansieringen skjer nå gjennom ordinære rammetilskudd. Evalueringen av Opptappingsplanen¹⁵ viser at bruken av øremerkede midler har vært viktig, og har bidratt til å styrke kommunenes arbeid med å bygge ut tjenestetilbudet innenfor det psykiske helsearbeidet.

Erfaringene med bruken av øremerkede midler er med andre ord gode ut fra målet om å styrke kommunenes kapasitet og ressursbruk. Det vil etter en slik oppbyggingsperiode være naturlig å gå over til ordinær rammefinansiering. Samtidig er det fortsatt udekkede behov for kommunale tjenester og store forskjeller i tilbudet mellom kommunene, herunder lavterskeltilbud til barn og unge.

Utvalget vurderer det derfor som nødvendig å stimulere til etablering av lavterskeltilbud gjennom fortsatt bruk av øremerkede midler. Det må da rettes spesifikt inn mot et lavterskeltilbud til barn og unge.

Som en målrettet satsning anbefaler utvalget at det eksisterende øremerkede tilskudd til forsøk med psykologer i kommunehelsetjenesten (*kap. 764, post 60 i statsbudsjettet*) utvides til å bli en handlingsplan for styrking av psykologtilbudet i kommunene. Den årlige rammen bør utvides vesentlig fra dagens nivå. I Helsedirektoratets rapport¹⁶ om rekruttering av psykologer i kommunene fra 2008 er det beskrevet et behov for å øke utdanningskapasiteten for psykologer. Det bør derfor også vurderes om tiltak for å styrke utdanningskapasiteten for psykologer bør omfattes av tilskuddsordningen. Tilskudd til kommunene bør gis ut fra objektive kriterier, slik at ikke kommuner som har satset på etablering av psykologtjeneste blir «*straffet*». Tiltakene bør effektevalueres ut fra kriterier der både forebyggingseffekter, behandlingseffekter og kost-nytte analyser ligger inne.

6.3.5 Utvalgets forslag

- For å sikre et godt psykisk helsetilbud til barn og unge, endres kommunehelsetjenestelovens § 1–3 ved at det tas inn en bestemmelse som tydeliggjør kommunenes ansvar for å etablere tjeneste for psykisk helsearbeid.

¹⁵ Forskningsrådet – Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001–2009) – sluttrapport

¹⁶ Helsedirektoratet – Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering. Juni 2008

- Det etableres en handlingsplan for styrket psykologtjeneste i kommunene finansiert ved øremerkede midler.

6.4 Tidlig innsats

6.4.1 Innledning

Det fremgår av utvalgets mandat at tidlig innsats overfor barn og familier er av stor betydning for å gi barn stabile og trygge rammer for utvikling og vekst. Det er et uttalt mål at barn og unge skal få helhetlig og koordinert hjelp til rett tid.

Midtlyngutvalget la i juli 2009 frem *NOU 2009:18 Rett til læring*. Også dette utvalget hadde i oppdrag å vurdere tiltak og løsninger som legger til rette for tidlig innsats. Midtlyngutvalget fremla følgende forslag knyttet til dette:

- Barnehage- og skoleeier får plikt til kontinuerlig og systematisk oppfølging av barns og elevens utvikling, læring og læringsmiljø.
- Det utvikles en ressursbank med varierte verktøy som en støtte for barnehager og skoler i oppfølgingen av barn og elever.
- Kommunen får en plikt til å sikre språkkartlegging av barn omkring fylte tre, fire og fem år. For tospråklige barn må begge språk kartlegges.
- *Læringsboka* innføres som felles verktøy for tidlig innsats og oppfølging. Boka følger barnets og elevens utvikling, læring og læringsmiljø gjennom barnehage, grunnskole og videregående opplæring.
- Det gjennomføres foreldresamtaler minimum to ganger per år også i barnehagen.
- Dokumentasjons- og rapporteringsarbeid i barnehage og skole begrenses til det som tjener barnets og elevens utvikling, læring og læringsmiljø. Omfanget av dokumentasjons- og rapporteringssystemer må derfor gjennomgås med sikte på å skape mer sammenheng og frigjøre ressurser til lærings- og utviklingsarbeid.

Midtlyngutvalgets mandat gjaldt utfordringer på læringsarenaen, noe som gjenspeiles godt i forslagene. I denne sammenheng er det særlig verdt å merke seg forslaget som går ut på å gi kommunene en plikt til å sikre en systematisk språkkartlegging av barna mens de fortsatt er i førskolealder. Formålet er å kunne sette inn målrettede tiltak overfor barn som trenger ekstra språktrening og språkstimulering før skolestart, slik at flere enn i dag har kan nå et språklig nivå som ligger innenfor normalutviklingen når den systematiske lese- og skriveopplæringen i skolen skal begynne.

Til forskjell fra Midtlyngutvalget har dette utvalget et mandat som omfatter barnets og ungdommens totale oppveksts- og livssituasjon, på alle arenaer. Dette har også betydning for de vurderinger utvalget har gjort, og for de forslag utvalget tar til orde for med hensyn til å legge til rette for tidlig innsats.

6.4.2 Utvalgets vurderinger

Barn lever i kontinuerlig interaksjon med sine omgivelser, og påvirker og påvirkes av disse. Også forhold utenfor barnets dagligsfære, som foreldres livssituasjon og den generelle samfunnsutviklingen, påvirker barna. Utvalget vurderer at det er hensiktsmessig å ha en overordnet og helhetlig innfallsvinkel eller tilnærming, ofte omtalt som et systemperspektiv, når man vurderer hva som hemmer og fremmer positiv utvikling hos barn. Det er ikke bare den språklige kompetansen og utviklingen som er av betydning i en slik helhetlig ramme. Det er like viktig å ha fokus på barnas sosiale ferdigheter og deres motoriske og psykiske utvikling, og på eventuelle adferdsavvik som kan skape vansker i samspill med andre barn og voksne. Også for disse områdene er det utviklet gode kartleggingsverktøy og observasjonsmetoder som kan tas i bruk på en langt mer systematisk måte enn tilfellet er.

I dag er det vanlig at kartleggingen av de minste barna skjer på helsestasjonene, blant annet i forbindelse med to- og fireårskontrollene. Helsestasjonenes kartlegging favner vidt, og samler opplysninger fra foresatte om barnas helse, adferd og fungering. Helsesøster observerer imidlertid ferdigheter og adferd i en avgrenset situasjon, sammen med mor eller far på helsesøsters kontor. For å observere barna i en mer naturlig situasjon, er det nødvendig å oppsøke barnas egne arenaer. Der kan fokus rettes mot barnets tilpasning og adferd, samspillet med andre barn og med de voksne, om barnet fremstår som trygt eller engstelig, og om barnet følger de aldersforventede milepæler i utvikling. Personellet i barnehagene ser barnet daglig i lek og andre samspillsituasjoner med de andre barna. I tillegg ser de barna daglig i samspillsituasjoner med de voksne, og med de foresatte både når barnet kommer til barnehagen og når det hentes. Barnehagene er barnas egen arena, og fremstår derfor som et naturlig og hensiktsmessig sted å ta utgangspunkt i når det gjelder å kartlegge hvilke barn som har behov for ekstra innsats og stimulering av ulike karakterer. Tall Folkehelseinstituttet har presentert, viser at mens 95 prosent av alle fireåringer går i barnehage, er

det en noe lavere prosentandel som ved samme alder møter på helsestasjonene (86 prosent). Det er dermed et større potensial for å fange opp barn som trenger ekstra oppfølging og tilrettelegging i barnehagene enn på helsestasjonene.

Utvalget mener at kartlegging av barnet gjennom barseltid og frem til barnehagestart bør skje i helsestasjonen, mens videre kartlegging som skjer fra treårsalderen og oppover og som gjelder barnets sosiale, emosjonelle og adferdsmessige utvikling, i all hovedsak bør skje i barnehagene for de barna som er der, og om mulig i hjemmesituasjonen for de barna som ikke er i barnehage, slik at barnet blir observert innenfor så trygge og forutsigbare rammer som mulig. I dette ligger det at observatørene skal komme til barnets arena, og ikke motsatt, slik tilfellet er i dag. Dette gjelder også for barn i skolealder.

Utvalget mener det er viktig å legge til rette for tidlig innsats uavhengig av alder. Målet må være å avdekke behovet for innsats i en tidlig fase av problemutviklingen, enten dette skjer i førskolealder, i løpet av de første årene i barneskolen, eller ved overgangen til ungdomsskolen. I tråd med dette mener utvalget at det også i skolen bør legges opp til kartlegging av barn og unge på gitte alderstrinn, ut fra de samme begrunnelsene som er anført når det gjelder barn i førskolealder. Utvalget mener at kartlegging i form av systematisk observasjon, vil kunne fange opp barn som har behov for ekstra innsats og dermed forebygge skjevutvikling.

Utvalget ser behov for at det utvikles et standardisert, nasjonalt kartleggingsverktøy i form av en sjekklister som skal være lett å ta i bruk i barnehagene og i skolene samt innenfor rammen av helsestasjonenes virksomhet for de barna som ikke går i barnehage. Kartleggingen skal omfatte barnets sosiale, emosjonelle og adferdsmessige utvikling. Hensikten med kartleggingen skal være å fastslå mestring av forventede milepæler, og tidlig identifisering av barn med behov for en grundigere kartlegging og oppfølging av et samlet hjelpeapparat. Kartleggingstidspunkt bør være 1-, 3-, 7- og 12-årsalder. Målet må være at kartleggingen skal kunne gjennomføres uten at det er nødvendig å tilføre barnehagene, helsestasjonene og skolene ekstra ressurser. Når det gjelder barnehagene og helsestasjonene, bør det vurderes om kartleggingsverktøyet kan gis en form som gjør det naturlig at dette kan fylles ut sammen med barnas foresatte. På denne måten vil en gjennom bruken av skjemaet også kunne fremme en tilnærmet lik forståelse av barnet i hjemmet og i barnehagen.

For å sikre riktig bruk av kartleggingsskjemaet, må det utvikles en enkel veileder som angir

hvordan skjemaet skal brukes. Veilederen må angi hvilke terskelverdier som skal gjelde, slik at en gjennom bruken av skjemaet får et klart bilde av hvilke barn som synes å ha behov for støtte i utviklingen. Disse bør tilbys kontakt med relevant hjelpetjeneste (PP-tjenesten, poliklinikk for psykisk helse barn og unge, mfl.), for å få en grundigere kartlegging med tilhørende oppfølging fra hjelpeapparatet.

Utvalget vil påpeke at særlig årvåkenhet må rettes mot barn som fremstår som spesielt utsatt allerede i svangerskap, og i sped- og småbarnsalder. Utvalget ser også at barn som utsettes for belastende hendelser i familien, enten ved foreldres sykdom eller ved brudd i relasjon blant annet ved foresatte i fengsel, utgjør en sårbar gruppe. Barn i minoritetsfamilier som ikke går i barnehage, utgjør en tredje gruppe. Helsestasjonene utgjør en felles arena for mange av disse barna og deres foresatte. Utvalget påpeker betydningen av at helsestasjonen sørger for oppsøkende virksomhet for å sikre at også disse barn får anledning til å gjennomføre kartlegging, og at det om nødvendig settes inn tiltak for dem som trenger det.

Utvalget mener at en slik systematisk kartlegging, med igangsetting av tiltak for dem som trenger det, vil medføre en praksisendring i barnehage og skole, hvor fokus flyttes i retning av forebyggende innsats, på linje med det som er kjent fra Finland. Det kan også gi rom for mer systematisk, målrettet arbeid med barna. God kartlegging og tidlig innsats kan føre til at barn med hjelpebehov oppdages tidligere, og at tiltak settes inn før tilleggs vansker oppstår. Det vil kunne bidra til å sikre et godt læringsutbytte i grunnskolen og dermed i siste instans kunne bidra til å forebygge frafall i videregående skole. Dette er i tråd med tanken om at hjelp må settes inn idet det oppstår behov for hjelp, ikke når vanskene er blitt så sammensatte og tapsopplevelsene for den unge så omfattende, at det blir vanskelig å skille hva som er den primære vanske og hva som er adferdsmessige og utviklingsmessige følgetilstander.

Utvalget har forståelse for at en generell kartlegging av barns mestring og utvikling kan oppfattes som et tillegg til eller en endring av den virksomheten som allerede skjer i barnehagene, og delvis også på helsestasjonene og i skolene. Utvalget påpeker at denne kartleggingen er tenkt som en systematisering og organisering av virksomhet som allerede foretas i barnas arenaer. Barn observeres og vurderes i stor grad også i dag, eksempelvis i barnehagene, uten at det er et relevant system for å ivareta denne virksomheten. Med et generelt kartleggingsverktøy, med tilhørende veileder, vil

barn sikres at observasjon og vurdering utføres på samme måte, er rettet mot barns mestring, og er tilgjengelig for alle. Dette harmonerer også med regjeringens uttalte mål for barnepolitikken; at barnehagene skal sikre likeverdige og høy kvalitet i alle barnehager, at barnehagen som læringsarena skal styrkes, og at alle barn skal kunne delta i et inkluderende fellesskap¹⁷. Det er forskningsmessig belegg for å anta at en liten del av barnegruppen vil ha behov for spesielle tiltak¹⁸. Utvalget vil understreke betydningen av at det i oppfølgingen av barn med behov for ekstra tiltak og tilrettelegging i størst mulig grad benyttes forskningsbaserte metoder. Det finnes i dag velprøvde og implementerte metoder for kartlegging som gir godt grunnlag for sammenligning, og som kan benyttes i hele barnets utviklingsperiode. Slike programmer gir også anbefalinger om tiltak som kan anvendes når det er behov for støtte til barn som viser tegn til å trenge hjelp. Programmene er tverrfaglige og basert på en systemisk forståelse, og medfører med dette en nødvendig samhandling mellom dem som yter tjenester til barn.

Kartlegging over tid, med anonymiserte data, vil kunne gi barnehageeier og skoleeier verdifulle bidrag til planlegging av tiltak, og for planlegging av ressursbruk. Det vil også kunne gi bidrag til forskning på betydningen av tidlig intervensjon.

Utvalget ser disse forslagene som et supplement til Midtlyngutvalgets forslag. Barnehagene og skolen er de viktigste fellesarenaene for barn og unge gjennom oppveksten, og de viktigste arenaene for utvikling av sosial kompetanse. Skolen er i seg selv det viktigste forebyggende tiltaket for barn i den forstand at barn og unge som lykkes på skolen både læringsmessig og sosialt, har større muligheter til å lykkes senere i livet. Disse elevene har med andre ord sjelden problemer i samme omfang som barn og unge som sliter med å finne seg til rette i skolesituasjonen. Dette legger et omfattende ansvar på skoleledelse og pedagogisk personale.

Utvalget mener i tråd med dette at det samlede hjelpeapparatet, også tjenester som tradisjonelt ikke har sett på skolen som en arena de har et medansvar for, i større grad bør innrette sitt tjenestetilbud på en slik måte at skolen og skolesituasjonen også kommer i fokus. Eksempelvis kan barneverntjenesten legge opp til et mer aktivt samarbeid med barnehager og skoler gjennom å avsette tid til å

være til stede på informasjonsmøter for foreldrene, men også ved å komme i barnehagene og i klassene og informere, slik at både barn og voksne får en helt annen mulighet til å forstå hva tjenesten er og kan tilby. Dette vil kunne bidra til en avstigmatisering av tjenesten, og gjøre det lettere for barn og unge til selv å ta kontakt hvis de opplever å ha behov for det.

Utvalget mener også at det bør sikres en tettere kontakt mellom fagfeltene som yter tjenester til barn utenom skole og barnehage, og dem som ivaretar barna i barnehagen og skolen. Det bør opprettes møteplasser for tverretattlig/tverrfaglig samarbeid, hvor PP-tjenesten, det psykiske helsevernet for barn og unge, kommunehelsetjenesten og barneverntjenesten kan bidra til kunnskapsheving ved informasjon om hva de ansatte i barnehage og skole skal være oppmerksomme på, hva det er viktig å observere, og hva som kan være tegn til avvikende utvikling. Også Barneombudet har påpekt mangel på møteplasser for dem som har kontakt med barna. Det vises også til denne utredningskapittel 3, hvor behovet for møteplasser er påpekt.

Utvalget har erfart at kartlegging av vansker ikke alltid medfører anbefaling av tiltak samt nødvendige vedtak. Utvalget understreker at systematisk observasjon innebærer en etisk forpliktelse til å igangsette tiltak for dem som trenger det, med de krav til vedtak som dette innebærer.

6.4.3 Utvalgets forslag

- Kommunene gis ansvar for at det gjennomføres en generell kartlegging i form av en sjekklister for å identifisere barn og familier med risikofaktorer. Kartleggingen må foretas med faste intervaller. Kartleggingen skal omfatte barnets sosiale, emosjonelle og adferdsmessige utvikling. Hensikten med kartleggingen skal være å fastslå mestring av forventede milepæler, og tidlig identifisering av barn med behov for en grundigere kartlegging og oppfølging av et samlet hjelpeapparat.

6.5 Koordinering av døgnbasert hjelp fra barneverntjenesten og det psykiske helsevernet

6.5.1 Innledning

I kontakt med tjenestemottakerne har utvalget erfart at samhandling mellom ulike forvaltningsnivå kan være utfordrende. Særlig krevende oppleves kontakten mellom barneverntjeneste og statlig

17 St.meld. nr. 41 (2008–2009) Kunnskapsdepartementet: Kvalitet i barnehagen

18 Kvello, Ø. (2008): Oppvekst. Om barns utvikling og oppvekstmiljø

psykisk helsevern når det gjelder døgnbaserte helsetjenester. Slik kontakt kan innebære en sektorovergripende og nivåøytral samhandling, som omtalt av Kristofersen¹⁹ og i denne utredningskapittel 3. Utvalgets mandat omfatter spørsmål om tiltak med tanke på slik sektoroverskridende og nivåøytral koordinering. Utvalget oppfatter det følgelig som en del av mandatet å vurdere hvilke tiltak som kan avhjelpe koordinerings- og samhandlingsproblemer som kan oppstå når det foreligger et behov for døgnbaserte helsetjenester innen psykisk helsevern. Dette dreier seg om saker relatert til et lite antall barn og unge, med sammensatt og kompleks problematikk, og med en adferd og et oppfølgingsbehov som tilsier omfattende ressursbruk og innsats fra flere fagfelt (se boks 6.1).

Det har vært påpekt at det eksisterer svake samarbeidstradisjoner mellom barnevernet og psykisk helsevern og til dels manglende kunnskap til hverandres fagtradisjon og arbeidsmetoder²⁰. Dette utgjør en utfordring med tanke på behovet for å oppnå bedre koordinering av tjenester til barn og unge. Utvalget vurderer at ulikheter i de forvaltningsmessige systemene, forhandlingsmuligheter mellom tjenestene og adgang til klage utgjør de viktigste problemstillingene i samarbeidet.

6.5.2 De forvaltningsmessige systemene

Mange barn og unge vil være kandidater for å motta hjelp fra både psykisk helsevern og barneverntjenesten. Når spørsmålet om døgnbasert hjelp til barn og unge oppstår, er det nødvendig å definere hvilken faglig forankring slik hjelp skal ha. Det følger av forarbeidene til både barnevernloven og psykisk helsevernloven at det er anledning til sektorovergripende plasseringer ved at barn og unge kan bestemmes innlagt i døgnenhet under det psykiske helsevernet med hjemmel i barnevernloven²¹. Dette er imidlertid en mulighet som i liten grad utnyttes, og den barne- og ungdomspsykiatriske avdelingen som blir foreslått som plasseringssted i en slik sak, kan nekte å ta i mot barnet selv om fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker skulle komme til at slik plassering er best for barnet²². Dette skyldes at den faglig

Boks 6.1

Sitat fra vedtak etter bvl. § 4–24 fra en av fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker 2009:

«Etter nemndas syn er det liten tvil om at de mer «synlige» atferdsvanskene (...) har utviklet, bl.a. i form av rusmisbruk, har direkte sammenheng med underliggende psykiske vansker og udekkede behandlingsbehov. Det er ikke uvanlig i saker som gjelder tiltak for barn med alvorlige atferdsvansker at ungdommene befinner seg i grenselandet mellom psykiatri og barnevern. I dette tilfellet er det imidlertid et langt større innslag av psykiatrisk betingede problemer enn det som er vanlig, og alle sakens parter, herunder barneverntjenesten, er enige om at (...) primært har behov for psykiatrisk behandling. Også innenfor helsevesenet synes det å være en oppfatning om at (...) har et slikt behov, men (...) har fortsatt ikke fått et tilstrekkelig behandlingstilbud. Samtaler hos BUP er åpenbart ikke tilstrekkelig, og (...) har fått avslag både på døgnbehandling i voksenpsykiatrien og ved (...). Koordineringsutvalget ved (...) skal ha et nytt møte i saken, og det er usikkert hva som vil komme ut av dette. Uavhengig av årsakene til (...) problemer, må derfor fylkesnemnda ta stilling til om (...) har alvorlige atferdsvansker i barnevernlovens forstand, og om vilkårene for plassering i medhold av barnevernloven § 4–24 er oppfylt.»

ansvarlige ved institusjoner underlagt det psykiske helsevernet har en rett og plikt til å vurdere om en innleggelse er behandlingsmessig indisert og om den har et adekvat tilbud til pasienten (den såkalte «*asylsuvereniteten*»)²³. Denne myndigheten er skjermet fra helseforetakenes instruksjonsmyndighet overfor den enkelte faglig ansvarlige.

De to fagfeltenes målgrupper vil i noen grad overlape hverandre slik at det faglig sett kan være vanskelig å definere klart hva barnets behov er og hvilken type hjelp det trenger. Dette gjenspeiles også i den rettslige reguleringen av de to tjenestefeltene. Behandlingsbegrepet er ikke definert i barnevernlovens forarbeider, og definisjonen av hva helsehjelp er etter pasientrettighetsloven § 1–3 c), er utformet lite konkret. Det vil være et faglig

19 Kristofersen, L. B.: Tilgjengelighet og samarbeid: mer fleksible hjelpetjenester? NIBR-rapport 2007:13

20 Rapport fra Helse- og omsorgsdepartementet, Tidligere hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer, 2006, som lå til grunn for forslagene i Ot.prp. nr. 53 (2006–2007) Om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m.

21 Ot.prp. nr. 44 (1991–1992) s. 63 og Ot.prp. nr. 11 (1998–1999) s. 62.

22 Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Kontrollkomisjonen for sykehuset Innlandet Reinsvoll, datert 13.12.05.

23 Nærmere omtalt i NOU 1983:5 Asylsuvereniteten.

skjønn som avgjør fra hvilket system barnet skal motta hjelp.

Det eksisterer i dag ikke noen overordnet myndighet som kan løse opp i uenighet om dette faglige skjønn og treffe bindende avgjørelse med sektorovergripende virkning.

Faglig uenighet mellom barneverntjenesten og det psykiske helsevernet kommer til uttrykk på en arena hvor ansvaret for leveranse av tjenester er forankret på ulikeartede forvaltningsmessige nivåer. Det er kommunene som etter barnevernloven kapittel 2 har ansvaret for å sikre at barn og unge har et tilstrekkelig godt nok tilbud om barneverntjenester, og dermed også faglig autonomi til å definere barnets behov.

Statlig regional barnevernmyndighets oppgave etter barnevernloven § 5–1 er å skaffe til veie plasser når kommunen mener det er behov for plassering i institusjon godkjent etter barnevernloven § 5–8. Statlig regional barnevernmyndighet er på sitt nivå pålagt et ansvar for å besørge at det etableres samarbeid mellom barneverntjenesten og institusjoner underlagt annen lovgivning etter barnevernloven § 5–6. Innenfor dette systemet er antallet døgnplasser dynamisk, slik at tilbudet tilpasses det behovet som eksisterer i befolkningen til enhver tid. Dersom det ikke finnes ledig døgnplass i offentlig tiltak, kjøpes tjenesten i det private markedet av tilbydere.

Det psykiske helsevernets system for plassering i døgninstitusjon har ulik forankring. Det er de regionale helseforetakene som har ansvar for å sørge for at befolkningen har tilstrekkelig tilgang til spesialiserte tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven § 2–1 a. Denne offentlige forpliktelsen, og dermed også den faglige autonomi knyttet til å definere befolkningens behov for hjelp utenfor hjemmet, er med andre ord forankret på et annet forvaltningsmessig nivå enn i barneverntjenesten. Det er opp til de regionale helseforetakene sentralt å organisere tjenestetilbudet og avgjøre hvor stort volum som skal være tilgjengelig i form av døgnplasser i løpet av et budsjettår. Dette systemet er mindre dynamisk enn barnevernssystemet fordi antallet døgnplasser for en stor del har vært konstant. Antall døgnplasser på landsbasis er redusert fra 335 i 2006 til 323 i 2008²⁴. Dette oppfatter utvalget som bekymringsfullt. Det er ikke vanlig praksis at helseforetaket henvender seg til private tjenesteytere for å supplere manglende døgnkapasitet. Bildet kompliseres ytterligere av at det i dag eksiste-

rer et lite antall sengeplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge.

I helseforetakene er det etablert såkalte koordineringsutvalg som avgjør hvordan de tilgjengelige døgnressursene skal utnyttes innen helseforetaket. Spørsmålet om sektorovergripende faglig uenighet finner imidlertid ikke sin løsning her.

Lovgivningen pålegger ikke helseforetakene en tilsvarende forpliktelse til å etablere samarbeid med andre sektorer slik barnevernloven § 5–6 gjør overfor statlig regional barnevernmyndighet. I alle regioner er det imidlertid opprettet samarbeidsavtaler mellom helseforetak og det statlige barnevernet.

6.5.3 Forhandlinger mellom tjenestene

Når barneverntjenesten identifiserer behov for døgnplassering av et barn, skal det etter lovens system rettes en henvendelse til statlig regional barnevernmyndighet. Selv om barnet skulle være i behov for psykiatrisk behandling i institusjon, har imidlertid ikke det statlige barnevernet myndighet til å sørge for innleggelse innen det psykiske helsevernet. Slik plass vil bare kunne fremskaffes gjennom de ordinære innsøknings- og henvisningsordningene innen spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at barneverntjenesten ikke finner løsning på spørsmålet om det finnes tilgjengelig døgnplass innen det psykiske helsevernet gjennom henvendelse til statlig regional barnevernmyndighet, men må gå inn i forhandling med lokal enhet innen det psykiske helsevernet (lokal poliklinikk) om å få frem hjelp til barnet.

Selv om barneverntjenesten og lokal poliklinikk for psykiske helse barn og unge skulle komme til enighet om at behandling innen psykisk helsevern er det riktige for barnet, viser praksis at det kan være vanskelig å få gjennomført samordning av prosessene i de to adskilte systemene (se boks 6.1). Utvalget konstaterer at de forvaltningsmessige systemene innen de to tjenestefeltene er ulike, og at de lokale poliklinikkene for psykisk helse barn og unge som samarbeider med barneverntjenesten i enkeltsaker, mangler mulighet til å sikre at ønsket innleggelse gjennomføres.

6.5.4 Om avklaringer gjennom de eksisterende klageordninger

Under dagens systemer finnes det ingen formalisert mulighet til å løse opp i faglig uenighet mellom ulike tjenestefelt når situasjonen fremstår som fastlåst. Fylkesmannens kompetanse som tilsyns- og klageorgan etter barnevernloven er faglig avgren-

²⁴ SSB. Tabell 06137, Psykisk helsevern for barn og unge, institusjonsoversikt

set til leveransen av barneverntjenester innen rammen av barnevernloven. Fylkesmannen kan ikke ta stilling til spørsmålet om barnet skal ha døgnplass underlagt det psykiske helsevernet eller institusjonsplass innen barnevernet. Innen den spesialiserte delen av det psykiske helsevernet er det to klagesystemer. For det første følger det av psykisk helsevernloven § 3–7 at et vedtak om nektelse av å etablere tvungent psykisk helsevern, kan bringes inn for kontrollkommisjonene. Her er det med andre ord lagt inn en mulighet for offentlig myndighet til å påklage den faglig ansvarliges vedtak inn for kontrollkommisjonen. Barneverntjenesten er imidlertid ikke gitt funksjon som offentlig myndighet i denne sammenheng. Dersom barneverntjenesten mener at et barn er i behov for tvangsinnleggelse innenfor psykisk helsevern, har barneverntjenesten ingen mulighet til å påklage nektelse av etablering av tvungent psykisk helsevern til kontrollkommisjonen slik politiet og sosialtjenesten har i forhold til voksne.

Den andre klageordningen innen psykisk helsevern barn og unge er knyttet til klager etter pasientrettighetslovens kapittel 7. Barneverntjenesten har ingen rettslig klageinteresse etter pasientrettighetsloven. Utvalget er kjent med at barneverntjenesten i noen tilfeller engasjerer advokat for å bistå barnet med klage over manglende tilbud innen helsetjenesten uten at dette løser spørsmålet om institusjonsplass. Dersom barnet gis bistand til å klage, vil saksbehandlingstiden i en slik tilsynsak være fra flere måneder opptil ett år. Helsetilsynet har heller ikke, som Fylkesmannen etter barnevernloven, formell kompetanse til å avgjøre spørsmål i skjæringspunktet mellom de to fagfeltene. Faglig uenighet finner ikke sin løsning gjennom de etablerte klagesystemene. I tilfelle av slik uenighet, blir sakene oftest løst administrativt.

6.5.5 Utvalgets vurderinger

Utvalgets flertall har merket seg at flere undersøkelser viser at problembelastningen blant barn og unge i barnevernet er langt høyere enn hos normalbefolkningen, men at denne gruppen likevel har et underforbruk av psykiske helsetjenester sammenlignet med normalbefolkningen²⁵. Det er

med andre ord *tilgangen* til helsetjenesten som gjennom forskning er løftet frem som problemstilling for barn med behov for hjelp fra begge tjenesteteltene. Utvalgets flertall foreslår derfor at lovverket bør justeres på enkelte punkter for å bedre tilgjengeligheten til døgnbasert hjelp innen det psykiske helsevernet.

Utvalgets flertall mener det er behov for fire typer av strukturelle endringer for å bedre den generelle tilgangen til døgnbasert hjelp for barn og unge innen det psykiske helsevernet. Disse forslagene innebærer en lovfesting av regionalt samarbeid, en lovfesting av sektorovergripende plasseringer, innføring av et tvisteløsningsorgan samt at det statlige barnevernet og helseforetakene oppretter felles institusjoner.

Forslagene om lovfesting av regionalt samarbeid og lovfesting av sektorovergripende plasseringer vil ikke representere omlegging av dagens systemer, men utgjøre en synliggjøring av den mulighet for dynamikk som allerede ligger latent under dagens regelverk. Forslaget om innføring av et tvisteløsningsorgan vil representere en nyvinning, og vil etter utvalgets oppfatning bidra til å forebygge systemsvikt når man ser tjenestene under ett. Forslaget om felles institusjoner utgjør et nytt tiltak.

Lovfesting av regionalt samarbeid

Det eksisterer i dag regionalt forankrede avtaler om samarbeid mellom helseforetakene og statlig regional barnevernmyndighet. Slike avtaler kan imidlertid medføre ulikheter i tilgangen til tjenestetilbudet fra region til region. Det er også vanskelig å sikre god kommunikasjon om innholdet i slike avtaler til tjenestemottakerne/foresatte som skal skaffe seg oversikt over det totale tjenestetilbudet.

Utvalget mener det ikke er tilfredsstillende at de regionale helseforetakene ikke er forpliktet etter lovverket til å samarbeide med statlig regional barnevernmyndighet. Utvalget mener derfor at det bør tas inn en lovbestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven som pålegger de regionale helseforetakene å samarbeide med statlig regional barnevernmyndighet om institusjonsplassering av barn og unge. Dette vil, ut over å ha en viktig signaleffekt, sikre at statlig regional barnevernmyndighet gis den nødvendige og fortløpende oversikt over det døgnbaserte tilbudet som finnes innen det psykiske helsevernet for barn og unge samt være en konkretisert arena hvor riktig type institusjonsplass drøftes på riktig nivå i forvaltningsapparatet.

25 Nygren, P. (2000). I krysningsfeltet mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatri. Dobbeltklientprosjektet – Delrapport I. Oslo kommune, Barne- og familieetaten, samt Prosjektrapport 2006/1/0213, Aamodt et al (2009) Familien i sentrum – et samarbeidsprosjekt mellom barneverntjenesten og BUP, et samarbeidsprosjekt mellom R-BUP, Helse Sør-Øst og Mental Helse og barneverntjenesten i Bærum.

Lovfesting av sektorovergripende plasseringer

Den muligheten man i dag har for sektorovergripende plasseringer, er vanskelig tilgjengelig for dem som arbeider med barn og unge. For å vite om at plassering/innleggelse i døgnetenheten innen psykisk helsevern barn og unge med hjemmel i barnevernloven er et mulig alternativ i noen saker, må man lese lovenes forarbeider nøye. Utvalgets flertall har oppfattet det slik at manglende kunnskap om den fleksibiliteten som allerede ligger i dagens regelverk blant dem som arbeider med barn og unge, kan være én av flere grunner til at slike plasseringer i liten grad blir benyttet. Utvalgets flertall mener derfor at muligheten for sektorovergripende plasseringer må fremgå direkte i lovteksten i både barnevernloven og psykisk helsevernloven.

En annen mulig begrensende faktor utvalgets flertall har merket seg, er at den fagansvarlige ved døgnetenheten vil kunne nekte å ta imot en pasient på faglig grunnlag («*asylsuvereniteten*») selv om det skulle være truffet et vedtak etter barnevernloven om at barnet/ungdommen skal ha en slik plass. Utvalgets flertall er av den oppfatning at dette er en rettslig begrensning som fremstår svært lite hensiktsmessig, og som undergraver muligheten for god dynamikk og tilstrekkelig fleksibilitet mellom de ulike tjenestene når det gjelder de barna som har den mest sammensatte og alvorlige problematikken. I gitte situasjoner vil en slik rettslig begrensning i systemet kunne utgjøre en betydelig ekstra belastning for det barnet eller den ungdommen saken gjelder, og i verste fall medføre at man mister muligheten for å få adekvat hjelp. Utvalgets flertall har derfor sett hen til andre områder hvor beslutningen om innleggelse i det psykiske helsevernet er løftet ut av det ordinære henvisningssystemet²⁶. Med utgangspunkt i dette mener utvalgets flertall at det både er hensiktsmessig og nødvendig å foreslå at man gjennom lovendring pålegger de regionale helseforetakene å ta imot barn og unge hvor det er truffet vedtak om plassering i det psykiske helsevernet for barn og unge med hjemmel i barnevernloven

Det er imidlertid viktig for utvalgets flertall å understreke at et slikt pålegg må være knyttet både til en tilstrekkelig betryggende saksbehandling og faglig god nok begrunnelse. Utvalgets flertall mener dagens fylkesnemndsbehandling, særlig i de sakene hvor nemnda prøver om det fore-

slåtte plasseringsstedet er faglig og materielt tilpasset barnets behov (§ 4–24, fjerde ledd), utgjør en ramme som ivaretar begge disse hensynene. Nemnda vil i disse sakene kunne settes sammen med et fagkyndig medlem som er spesialist i barne- og ungdomspsykiatri.

Utvalgets flertall understreker at den faglig ansvarliges faglige autonomi innen det psykiske helsevernet ikke vil bli berørt av et slikt pålegg ut over spørsmålet om selve inntaket i sengeposten. Når det gjelder den nærmere gjennomføring av oppholdet og beslutninger om behandling for øvrig, vil dette fortsatt være underlagt den faglige ansvarliges ansvar og myndighet. Det er også allerede klargjort i psykisk helsevernloven § 1–1 a at det er reglene om gjennomføring av psykisk helsevern i psykisk helsevernlovens kapittel 4 som skal gjelde for slike plasseringer. En sektorovergripende plassering vil skille seg fra en ordinær innleggelse under tvungent psykisk helsevern ved at barnet/ungdommen ikke kan underlegges tvangsbehandling/tvangsvern etter psykisk helsevernloven § 4–4. Disse tiltakene har begrenset anvendelsesområde til de pasientene som er i en tilstand som faller inn under uttrykket «*alvorlig sinnslidelse*» i psykisk helsevernloven § 3–3 og hvor det er etablert tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven kapittel 3. Dette vil i liten grad være tilfelle for de ungdommene som vil bli plassert i døgntilbud innenfor psykisk helsevern med hjemmel i barnevernloven. For øvrig vil den faglige ansvarliges faglige autonomi være i behold fullt ut ved sektorovergripende plasseringer. Noe karenstid før den faglige ansvarlige kan beslutte utskrivning på faglig grunnlag, må imidlertid legges inn i systemet for å unngå at ungdommen skrives ut rett etter inntaket²⁷.

Dissens fra utvalgsmedlem Kirsten Djupesland:

«Medlemmets oppfatning er at en slik bestemmelse vil være i strid med Psykisk helsevernlov og at den derfor ikke vil kunne brukes i praksis, dette da disse barnas/unges psykiske lidelse sjelden oppfyller lovens strenge krav til tvangsinnleggelse og tvangsbehandling. Psykisk helsevernlov har forrang i forhold til Barnevernsloven. Barnet/den unge vil umiddelbart måtte utskrives.

Forslaget kan forstås slik at Psykisk helsevernlov ikke lenger skal ha forrang og at fylkesnemnda da både skal kunne tvangsinnlegge bar-

²⁶ Sammenlign psykisk helsevernloven § 5–2 hvor de regionale helseforetakene er pålagt å fremskaffe plass for de tilfeller hvor en person dømmes til tvungent psykisk helsevern.

²⁷ Sammenlign psykisk helsevernloven § 5–3 hvor det fremgår at gjennomføringen av vernet de tre første ukene etter inntaket (ved dom på tvungent psykisk helsevern) skal skje i form av døgnoophold.

net samt bestemme lengden av oppholdet i psykisk helseverninstitusjon, uten at dette skal kunne oppheves av kontrollkommisjonen/institusjonens faglige ansvarlige. Medlemmet ser på det som en betydelig svekkelse av barns/unges rettssikkerhet. Medlemmet mener også at dette er faglig ufor-svarlig. Psykisk helsevernsløyve inneholder klare faglige krav som må være oppfylt i forbindelse med tvangsinnleggelse og tvangsbehandling, det ligger ankemuligheter osv. Disse bestemmelser må også i fremtiden gjelde barn på lik linje som voksne.

Barn/unge kan der forholdene tilsier det dømmes til tvunget psykisk helsevern. Medlemmet mener at en slik domsavgjørelse av rettsikkerhetsmessige grunner må fattes i de vanlige rettsinstanser og ikke i fylkesnemnda.»

Innføring av tvisteløsningsorgan

Eksisterende klageordninger synes ikke egnet til å løse de sakene hvor tjenestefeltene er faglig uenige og klageorganene kan ikke treffe avgjørelser med virkning for andre tjenestefelt. Saksbehandlingstiden og logistikken innen de eksisterende klageordningene synes heller ikke tilpasset situasjoner hvor det er behov for raske avklaringer for barn som er i behov for døgnplass.

Utvalget mener forslaget i NOU 2004:18²⁸, at det treffes ett samlet vedtak for tjenestemottakere som vil ha behov for bistand fra flere deltjenester i kommunen, vil være et godt bidrag til bedre koordinering. Det er imidlertid vanskelig å tenke seg at samlede vedtak skulle være mulig å få til når det er flere ulike forvaltningsnivå involvert overfor en og samme tjenestemottaker. Samtidig vil de faglig fastlåste situasjonene foregå på en arena hvor det er ulike deler av det offentlige tjenesteapparatet som er uenige og ikke nødvendigvis tjenestemottaker og det offentlige. Konsekvensen for tjenestemottaker vil uansett være at han eller hun står uten tilbud eller med feil faglig tilbud, mens selve tvisten kan utspille seg i relasjonen mellom to offentlige parter.

Utvalget mener at det bør opprettes et eget tvisteløsningsorgan som kan løse uenighet mellom det psykiske helsevernet og barneverntjenesten der det er avklart at barnet har behov for døgnplass, men der uenigheten er knyttet til spørsmålet om hvilken *type* institusjon barnet skal få plass i.

Utvalget ser at dette vil være en utradisjonell løsning innen offentlig sektor, men mener at dette er alternativet når vedtakskompetanse og klage-

systemene er ulik for de to tjenestefeltene. Tvisteløsningsorganet bør etter utvalgets vurdering settes sammen av representanter utpekt av henholdsvis Barne- og likestillingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Et tvisteløsningsorgan vil være et viktig bidrag til å avklare de faglige gråsonene som det i dag ikke er mulig å finne løsninger på gjennom de eksisterende klageordningene.

Utvalget forventer at man etter hvert vil kunne oppnå presedens gjennom tvisteløsningsorganets avgjørelser, som i neste omgang vil bidra til lik tilgang til institusjonsplasser uavhengig av i hvilken region tjenestemottaker er bosatt. Tvisteløsningsorganet bør lovforankres i henholdsvis spesialisthelsetjenesteloven, der spesialisthelsetjenestens «*sørge for-ansvar*» er forankret, og i barnevernloven²⁹.

Utvalget mener videre at det må tas inn en bestemmelse i psykisk helsevernloven hvor helseforetakene forpliktes til å fremskaffe institusjonsplass i de situasjonene hvor tvisteløsningsorganets avgjørelse går ut på at plassering i institusjon underlagt det psykiske helsevernet er den beste løsningen, samt en bestemmelse i barnevernloven der barneverntjenesten forpliktes til å plassere barnet i barneverntiltak eller fremme sak for fylkesnemnda hvor tvisteløsningsorganets avgjørelse går ut på at plassering i institusjon underlagt barnevernet er den beste løsningen³⁰.

Det må knyttes egne regler om saksbehandling til tvisteløsningsorganet for å sikre rask avklaring av spørsmålet om i hvilken tjeneste ansvaret for døgntilbud skal forankres.

Koordinering av tjenester i akutte situasjoner når hjelpen ikke kan gis i hjemmet

I noen tilfeller oppstår det akutt hjelpebehov knyttet til barn. I disse sakene kan forholdene rundt barnet fremstå kaotisk, hjelpapparatet arbeider under tidspress og det kan være usikkert hvilken type hjelp som er riktig i den gitte situasjonen. Leveranse av tjenester til barn i akutte situasjoner kan derfor medføre en ytterligere komplisering av koordineringsarbeidet.

Barneverntjenesten har plikt til å ivareta barn som står uten omsorg etter barnevernloven § 4–6, første ledd uavhengig av hva årsaken til dette er.

28 NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten – Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helse-tjenester

29 Det opprettes høsten 2009 et avtaleforankret tvisteløsningsorgan i samarbeid mellom Kommunenes Sentralforbund og Barne- og likestillingsdepartementet. Organet skal løse tvister mellom stat og kommune etter barnevernloven.

30 Etter modell av psykisk helsevernloven kapittel 5 hvor helseforetaket er forpliktet til å fremskaffe plass til personer som blir dømt til tvungen psykisk helsevern.

Disse situasjonene håndteres gjennom det ordinære systemet for plassering av barn i barneverninstitusjon eller beredskapshjem med døgnkontinuerlig tilgang.

Det psykiske helsevernets plikt til å yte øyeblikkelig hjelp er regulert i spesialisthelsetjenesteloven § 3–1. For det psykiske helsevernet er det gitt egen forskrift 21. desember 2000 nr. 1409 om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet. Av forskriften § 2, tredje ledd, bokstav c) følger at plikten til å yte øyeblikkelig hjelp blant annet omfatter psykiske tilstander hos barn og ungdom som omsorgspersonene ikke kan mestre, og der hjelp fra det psykiske helsevernet er påtrengende nødvendig. Dette omfatter også døgnbasert hjelp der dette er nødvendig, men det eksisterer ingen nærmere retningslinjer for hvordan tilbudet skal utformes. Helseforetakene har således stor faglig frihet til å organisere tjenestetilbudet. Utvalget har mer-

ket seg at helseforetakene i stor grad har organisert sitt tjenestetilbud for håndtering av akutte situasjoner slik at hjelpen skal ytes mens barnet bor hjemme, enten ambulansetjeneste eller poliklinisk. Antallet døgnplasser for akutthjelp i det psykiske helsevernet for barn og unge er lavt, og i liten utstrekning tilgjengelig før barnet fyller 13 år. Utvalget har merket seg at antallet sengeplasser er lavere enn det som var angitt i Opptappingsplanen for psykisk helse.³¹

Utvalget er gjort kjent med situasjoner som oppfattes som ytterst belastende for barnet og de foresatte, og som også har samfunnsmessig uheldige konsekvenser ved at akutt psykisk syke barn krever ekstra ressursinnsats fra politiet og fra barnevernvakten fordi det ikke eksisterer mulighet

³¹ Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001–2009) Forskningsrådet

Boks 6.2 Eksempel på situasjon med et barn på 11 år – sitat fra politilogg:

Kl. 10:40 – Melder: barnet har gått «amok», forskanset seg inne på et rom og var i besittelse av flere kniver.

Kl. 10:45 – En politipatrulje på stedet. Barnet skrek ut av et vindu, patruljen forsøkte å snakke det ut til dem.

Kl. 11:00 – Enheten gjort kjent med at barnet hadde slått etter melder med et jaktgevær. Det var uvisst om barnet hadde ammunisjon.

Kl. 11:11 – De som hadde vært sammen med barnet hadde tatt fra det et haglegevær, uvisst om det var flere våpen i huset.

Kl. 11:18 – Divisjonsleder rekvirerer ambulanse til stedet.

Kl. 11:33 – Forhandler fra politiet ankom.

Kl. 11:35 – Forhandler ba alle politibilene utenfor huset om å kjøre bort.

Kl. 11:45 – Visepolitimester gav tillatelse kl 11:10 til å skyte gass inn i huset dersom situasjonen skulle utvikle seg/bli kritisk/alvorlig, samtidig som forhandleren hadde en dialog med barnet.

Kl. 11:50 – En politipatrulje og divisjonsleder var inne på rommet nå, og hadde kontroll. Barnet var svært utagerende, ønsket ambulanse til stedet for å binde det fast til en bære. Ambulansen sjekket om de kunne sette Stesolid på barnet.

Kl. 11:59 – Barnevernvakten varslet, kjente til barnet og at det var en splid mellom psykiatrien og barnevernet vedr barnet. Barnevernvakten fikk beskjed om å ordne et alternativ til barnet.

Kl. 12:11 – To representanter fra barneverntjenesten på vei til stedet i drosje.

Kl. 12:12 – Ambulanse fikk tillatelse til å sette Stesolid.

Kl. 12:24 – Ambulanse kjørte barnet, mor og barneverntjenesten til BUP-poliklinikken. Barnet var rebelsk og spyttet på tjenestemennene og forsøkte å bite.

Kl. 13:42 – Legen meldte at barnet skulle ha håndjern på. Sa også at når psykiatrien ikke klarte å ta hånd om barnet, fikk barnevernet gjøre det.

Kl. 13:52 – Barnevernvakten sa de ikke kunne ta hånd om barnet. Da måtte barneverntjenesten gjøre det. Sa videre at barnet ikke kunne plasseres på noen barneverninstitusjon, da det var altfor psykisk syk.

Kl. 14:04 – Vært i kontakt med barnevernleder som fortalte at barnet var under døgnbehandling på en psykiatrisk institusjon, som stengte i helgene og derfor dette problemet nå. Sa at dette ikke var en barnevernssak, men en sak for psykiatrien. Sa at det måtte være en fallitterklæring for en psykiatrisk institusjon å måtte ringe til politiet for å håndtere saken. Skulle ta kontakt med BUP på telefon.

Kl. 14:05 – Patruljen foresto transport til Ungdomspsykiatrisk enhet etter at Ambulansen tok noen telefoner.

Kl. 14:14 – Avsluttet oppdrag.

for døgnbasert ivaretagelse i det psykiske helsevernet (se boks 6.2). Disse sakene løses i dag i stor grad ved at barnet plasseres i barneverninstitusjon eller beredskapshjem innenfor rammene av barnevernloven, uten tilgjengelig psykiatrifaglig kompetanse til å håndtere barn i akutt psykisk krise. Utvalget mener det ikke er tilfredsstillende at helseforetakene har frihet til å organisere sitt tjenestetilbud på en slik måte at det ikke eksisterer døgnplasser tilgjengelig for håndtering av akutte psykiske tilstander for barn og unge under 13 år. Det er også uheldig at døgninstitusjoner opererer med ukeplasseringer, hvor det forventes at barnet tilbringer helg/ferier i hjemmet eller i annen omsorgsbasis. Utvalget understreker at disse utfordringene ikke kan løses ved at barn og unge plasseres i institusjoner innen voksenpsykiatrien.

Utvalget vurderer derfor at det bør presiseres i spesialisthelsetjenesteloven § 3-1, andre ledd at et døgnbasert tilbud til barn og unge skal være tilgjengelig uavhengig av tjenestemottakerens alder, og at tilbudet skal være under kontinuerlig drift.

Opprettelse av felles behandlingsinstitusjoner

For å sikre et helhetlig og tilpasset tilbud til barn og unge som har behov for tjenester både fra barneverntjenesten og det psykiske helsevernet, vurderer utvalget at det kan være hensiktsmessig at det statlige barnevernet og helseforetakene oppretter regionale felles institusjoner med særskilt kompetanse. Slike institusjoner vil kunne innebære at barn og unge som har behov for et tilrettelagt omsorgstilbud og et terapeutisk behandlingstilbud, vil kunne få dette samlet i en og samme institusjon.

Et slikt alternativ vil i seg selv utløse et bedre samarbeid mellom de to tjenesteområdene, og vil kunne utnytte spesialistkunnskapen i begge tjenesteområdene på en mer hensiktsmessig måte enn når tilbudet gis på to ulike arenaer. Det vil også sikre heldøgns- og helukes tilgang til tjenester. Utvalget anbefaler at omfang og plassering av slike felles institusjoner blir gjort gjenstand for en egen vurdering av statlig barneverntjeneste og helseforetakene.

Utvalget er kjent med at det i dag eksisterer en ungdomsinstitusjon under statlig barnevern hvor noen av personalet formelt er ansatt i spesialisthelsetjenesten (Seljelia). Utvalget anbefaler at erfaringer fra denne institusjonen anvendes i utformingen av felles institusjoner.

6.5.6 Utvalgets forslag

- Det statlige barnevernet og helseforetakene oppretter felles institusjoner for barn og unge med behov både for tilrettelagt omsorgstilbud og tverrfaglig behandling. Omfang og organisering av slike institusjoner vurderes nærmere.
- Det tas inn en lovbestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven som pålegger de regionale helseforetakene å samarbeide med statlig regional barnevernmyndighet om institusjonsplassering av barn og unge.
- Det tas inn en bestemmelse i psykisk helsevernavloven hvor helseforetakene forpliktes til å fremskaffe institusjonsplass i de situasjoner hvor fylkesnemnda treffer vedtak om plassering i institusjon underlagt det psykiske helsevernet.

(Utvalgsmedlem Kirsten Djupesland har tatt dissens, jf. pkt. 6.5.5)

- Det opprettes et eget tvisteløsningsorgan som kan løse uenighet mellom det psykiske helsevernet og barneverntjenesten der det er avklart at barnet er i behov for døgnplass, men der uenigheten er knyttet til spørsmålet om hvilken type institusjon barnet skal få plass i.
- Det presiseres i spesialisthelsetjenesteloven § 3 – 1 andre ledd at et døgnbasert tilbud til barn og unge skal være tilgjengelig uavhengig av tjenestemottakers alder, og at tilbudet skal være under kontinuerlig drift.

6.6 Barnevernloven som rettighetslov

6.6.1 Bakgrunn og behov

Utvalgets mandat innebærer at det skal foretas en vurdering av mulighetene for samarbeid mellom de ulike tjenesteytere som gir hjelp til utsatte barn og unge. På en del områder vil det være utfordringer som ikke direkte berører samarbeid, men som mer indirekte har betydning for muligheter for samarbeid. Et slikt tema gjelder kunnskap om barnevernet, herunder hvilke rettigheter og plikter som foreligger på området.

Fortsatt høy terskel for kontakt med barnevernet

Det allmenne synet på barnevernet later til å være preget av manglende kunnskap om hvilke typer tjenester som ytes. Barnevernet forbindes med omsorgsovertakelse og tiltak preget av tvang, mens det mer forebyggende og frivillige arbeidet er mindre kjent. Det har vært arbeidet med å styrke brukernes kunnskap og barnevernets

omdømme. Det er likevel fortsatt slik at barn (og foreldre) opplever terskelen for kontakt med barnevernet som høy. Det er også slik at foreldre kan nekte å samarbeide med barnevernet og på denne måten hindre at barn får hjelp når de trenger den. Mangel på samarbeid kan medføre at barn utsettes for sviktende omsorg i lengre tid før barneverntjenesten eventuelt griper inn ved tvang.

Det er også avdekket at andre instanser kan ha en høy terskel for kontakt med barnevernet, noe som illustreres gjennom et relativt lavt antall bekymringsmeldinger fra disse. Dette er til hinder for samarbeid mellom barnevernet og andre tjenester, og har også som konsekvens at barnevernet først kommer inn i bildet når problemene har fått utviklet seg og økt i alvorlighetsgrad.

Økende grad av rettighetsfesting

Rettighetstenkingen, som innebærer at innbyggerne har et rettskrav på en ytelse, har blitt vanlig innenfor en rekke sektorer i løpet av de siste tiårene. Det har vokst frem rettighetsbestemmelser i lovverket, ikke bare økonomiske sikkerhetsrettigheter, men også rett til undervisning, rett til nødvendig helsehjelp og rett til sosiale tjenester. Oppføringsloven, sosialtjenesteloven og kommunehelsestjenesteloven er eksempler på rettighetslover som berører kommunene. Utvalget har ikke vurdert rettighetsfesting som styringsvirkemiddel, men registrerer at dette er en reguleringsform som brukes på en rekke områder innen velferdspolitikken.

Barnet som eget individ med egne rettigheter

Lovgivningen når det gjelder barn, har utviklet seg fra en situasjon hvor foreldrenes myndighet over barna var meget omfattende, til en situasjon i dag hvor barnet i økende grad ses som et eget individ med egne rettigheter og interesser. Det er mer fokus på barnets rett til å bli hørt og til å uttrykke en mening i saker som angår det, og det er økende interesse for barnets mulighet til å handle som selvstendig individ i familie- og barnevernssaker. Dette følger også av FNs barnekonvensjon, vedtatt av FN i 1989, og inkorporert i norsk rett i 2003. Når det gjelder barnevernloven, er det likevel fortsatt slik at den regulerer tjenesteytternes plikter og ikke barnets rettigheter.

Debatten om barnevernloven som rettighetslov er ikke ny

Spørsmålet om barnevernloven som rettighetslov ble diskutert i forbindelse med forberedelsene til den nåværende barnevernloven fra 1992. Det ble videre foreslått i Befringutvalgets utredning³² i 2000. I debatten har det vært enighet om at barneverntjenesten har omfattende plikter. Lovgiver har så langt konkludert med at det er tilstrekkelig å regulere pliktene, og at det ikke er nødvendig med ytterligere rettighetsfesting. Noen av motargumentene mot rettighetsfesting har vært at:

- Kriteriene i barnevernloven er for skjønnsmessig utformet til å være egnet til rettighetsfesting.
- Rettighetsfesting vil kunne få ressursmessige konsekvenser.
- Det er kunstig å snakke om rettighet når rettighetshaver opplever det som tvang (det skilles mellom tvangen mot foreldrene og det barnet opplever som tvang, rettighetskonstruksjonen blir mest problematisk i tilfeller hvor barnet motsetter seg tiltaket).
- Det viktigste er at barna får hjelp, ikke at det har en rett.

Argumentene er nærmere utdypet i vedlegg 1.

6.6.2 Utvalgets vurdering:

Utvalget ser innvendingene fra tidligere diskusjoner, men mener tiden nå er moden for å ta opp forslaget fra Befringutvalget på nytt ut fra flere hensyn:

Rettighetsfesting vil senke terskelen for kontakten med barnevernet

Utvalget mener det er et mål å avstigmatisere barnevernet. En rettighetsfesting vil være viktig for å få fokus på barnevernområdet, og vil kunne bidra til mer positiv profilering av barnevernets virksomhet. Det er enklere hvis tjenestene assosieres med tjenestemottakers rettigheter i stedet for tjenesteyters plikter.

Rettighetsfesting er vanlig på flere områder

Rettighetsfesting er etter hvert vanlig på en rekke sektorer. Barnvernet er snart det siste området i Norge hvor det ikke er definert rettigheter. Ut fra et samhandlingsperspektiv vil rettighetsfesting

³² NOU 2000:12 Barnevernet i Norge

også være riktig fordi de andre tjenestene rettet mot barn og unge er formulert som rettigheter, men ikke denne.

Rettighetsfesting vil gi et viktig politisk signal

Utvalget mener en rettighetsfesting vil gjenspeile utviklingen i synet på barnet som eget individ med egne interesser, og med det synliggjøre barnets perspektiv. Det er videre viktig at barnet får en selvstendig partsrolle i saker hvor det er eller kan tenkes å være motstrid eller konflikt mellom barnets grunnleggende interesser og foreldrenes interesser.

Rettighetsfesting vil gi bedre muligheter for tidlige tiltak og samarbeid

Det er avdekket at det i dag sendes for få bekymringsmeldinger til barnevernet. Utvalget mener en rettighetsfesting vil bidra til å tydeliggjøre ansvaret/plikten til å melde saker til barnevernet. Hvis man med dette får opp antall bekymringsmeldinger, vil det også bidra til å kunne komme tidligere inn (slik mandatet etterspør). Det vil videre kunne danne grunnlag for bedre samhandling mellom tjenestene.

FNs barnekonvensjon og betydning for rettighetsfesting

Utvalget har registrert at det er en debatt om hvorvidt det allerede følger av gjeldende rett (gjennom barnekonvensjonen og menneskerettighetskonvensjonen) at det er rettigheter på området. Dette er en juridisk diskusjon som utvalget ikke ser det som sin oppgave å ta stilling til. Temaet er nærmere belyst av Mons Oppedal i vedlegg 1. Det er også berørt av Karl Harald Søvig³³ i en utredning gjort på oppdrag fra Barne- og likestillingsdepartementet i 2009. Søvig (side 110) konkluderer blant annet med:

«Ut fra den klare konvensjonsforpliktelsen om å prioritere barn, mener jeg likevel at det er vanskelig å opprettholde dagens manglende lovfesting av barns rett til barneverntjenester, så lenge rettighetsbestemmelser finnes for en lang rekke andre velferdsytelser.»

Utvalgets forslag om å gjøre barnevernloven til en rettighetslov, er uavhengig av vurderingene av gjeldende rett. Utvalget ser samtidig at det kan

argumenteres med at ved å gjøre barnevernloven til en rettighetslov, vil man kunne bidra til å tydeliggjøre rettigheter som allerede følger av nevnte konvensjoner. Utvalget forutsetter at det i dette må ligge en plikt for barneverntjenesten til å informere alle barn og unge om hva barnevernet er og kan tilby av tjenester.

6.6.3 Utvalgets forslag

- Formålsbestemmelsen i barnevernloven endres slik at barnevernloven blir å forstå som en rettighetslov sett fra barnets ståsted.

6.7 Samordning av lovverk

6.7.1 Bakgrunn

Regjeringen Bondevik II nedsatte i 2003 et utvalg med mandat om å utrede og foreslå en harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen. Utvalget ble ledet av Jan Fridthjof Bernt ved Universitetet i Bergen. Utvalget la i sin innstilling³⁴ frem forslag til en ny lov om sosial- og helsetjenester i kommunene. Lovforslaget skiller ikke mellom tjenester til barn, unge og voksne. Selv om det lå utenfor utvalgets mandat, ga utvalget klart uttrykk for at barnevernloven burde innlemmes dersom det blir innført en felles lov for den kommunale helse- og sosialtjenesten. Berntutvalgets innstilling har betydning for samordning av tjenester til utsatte barn og unge. I det følgende gis derfor en vurdering av innstillingen i NOU 2004:18.

I regjeringens begrunnelse for oppnevningen av Berntutvalget ble det pekt på at utviklingen hadde redusert det tradisjonelle skillet mellom institusjonstjenester og hjemmetjenester, og mellom helsetjenester og sosialtjenester. Videre ble det påpekt at utviklingen har gått i retning av mer differensierte og individualiserte tjenester, og at kommunene i løpet av 1990-tallet fikk ansvaret for stadig nye brukergrupper med mer sammensatte behov enn tidligere. Det hadde på denne måten skjedd en forskyvning av leveranse av spesialiserte tjenester fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten.

Av begrunnelsen følger også at dagens regelverk ikke synes å gi en felles plattform for flerfaglig samarbeid, og at dette fører til at de ulike deltjenestene i stor utstrekning bare tar ansvar innenfor eget område.

³³ Søvig, K. H. (2009) Barnets rettigheter på barnets premisser – utfordringer i møtet mellom FN's barnekonvensjon og norsk rett

³⁴ NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten – Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helse-tjenester

Det ble også pekt på at det kan være vanskelig for tjenestemottakerne å orientere seg om hvilke rettigheter de har og hvilke klageordninger som finnes. Tilgjengeligheten til regelverket kompliseres ved at tjenestemottaker også må forholde seg til et tredje regelverk, nedfelt i Lov om pasientrettigheter, som gjelder både den kommunale helse-tjenesten og spesialisthelsetjenesten. Utvalget ble bedt om å ta hensyn til at samarbeid mellom de ulike tjenestene og nivåene bør fremstå mest mulig som en sammenhengende kjede. I mandatet lå en forventning om at utvalget ville se nærmere på behovet for harmonisering av reglene om taushetsplikt som gjelder i de ulike deltjenestene, med tanke på å unngå at taushetsplikten blir sett på som et hinder for samarbeid. Regjeringen påpekte at en eventuell harmonisering av regelverket skulle sikre ensartet regulering av likeartede tjenester, sikre helhetlige tilbud til brukere med sammensatte behov, bedre kommunenes mulighet for å gjennomføre tilbudet, hindre ansvarsfraskrivelse mellom tjenester og sektorer, og forenkle regelverket for brukerne, tjenesteytere og kommunene.

Berntutvalget vurderte tre ulike modeller som bidrag til bedre harmonisering mellom de ulike regelverkene:

- Å beholde dagens system med to lover, men i harmoniserte utgaver.
- En felles kommunal sosial- og helsetjenestelov, i kombinasjon med at helsepersonelloven endres til å omfatte også sosialpersonell og at pasientrettighetsloven utvides til å omfatte også mottakere av sosiale tjenester.
- En felles kommunal sosial- og helsetjenestelov som spesifikt regulerer de kommunale tjenester med fokus på de organisatoriske rammebetingelsene og behovet for en helhetlig og samordnet organisasjonsstruktur for sosial- og helsetjenesten.

Utvalget valgte å anbefale den sistnevnte modellen. Lovutkastet i utvalgets innstilling inneholder i stor grad de samme bestemmelser som dagens kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov. Den sentrale endringen, sett i forhold til dagens to adskilte lover, er at Berntutvalget foreslår en samordning av saksbehandlings- og klagereglene for de to tjenestefeltene.

6.7.2 Sentrale deler i Berntutvalgets forslag

Det følgende er en oversikt over de mest sentrale komponentene i Berntutvalgets forslag.

Ett samlet vedtak

I forslaget er forvaltningslovens regler om enkeltvedtak gitt anvendelse for saksbehandlingen i første instans. Kjernen i forslaget om nytt saksbehandlingssystem er at det kun skal treffes ett samlet vedtak på kommunalt nivå, i motsetning til dagens system, hvor hver enkelt deltjeneste innen kommunen treffer egne vedtak overfor en og samme tjenestemottaker. Det samlede vedtaket skal inneholde beskrivelse av alle typer av deltjenester tjenestemottaker har behov for, både fra kommunehelsetjenesten, habiliteringstjenesten og sosialtjenesten. Av hensyn til behovet for klargjøring av ansvarsforholdene innen kommunen inneholder lovforslaget også en konkretisering av at et slikt samlet vedtak skal angi hvilket kommunalt organ som kan treffe vedtak om endring av tjenestetilbudet.

En kobling mellom individuell plan og det samlede vedtak

Det ble videre foreslått en kobling mellom individuell plan og det samlede kommunale vedtak, ved at det samlede vedtaket skal treffes når det utarbeides individuell plan. Dette vil innebære at det er innholdet i vedtaket, og ikke innholdet i den individuelle planen, som angir det tjenestemottaker har rettskrav på å motta fra kommunen. Slik er det også under dagens system; det nye ville imidlertid være at loven angir konkret at individuell plan utgjør det sentrale grunnlag for det samlede vedtak.

Samarbeid mellom ulike nivåer

Lovforslaget inneholder også en kobling mellom det kommunale tjenestenivå og statlig- og fylkeskommunalt tjenestenivå. I lovforslaget foreslås det at samarbeid mellom de ulike nivåene sikres gjennom at kommunen pålegges å inngå avtale med statlige eller fylkeskommunale organer når individuell plan utarbeides. Disse avtalene skal inneholde en avklaring av arbeids- og ansvarsfordeling mellom de ulike nivåene for den aktuelle tjenestemottaker.

Regler om taushetsplikt

Samlet vedtak etter den modellen som ble foreslått av Berntutvalget, forutsetter samarbeid mellom ulike tjenester og ulike nivåer i behandlingsapparatet. I lovforslaget, som også inneholder regler om taushetsplikt, er det foreslått en ny unntaksbe-

stemmelse etter modell av gjeldende helsepersonellov § 25. Forslaget representerer en systemendring hvor man senker terskelen for informasjonsutveksling mellom helsetjenesten og sosialtjenesten, men også mellom kommunalt og statlig eller fylkeskommunalt tjenestenivå. I lovforslaget angis at unntaket er ment å gjelde når informasjonsutveksling er «*nødvendig av hensyn til gjennomføringen av tjenestetilbudet*». Dermed blir hensynet til tjenestemottakers interesser i forhold til det samlede tjenestetilbud løftet frem, i motsetning til dagens regelverk hvor taushetsplikten i noen grad kan utgjøre et hinder for samarbeid. Informasjonsutveksling mellom samarbeidende personell, slik dette defineres i Berntutvalgets lovforslag, er ikke avhengig av tjenestemottakers samtykke. Det er imidlertid lagt inn en reservasjon i lovutkastet for det tilfellet at det er grunn til å tro at tjenestemottaker ville motsette seg slik informasjonsutveksling. Det vises for øvrig til denne utrednings kapittel 4 for videre vurdering av taushetsplikten.

Klagerett

Samlet vedtak i førsteinstans kan etter lovforslaget påklages til fylkesmannen. Dette gjelder når tjenestemottaker ønsker å klage over mangler ved tilbudet både innenfor sosialtjenesten og kommunehelsetjenesten. Klageordningen tilsvarende dagens klagesystem innen sosialtjenesten.

6.7.3 Situasjonen nå

Berntutvalgets forslag er delvis fulgt opp i en noe annen form enn det som ble foreslått av utvalget. I Prop. 13 L (2009–2010) fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet, fremlagt for Stortinget i oktober 2009, er det foreslått at de sosiale tjenester som er knyttet til sikring av livsopphold og bolig i sosialtjenestelovens § 4–5, kapittel 5 og kapittel 5 A, innlemmes i NAV-systemet. De øvrige tjenester som reguleres av sosialtjenestelovens kapittel 4, blir imidlertid, selv om dette forslaget skulle bli vedtatt, fortsatt forankret i sosialtjenesteloven. Dette gjelder de tiltak som er mest vanlig å vurdere i forhold til barn og unge, så som støttekontakt, avlastningstiltak, tiltak ved særlig tyngende omsorgsoppgaver og bolig i heldøgns omsorgsinstitusjon. Utvalget foreslår at den gjenværende del av sosialtjenesteloven slås sammen med henholdsvis kommunehelsetjenesteloven og barnevernloven etter modell av innstillingen i NOU 2004:18.

6.7.4 Utvalgets forslag

- Sosialtjenestelovens resterende del, kommunehelsetjenesteloven og eventuelt barnevernloven etableres som ett felles lovverk, jf. NOU 2004:18.

6.8 Nærmere om taushetsplikten

6.8.1 Innledning

I kapittel 4 er det gitt en presentasjon av taushetspliktsbestemmelsene i de ulike lovverkene, med hovedfokus på hvorvidt disse bestemmelsene utgjør en begrensende faktor for samarbeid. Det fremkommer i denne presentasjonen at taushetspliktsreglene i stor grad forvaltes av aktører uten juridisk kompetanse, og at reglene kan oppfattes som kompliserte i den praktiske hverdagen. Faktorer som holdninger hos enkeltpersoner, ulike kulturer og arbeidsmetoder mellom tjenestene samt ulikt kunnskapsnivå om og for tolkning av regelverket, har både hver for seg og samlet sett stor betydning for hvor strengt taushetsplikten praktiseres. Slike faktorer må antas å ha stor betydning for hvor høye barrierer det kan bli mellom tjenestene når disse skal samarbeide og samhandle i enkeltsaker.

Som det fremgår av kapittel 4, legger utvalget til grunn at hensynet til behovet for samhandling mellom ulike tjenester i enkeltsaker har blitt tillagt mindre betydning enn hensynet til personvernet for den enkelte tjenestemottaker når man ser de ulike regelverkene under ett. Dette til tross for stadig økt fokus fra myndighetenes side de siste årene på tverrfaglig samarbeid.

Det er arbeidet med den enkelte tjenestemottaker som har stått i fokus for utvalget. Innstillingen inneholder ikke forslag om at det opprettes et felles forvaltningsorgan tilsvarende NAV. Dette utelukker muligheten for en lovmessig tilpasning av informasjonsflyt tilsvarende NAV-loven § 16 og samlet arkiv- og saksbehandlingssystem for flere tjenestefelt.

6.8.2 Utvalgets vurdering

Utvalget konstaterer at det kan være en motsetning mellom hvorledes taushetspliktsreglene fortolkes sett fra en rettsteoretisk synsvinkel, og hvorledes reglene anvendes i praksis. Det er derfor vanskelig både å peke på om taushetsplikten i seg selv utgjør en barriere for samarbeid, og hvis så er tilfelle, hvilke tiltak som kan gi bedre forutsetninger for samarbeid. Mer og lett tilgjengelig informasjon om mulighetene for samarbeid mellom de ulike tje-

nestene innenfor rammene av dagens regelverk vil kunne være et mulig tiltak. Dette har imidlertid vært forsøkt gjennom utarbeidelse av fylldige rundskriv og retningslinjer om taushetsplikt og tverretatlig samarbeid både for helsetjenesten, barneverntjenesten og sosialtjenesten³⁵ uten at utvalget har fanget opp at dette har medført endringer som er omtalt i offentlige dokumenter.

Den erfaringsbaserte kunnskapen man har om temaet, kort omtalt i kapittel 3.3 og noe grundigere i kapittel 4, gir inntrykk av at samarbeid mellom de ulike deltjenester i utgangspunktet sikres best ved at man baserer seg på samtykke. Så vidt utvalget er kjent med, finnes det imidlertid ikke et standardisert og juridisk sett kvalitetssikret formular/skjema for innhenting av et slikt samtykke. Det at den enkelte instans eller tjenestested selv må utforme et slikt skjema, kan bidra til å forsterke den usikkerhet den enkelte tjenesteyter kan oppleve når det gjelder praktiseringen av taushetspliktsbestemmelsene.

I juli 2009 la Justisdepartementet frem en publikasjon med tittelen «Regjeringens strategi for forebygging»³⁶. I pkt. 3.2.4 i denne strategien fremgår det at det vil bli igangsatt et interdepartementalt arbeid for å gjennomgå regelverket for informasjonsplikt og taushetsplikt samt dets betydning for praksis. Hensikten er å sikre mer effektiv informasjonsutveksling mellom etater i tilfeller som berører vitale hensyn knyttet til liv, helse og livsvilkår. Videre fremgår det at det skal legges vekt på å veie hensynet til innbyggernes personvern opp mot behovet for effektiv utveksling av informasjon.

Ut over dette synes velfungerende informasjonsutveksling å avhenge av at de involverte aktørene viser både *vilje* og *evne* til å bruke retten til å dele informasjon med samarbeidende personell. Utvalget mener det ikke er tilfredsstillende at graden av koordinering av tjenester til barn og unge dels vil være personavhengig. I en rekke tilfeller vil situasjonen rundt barnet også tilsi at det er vanskelig å innhente samtykke. Det kan være at tiden er knapp slik at det er vanskelig å komme i kontakt med den som kan samtykke på vegne av barnet, eller at én eller begge foreldre kan være negativt innstilt til samarbeid.

Utvalget har, til tross for de uttalte betenkeligheter knyttet til dagens regelverk, ikke sett det som mulig å foreslå konkrete lovendringer innen

for rammene av mandat og ressurser. Til dette er regelverket som berøres av mandatet for omfattende, og det erfaringsgrunnlaget man har å bygge eventuelle forslag på, for snevert. Avveiningen mellom hensynet til personvernet og hensynet til behovet for god koordinering må også vurderes i en bredere sammenheng. Utvalget har særlig merket seg Personvernkommissjonens³⁷ formaning om å utvise forsiktighet med tanke på faren for uthuling av den profesjonsbaserte taushetsplikten.

Utvalgets anbefaling er derfor at det igangsettes et omfattende lovarbeid med en samlet gjennomgang av rettsoppfatninger og praksis når det gjelder taushetsplikt og opplysningsplikt i de ulike fagmiljøene som arbeider med barn og unge. Et slikt arbeid må involvere alle de berørte departementer, og må ses i sammenheng med de forslag som ble fremmet i NOU 2004:18 om ny felles helse- og sosiallovgivning på kommunalt nivå. Det bør som ledd i dette utvikles et (juridisk sett) kvalitetssikret og standardisert formular/skjema som skal kunne brukes av alle instanser som har behov for å innhente et informert samtykke fra tjenestemottakerne til å kunne dele taushetsbelagte opplysninger med de instansene det er aktuelt å samarbeide og samhandle med i den enkelte sak.

Utvalget merker seg at reglene om taushetsplikt og informasjonsutveksling mellom ulike tjenester er utformet slik at unntakene fra taushetsplikten representerer en *rett* og ingen plikt til informasjonsutveksling (når man ser bort fra opplysningsplikten til barneverntjenesten). En forutsetning for et større lovarbeid om temaet må være at det vurderes nærmere om dagens unntaksbestemmelser om informasjonsutveksling mellom ulike organer, har en for skjønnsmessig utforming. Skjønnsstemaet rettsanvenderne stilles overfor under dagens lovgivning, er utformet slik at det i første rekke er den enkelte deltjenestes egne interesser i saken som skal tillegges vekt. Tjenestemottakers behov for godt koordinerte tjenester er med andre ord ikke i seg selv et hensyn som rettslig sett nødvendigvis tillegges avgjørende vekt ved skjønnsutøvelsen som skjer når retten til informasjonsutveksling vurderes av det enkelte personell. Dette kan være en medvirkende årsak til at informasjonsutvekslingen i praksis kan oppleves som vanskelig fordi de ulike forvaltningsorganene i første rekke fokuserer på egne oppgaver og interesser. Tjenestemottakers behov for at de ulike organene koordinerer sin innsats, står i denne sammenheng i fare for ikke å bli ivaretatt.

35 Se for eksempel BLD: Rundskriv Q-24, mars 2005, Barnevernet og taushetsplikten, opplysningsretten og opplysningsplikten.

36 Departementene (2009): Regjeringens strategi for forebygging. Oslo, Justisdepartementet

37 NOU 2009:1 Individ og integritet

6.8.3 Utvalgets forslag:

- Det igangsettes en samlet gjennomgang av rettsoppfatninger og praksis når det gjelder taushetsplikt og opplysningsplikt i de ulike fagmiljøene som arbeider med barn og unge. Et slikt arbeid må ses i sammenheng med de forslag som ble fremmet i NOU 2004:18 om ny felles helse- og sosiallovgivning på kommunalt nivå.

6.9 Finansieringsordninger – virkemiddel som motvirker eller stimulerer til samarbeid.

6.9.1 Bakgrunn

Det følger av utvalgets mandat at eventuelle økonomiske hindringer for samarbeid skal vurderes. I denne sammenheng vil det også være naturlig å se på hvordan økonomiske virkemidler kan bidra til å fremme samarbeid. Utvalget har sett nærmere på hvilke finansieringsordninger som finnes for de forskjellige tjenesteyterne, herunder om det er rutiner, insentiver eller uønskede effekter som påvirker muligheten for samarbeid. Det finnes lite systematisert kunnskap som dokumenterer hvilken betydning finansieringssystemene har for samarbeid. Omtalen her er derfor gjort på et mer generelt grunnlag.

Hvilke finansieringssystemer som er best egnet innenfor de berørte sektorene, er et omfattende tema som ligger utenfor utvalgets mandat. Vurderingene er her avgrenset til å berøre en del forhold som kan ha betydning for samarbeid. Endelige løsninger på dette området må det arbeides videre med.

I St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen* er det foreslått en endring i finansieringsmodellen for spesialisthelsetjenesten gjennom kommunal medfinansiering. Det er foreslått en kommunal medfinansieringsandel på 20 prosent. Dette skal blant annet bidra til økt fokus på forebyggende arbeid. Utvalget legger til grunn at dette også medfører økt satsing på forebygging i forhold til utsatte barn og unge. Utvidet medfinansieringsansvar for helsetjenester innebærer også nye utfordringer for kommunene, særlig for mindre kommuner. Utvalget mener det er viktig å se på effektene av forslagene i samhandlingsreformen før nye større endringer i finansiering av tjenester for utsatte barn og unge vurderes.

6.9.2 Forskjellige finansieringsordninger

Innenfor de områdene som berører utsatte barn og unge, er det stor variasjon i finansieringsordninger. Eksempler på dette er:³⁸

- Barnehager blir i hovedsak finansiert gjennom tre kilder, kommune, stat og foreldrebetaling.
- Grunnskolen finansieres i hovedsak gjennom frie inntekter (rammetilskudd/skatt). Det er liten grad av øremerkede tilskudd på grunnskolesektoren.
- SFO ble i utbyggingsfasen finansiert gjennom øremerkede tilskudd. Det er senere innlemmet i rammetilskuddet til kommunene. I tillegg kommer en andel av finansieringen fra foreldrebetaling.
- Helsestasjon og skolehelsetjeneste finansieres gjennom kommunenes frie inntekter (rammetilskudd/skatt).
- Den kommunale delen av barnevernet finansieres gjennom frie inntekter (rammetilskudd/skatt). Kommunene skal i henhold til dagens regelverk betale en del av kostnadene ved opphold i barnevernsinstitusjoner og for plassering i fosterhjem (gjelder ikke Oslo kommune).
- Den statlige delen av barnevernet (Bufetat) er fullt ut statlig finansiert i tillegg til at det betales en egenandel fra kommunene.
- Fastlegeordningen finansieres gjennom tre kilder; et basistilskudd som utbetales fra kommunen (30 prosent), refusjoner fra arbeids- og velferdsetaten (35 prosent) og egenbetaling fra pasientene (35 prosent).
- Finansieringen av spesialisthelsetjenesten er todelt, og består av basisbevilgning og aktivitetsbasert tilskudd. Midler til psykisk helsevern og rusbehandling inngår i hovedsak som en del av basisbevilgningen. For poliklinisk behandling gis egne refusjonssatser, jf. refusjonsforskriften. Det tas ikke egenandeler innenfor det psykiske helsevernet for barn og unge.
- For psykiske helsetjenester fikk kommunene tilført øremerkede midler gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse, jf. pkt. 2.3.8. Fra og med 2009 har de øremerkede midlene til psykisk helse gått inn i rammetilskuddet til kommunene.

³⁸ Andersson et al (2005): Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge, kap 6. Sintef Helse Rapport 03/05

Forskjellige finansieringsordninger er ikke nødvendigvis til hinder for samarbeid, men forskjellige innretninger og incentiveeffekter i systemene kan påvirke hvordan samarbeid prioriteres.

I tillegg til det ordinære rammetilskuddet gis det skjønnstilskudd til kommunene som fordeles gjennom fylkesmennene. I 2008 utgjorde skjønnstilskuddet til kommuner og fylkeskommuner om lag 2 400 millioner kroner. Kommunene mottok 1 512 millioner kroner og fylkeskommunene 887 millioner kroner. Som en del av skjønnstilskuddet tildeles midler direkte til konkrete utrednings- og utviklingsprosjekter knyttet til omstilling og fornying i kommuner/fylkeskommuner. Det er blant annet gitt midler til utvikling av interkommunalt samarbeid innenfor barnevern. I statsbudsjettet for 2009 ble rammen på prosjektskjønnet fastsatt til 70 millioner kroner³⁹.

For å sikre at tjenestemottakere som krever stor ressursinnsats fra det kommunale tjenesteapparat, får et best mulig tilbud uavhengig av kommunens økonomiske situasjon, er det også etablert en toppfinansieringsordning. Med ressurskrevende tjenestemottaker menes en person med store hjelpebehov og som mottar omfattende helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Det er budsjettet med 4 350 millioner kroner på dette området i 2010⁴⁰.

6.9.3 Elementer som kan hemme/fremme samarbeid

Finansieringsmodeller kan påvirke muligheter for samhandling på forskjellige måter, hvor særlig følgende kan ha betydning:

- Nivået på finansieringen, herunder mangelfull finansiering.
- Finansieringsansvar, kommunalt eller statlig. For en del av tjenestene er det delt ansvar mellom stat og kommune.
- Finansieringssystem (rammefinansiering eller stykkpris) og finansieringskilde (egenbetaling, refusjon, skatt, frie inntekter eller øremerkede midler mv.).
- Incentiveeffektene i systemene, både ønskede og uønskede effekter (vridningseffekter).

Finansieringsnivå

Nivået på finansieringen og mangelfull finansiering vil kunne være til hinder for samarbeid. Med stramme økonomiske rammer er mulighetene og

viljen til å bruke ressurser på samarbeidsaktiviteter, mindre. Dette er en generell utfordring. Utvalget har ikke vurdert om de enkelte tjenestene er underfinansiert.

Finansieringsansvar

Som det fremgår av oversikten over, er finansieringsansvaret for dette området enten statlig eller kommunalt finansiert, eller det er delt finansiering. Det er ikke nødvendigvis til hinder for samarbeid, men det innebærer forskjellige finansieringsmodeller innen samme tjenesteområde.

I St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen* er det foreslått kommunal medfinansiering for spesialisthelsetjenesten. Kommunal medfinansiering er allerede tatt i bruk innenfor noen tjenester som berører barn og unge. Som nevnt betaler kommunene i dag en andel av kostnadene for opphold i barnevernsinstitusjoner og fosterhjem. I 2009 er kommunenes egenandeler for barn under behandling av statens barnevern kr 32 324 per barn per måned for tiltak i institusjon. Dette utgjør om lag 17 prosent⁴¹ av kostnadene for institusjonsplassene.

Delt finansiering innefor tjenesteområder kan tenkes å føre til at det blir ulike økonomiske interesser mellom ulike tjenestetilbydere. En slik situasjon kan føre til at det som er mest økonomisk for de ulike tjenesteprodusentene, ikke nødvendigvis er det beste for den som skal motta tjenestene. Utvalget har ikke dokumentasjon som underbygger at delt finansieringsansvar medfører slike situasjoner, men vi har fått innspill fra praksisfeltet og fra brukersiden som påpeker at dette forekommer. Det er derfor et område som det er ønskelig å få frem mer kunnskap om.

Finansieringssystem og finansieringskilde

Mye av diskusjonen om finansiering av kommunale tjenester har dreid seg om valget mellom frie inntekter eller bruk av øremerkede midler. Utvalget har ikke grunnlag for å si om valget mellom frie inntekter eller bruk av øremerkede midler har betydning for samhandling.

I valget mellom rammefinansiering eller stykkprisfinansiering er det mange forhold som spiller inn. De fleste av instansene som arbeider med utsatte barn og unge, er rammefinansiert. Utvalget har derfor ikke vurdert forholdet mellom stykkprisfinansiering og rammefinansiering i lys av samarbeidsutfordringer. Enkelte har finansieringssele-

39 St.prp. nr. 68 (2008–2009) Kommuneproposisjonen 2010

40 Kommunal- og regionaldepartementet Prop. 1 S (2009–2010)

41 St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen

menter som er avhengig av antall enheter levert (polikliniske refusjonssatser innen psykiske helse barn og unge, fastlegene).

Insentiveffekter av refusjonssatser

Eventuelle vridningseffekter i finansieringssystemer kan påvirkes av størrelsen på refusjonssatser.

Utvalget har fått innspill fra Barneombudet om mulige vridningseffekter som en følge av refusjonstakster. Et eksempel er de polikliniske refusjonstakstene innen psykisk helsevern for barn og unge. Her er satsene betydelig høyere for inntaksamtaler i forhold til videre oppfølging og samarbeid med andre tjenester.

Ifølge refusjonsforskriften⁴² er noen av takstene som følger:

Inntak og førstegangskonsultasjon:	kr 945,-
Utredning eller behandling:	kr 236,-
Oppfølgingsmøte med førstelinjetjenesten:	kr 157,-
Oppfølgings samtale per telefon med førstelinjetjenesten:	kr 52,-

Det er ikke dokumentert at dette påvirker prioriteringer innen det psykiske helsevernet for barn og unge, men utvalget mener det må foretas en nærmere gjennomgang av disse takstene. Barneombudet har også kommentert at samarbeidet mellom kommunalt og statlig barnevern kan påvirkes av størrelsen på de kommunale egenandelene. Utvalget har ikke vurdert dette nærmere. De kommunale egenandelene er utformet slik at de skal stimulere til ønsket vridning fra institusjon til fosterhjem og nærmiljøbaserte tiltak⁴³.

6.9.4 Utvalgets forslag

- Det foretas en gjennomgang av de polikliniske refusjonstakstene innen det psykiske helsevernet for barn og unge med tanke på om prissettingen kan påvirke omfang av samarbeidet med andre tjenester.

⁴² FOR 2007-12-19 nr. 1761: Forskrift om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak

⁴³ St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen

6.10 Enklere prosedyrer for henvisning til det psykiske helsevernet for barn og unge

6.10.1 Behovet for enklere prosedyrer

Opplevelse av godt koordinerte tjenester fremmes etter utvalgets vurdering ved at tjenestemottaker skånes fra å måtte forholde seg til flere instanser enn strengt nødvendig.

Kravet om at fastlege må utarbeide henvisning til det psykiske helsevernet for barn og unge, innebærer i mange sammenhenger at primærlegen oppleves som et unødig mellomledd i en tiltaks-kjede. Rigide krav til fastlegehenvisning vil gjerne fortone seg som uhensiktmessig bruk av tid og kompetanse i tilfeller der fastlegen for øvrig ikke har noen vesentlig rolle i oppfølgingen av tjenestemottaker.

På samme måte som barnevernet og sosialtjenesten er gitt rett til å henvise til det psykiske helsevernet for barn og unge, mener utvalget det vil være naturlig å utvide denne adgangen til også å gjelde psykologer, helsesøstre og PP-tjenesten. Disse faggruppene/instansene vil i mange tilfeller kjenne barnets/ungdommens symptomer bedre enn vedkommendes fastlege, og vil ofte være involvert i hjelpetiltak knyttet til tjenestemottakeren over tid. Psykologer og helsesøstre innehar dessuten autorisasjon som helsepersonell.

Innføring av henvisningsrett til det psykiske helsevernet for barn og unge for psykologer, helsesøstre og PP-tjenesten vil være ressursbesparende. I og med at en eller flere av disse instansene i høy grad er involvert i forbindelse med forespørsel om henvisning fra fastlege i dag, vurderes risikoen for at forslaget vil føre til økning i svakt begrunnede henvisninger, som liten.

6.10.2 Utvalgets forslag

- PP-tjenesten, psykologer og helsesøstre gis henvisningsrett til det psykiske helsevernet for barn og unge.

6.11 Samlet oversikt – utvalgets forslag

Oppsummering av tiltakene nærmere beskrevet i de forutgående delkapitlene

Koordinatorfunksjonen

- Bestemmelse om individuell plan forankres i opplæringsloven og barnehageloven.

- Alle mottakere av individuell plan skal ha rett til å få oppnevnt en *personlig koordinator*. Den personlige koordinators plikter presiseres i forskrift.

Lavterskeltilbud

- For å sikre et godt psykisk helsetilbud til barn og unge, endres kommunehelsetjenestelovens § 1–3 ved at det tas inn en bestemmelse som tydeliggjør kommunenes ansvar for å etablere tjeneste for psykisk helsearbeid.
- Det etableres en handlingsplan for styrket psykologtjeneste i kommunene finansiert ved øremerkede midler.

Tidlig innsats

- Kommunene gis ansvar for at det gjennomføres en generell kartlegging i form av en sjekklister for å identifisere barn og familier med risikofaktorer. Kartleggingen må foretas med faste intervaller. Kartleggingen skal omfatte barnets sosiale, emosjonelle og adferdsmessige utvikling. Hensikten med kartleggingen skal være å fastslå mestring av forventede milepæler, og tidlig identifisering av barn med behov for en grundigere kartlegging og oppfølging av et samlet hjelpeapparat.

Koordinering av døgnbasert hjelp

- Det statlige barnevernet og helseforetakene oppretter felles institusjoner for barn og unge med behov både for tilrettelagt omsorgstilbud og tverrfaglig behandling. Omfang og organisering av slike institusjoner vurderes nærmere.
- Det tas inn en lovbestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven som pålegger de regionale helseforetakene å samarbeide med statlig regional barnevernmyndighet om institusjonsplassering av barn og unge.
- Det tas inn en bestemmelse i psykisk helsevernloven hvor helseforetakene forpliktes til å fremskaffe institusjonsplass i de situasjoner hvor fylkesnemnda treffer vedtak om plassering i institusjon underlagt det psykiske helsevernet. (*Uvalgsmedlem Kirsten Djupesland har tatt dissens, jf. pkt. 6.5.5*)

- Det opprettes et eget tvisteløsningsorgan som kan løse uenighet mellom det psykiske helsevernet og barneverntjenesten der det er avklart at barnet er i behov for døgnplass, men der uenigheten er knyttet til spørsmålet om hvilken type institusjon barnet skal få plass i.
- Det presiseres i spesialisthelsetjenesteloven § 3–1, andre ledd at et døgnbasert tilbud til barn og unge skal være tilgjengelig uavhengig av tjenestemottakers alder, og at tilbudet skal være under kontinuerlig drift.

Barnevernloven som rettighetslov

- Formålsbestemmelsen i barnevernloven endres slik at barnevernloven blir å forstå som en rettighetslov sett fra barnets ståsted.

Samordning av lovverk

- Sosialtjenestelovens resterende del, kommunehelsetjenesteloven og eventuelt barnvernloven etableres som ett felles lovverk, jf. NOU 2004:18.

Taushetsplikt – utveksling av informasjon som forutsetning for koordinering av tjenestetilbudet

- Det igangsettes en samlet gjennomgang av rettsoppfatninger og praksis når det gjelder taushetsplikt og opplysningsplikt i de ulike fagmiljøene som arbeider med barn og unge. Et slikt arbeid må ses i sammenheng med de forslag som ble fremmet i NOU 2004:18 om ny felles helse- og sosiallovgivning på kommunalt nivå.

Finansieringsordninger

- Det foretas en gjennomgang av de polikliniske refusjonstakstene innen det psykiske helsevernet for barn og unge med tanke på om prissettingen kan påvirke omfang av samarbeidet med andre tjenester.

Henvisningsrett

- PP-tjenesten, psykologer og helsesøstre gis henvisningsrett til det psykiske helsevernet for barn og unge.

Kapittel 7

Økonomiske og administrative konsekvenser

7.1 Innledning

Utvalgets forslag fremgår av sammendraget i kapittel 1 og er grundig beskrevet og begrunnet i kapittel 6.

Utvalget har ikke foreslått endringer i de etablerte ansvarsforholdene mellom de tre forvaltningsnivåene. Utvalgets forslag har dermed få administrative konsekvenser ut over forslaget om at det statlige barnevernet og helseforetakene skal etablere felles institusjoner, jf. kapittel 6.5 og pkt. 7.2.4 nedenfor. Det kan også hevdes at forslaget om etablering av et lavterskeltilbud i kommunene innen psykisk helse, jf. kapittel 6.3 og pkt. 7.2.2 nedenfor, i noen grad kan få administrative konsekvenser for kommunene.

Dersom forslaget om samordning av lovverk tas til følge, jf. kapittel 6.7 og pkt. 7.2.6 nedenfor, vil også dette kunne få betydning for hvordan kommunene selv velger å organisere de respektive tjenestene, f.eks. ved sammenslåing av tjenester som nå er organisert i egne enheter.

7.2 Nærmere vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser av de enkelte forslagene

7.2.1 Personlig koordinator

I kapittel 6.2 har utvalget foreslått at individuelle planer skal forankres i opplærings- og barnehagelovene. Alle mottakere av individuell plan skal ha rett til å få oppnevnt en personlig koordinator, med forpliktelser som ikke fremgår av gjeldende regelverk. En vil måtte regne med at forslagene vil gi en økning i antall mottakere av individuelle planer. En tydeliggjøring av koordinatorfunksjonen vil også isolert sett medføre et visst ressursbehov. Utvalget ser at forslaget vil medføre noen startkostnader knyttet til opplæring og utvikling av veiledningsverktøy. Forslagene gir ikke utvidede rettigheter i forhold til tjenester.

7.2.2 Lavterskeltilbud i kommunene når det gjelder psykisk helse

I kapittel 6.3 har utvalget foreslått at det tas inn en bestemmelse i kommunehelsetjenesteloven som tydeliggjør kommunenes ansvar for å etablere tjeneste for psykisk helsearbeid i kommunen. Dette vil blant annet medføre behov for flere psykologer i kommunene. Folkehelseinstituttet v/Divisjon for psykisk helse har anslått at det vil være behov for 1 psykolog pr 700 barn og unge under 18 år for å dekke det anslåtte behovet.

Det foreslås også at det eksisterende tilskuddet til forsøk med psykologer i kommunehelsetjenesten (Kap 764, post 60), utvides til å bli en handlingsplan for styrking av psykologtilbudet i kommunene. Utvalget har ikke sett det som sin oppgave å utrede hvor stort tilskuddet bør være, men det bør økes vesentlig i forhold til de 30 millioner kroner som er foreslått i statsbudsjettet for 2010.

De enkelte kommuner må vurdere om forslaget nødvendigvis gjør etablering av en helt ny administrativ enhet i kommunene, eller om tilbudet kan etableres i tilknytning til eksisterende enheter.

7.2.3 Tidlig innsats

I kapittel 6.4, om tidlig innsats, har utvalget foreslått at kommunene gis ansvar for å gjennomføre en generell kartlegging i form av en sjekklister for å identifisere barn og familier med risikofaktorer. Utvalget mener det bør utvikles et standardisert og enkelt kartleggings-skjema for dette formålet. Utviklingen av kartleggings-skjemaet vil innebære ressursbruk. I dette arbeidet vil det også være naturlig å ha en dialog med de ulike fagmiljøene. Utvalget mener imidlertid dette er et utviklingsarbeid som faller naturlig inn i de respektive instansers løpende arbeid.

Utvalget har i omtalen av forslaget, understreket at kartleggings-skjemaet må få en form og et omfang som gjør det mulig for det pedagogiske personalet i barnehagene og skolene å gjennomføre kartleggingen uten vesentlig merarbeid. Barnehagene og skolene har allerede i dag ansvar for å identifisere barn og unge med særskilte behov.

Det pedagogiske personalet i barnehagene og i skolene skal med andre ord ikke påføres en ekstra arbeidsbyrde, men snarere ivareta dette ansvaret på en mer systematisk og hensiktsmessig måte.

7.2.4 Koordinering av døgnbasert hjelp

I kapittel 6.5 har utvalget foreslått fem uavhengige tiltak på området koordinering.

Det første forslaget er at det statlige barnevernet og helseforetakene skal opprette felles institusjoner for barn og unge som åpenbart trenger ytelser og hjelp fra begge tjenestene. Dette kan skje på flere måter. Det kan bygges eller etableres helt nye institusjoner til formålet, eller det kan være en endret organisering av driften og det innholdsmessige tilbudet ved allerede eksisterende institusjoner. Dette kan medføre merutgifter.

Det andre forslaget i kapittel 6.5 er at det tas inn en lovbestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven som pålegger de regionale helseforetakene å samarbeide med statlig regional barnevernmyndighet om institusjonsplassering av barn og unge. Utvalget kan ikke se at den foreslåtte lovbestemmelsen vil ha økonomiske eller administrative konsekvenser.

Det tredje forslaget i kapittel 6.5 gir helseforetakene en lovbestemt forpliktelse til å fremskaffe et egnet tilbud innen det psykiske helsevernet i situasjoner hvor fylkesnemnda for sosiale saker treffer vedtak om plassering i sengepost (døgnplass). Forslaget innebærer at helseforetakene til enhver tid vil være forpliktet til raskt å skaffe til veie en plass når behovet er der (beredskapskapasitet). Isolert sett kan dette innebære en merutgift på driftssiden i helseforetakene. Samfunnsøkonomisk vil en lovbestemt plikt for helseforetakene til å fremskaffe et egnet tilbud til dem det gjelder, ikke innebære en merkostnad, men mer dreie seg om hvilken av de to tjenestene som skal gi tilbudet.

Det fjerde forslaget i kapittel 6.5 går ut på at det opprettes et tvisteløsningsorgan som kan løse uenigheter mellom det psykiske helsevesenet og barneverntjenesten der det er avklart at det er behov for døgnplass, men der uenigheten er knyttet til spørsmålet om hvilken type institusjon barnet skal få plass i. Utvalget har ikke gått nærmere inn i hvordan et slikt tvisteløsningsorgan skal bygges opp, men legger til grunn at organet vil trenge et lite sekretariat. Utgiftene til driften av sekretariatet og til honorering av de sakkyndige medlemmene, kan vanskelig tenkes å utgjøre mer enn ca. 1 million kroner pr år.

Det femte og siste forslaget i kapittel 6.5 er en presisering i spesialisthelsetjenestelovens § 3-1

om at døgnbaserte tilbud til barn og unge skal være tilgjengelig uavhengig av tjenestemottakers alder, samt at tilbudet skal være under kontinuerlig drift. Dette kan også medføre merutgifter.

7.2.5 Barnevernloven som rettighetslov

I kapittel 6.6 har utvalget foreslått at barnevernloven endres slik at den blir å forstå som en rettighetslov sett fra barnets ståsted. Dette er et forslag som også tidligere har vært fremmet, og som har blitt avvist både ut fra faglige og økonomiske betraktninger. Utvalget kan imidlertid ikke se at det er dokumentert at det å gjøre barnevernloven til en rettighetslov, vil føre til økte utgifter for det kommunale barnevernet. Utvalget ser ikke for seg at rettighetsfestingen skal innebære at barna og de unge det gjelder, skal kunne påberope seg rettigheter som det barnevernfaglig og reelt sett ikke er behov for.

7.2.6 Samordning av lovverk

I kapittel 6.7 har utvalget foreslått at sosialtjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven og eventuelt barnevernloven etableres som ett felles lovverk. De administrative og økonomiske konsekvensene av en slik reform er allerede omtalt av Berntutvalget i kapittel 15 i NOU 2004:18. Berntutvalget skriver at det i tråd med mandatet, ikke foreslås nye rettigheter for den enkelte tjenestemottaker, men snarere en presisering av allerede eksisterende. Videre sies det at «*En eventuell økning av utgiftene på bakgrunn av forslaget vil derfor kunne anføres å være uttrykk for at intensjonene bak dagens lovgivning ikke er oppfylt*».

7.2.7 Taushetsplikt – utveksling av informasjon som forutsetning for koordinering av tjenestetilbudet

I kapittel 6.8 har utvalget foreslått at det igangsettes en samlet gjennomgang av rettsoppfatninger og praksis når det gjelder taushetsplikt og opplysningsplikt i de ulike fagmiljøene som arbeider med barn og unge. Utvalget legger til grunn at forslaget kan følges opp som del av det ordinære utviklingsarbeidet i de respektive departementene. I regjeringens strategi for forebygging fra 2009 er det allerede slått fast at det skal igangsettes et interdepartementalt arbeid på embetsmannsnivå for å gjennomgå taushetspliktsbestemmelsene og opplysningsplikten. Utvalget legger til grunn at oppfølgingen av forslaget kan skje innenfor rammen av dette arbeidet.

7.2.8 Finansieringsordninger

I kapittel 6.9, som omhandler finansieringsordninger, har utvalget foreslått at det foretas en gjennomgang av refusjonssatsene til poliklinikk for psykisk helse barn og unge med tanke på om prissettingen kan påvirke omfang av samarbeidet med andre tjenester. Utvalget ser dette som en del av det ordinære ansvaret ethvert forvaltningsorgan har i forbindelse med fastsetting av de årlige satsene. Utvalget kan derfor ikke se at dette har økonomiske og administrative konsekvenser av betydning.

7.2.9 Henvisningsrett

I kapittel 6.10 har utvalget foreslått at PP-tjenesten, psykologer og helsesøstre gis henvisningsrett til det psykiske helsevernet for barn og unge. Forslaget er ment som en ren forenkling av dagens henvisningsordning, og vil i noen grad gjøre det overflødig å la henvisningene gå via fastlegene. Forslaget vil i lys av dette ha en utgiftsdempende effekt, i og med at fastlegene får frigjort noe tid som ellers ville måtte brukes til henvisningsarbeidet. For PP-

tjenesten, psykologer og helsesøstre vil situasjonen i stor grad bli som den er nå, i det disse ofte er dem som tar initiativet til de aktuelle henvisningene.

7.3 Samfunnsmessige gevinster

Et samhandlende og koordinert hjelpeapparat, og et fokusskifte innen tjenestene fra avventende til tidlig innsats, vil begge deler være viktige virkemidler for å nå målet om at flere barn og unge skal lykkes godt på sine viktigste samfunnsarenaer, i barnehagene og i skolene. Dette vil kunne redusere kostnader knyttet til utsatte barn og unge innen helsesektoren, utdanningssektoren, justis-sektoren og barnevernsektoren.

Utvalget legger også til grunn at forslagene til tiltak vil bidra til at flere ungdommer kommer inn i voksenlivet med den personlige og faglige kompetanse og mestringsevne som trengs og etterspørres. De samfunnsmessige gevinstene av dette er åpenbare, ikke minst når det gjelder behovet for fremtidige helse-, sosial- og trygdeytelser.

Litteraturliste

- Aamodt, L. G., Aamodt, I. 2009. «*Familien i Sentrum. Et samarbeidsprosjekt mellom barneverntjenesten og BUP*». Helse Sør-Øst, BUP poliklinikk for Bærum.
- Agenda (2006): «*Forsøk med differensiert oppgavefordeling. Evaluering av kommuneforsøkene*». Utført på oppdrag av Kommunal- og regionaldepartementet.
- Agenda (2009): «*Frivillighetsmelding. Kartlegging av samarbeidet mellom kommunen og frivillig sektor*». Utført på oppdrag av Kristiansand kommune.
- Andersson H.W, Ose, S.O., Pettersen, I., Røhme, K., Sitter, M. og Ådnanes, M.(2005): «*Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge*» SINTEF 10–20 STF78 A055025.
- Andersson, H.W. og Norvoll, R. (2006): «*Samhandling mellom kommunale tjenester og BUP – kvalitet i henvisningen i epikrisen*». SINTEF A595.
- Andersson mfl. (2006): «*Kommunale tjenester for barn, unge og familier: Samordningsmodeller og lavterskeltilbud rettet mot de med psykiske problemer*». SINTEF helse.
- Andersson, H.W. og Steihaug, S. (2008): «*Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske problemer. Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse*». SINTEF A261.
- Andersson, H.W. (2009): «*Pasienter og behandlingstilbud i psykisk helsevern for barn og unge*». SINTEF Teknologi og samfunn, Rapport 2/09.
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2007): «*Handlingsplan mot fattigdom*. Vedlegg til St.prp. nr. 1 (2006–2007) – Statsbudsjettet 2007.
- Barne- og familiedepartementet (2005): Rundskriv Q-24, mars 2005, «*Barnevernet og taushetsplikten, opplysningsretten og opplysningsplikten.*»
- Barne- og likestillingsdepartementet (2007): Rundskriv Q-06/2007: Oppgave- og ansvarsfordeling mellom kommuner og statlige barnevernmyndigheter – herunder om betalingsordninger i barnevernet.
- Barne- og likestillingsdepartementet (2009): «*Ungdoms fritidsmiljø – Ungdoms demokratiske deltakelse og innflytelse*».
- Bjørkly, A., Wicken, A (2004); «*Barne- og ungdomspsykiatri i krise? En studie av grenseflaten mellom 1. og 2.linjetjenesten i barne- og ungdomspsykiatrien*. Universitetet i Bergen.
- Brandtzæg, B.A. (2006): «*Evaluering av forsøk med interkommunalt samarbeid om barnevern i Vest-Telemark*». Telemarksforskning-Bø, Arbeidsrapport 29/2006.
- Budsjett-innst. S. nr. 11 (2008–2009), Budsjettinnstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen, side 68.
- Departementene (2009): «*Regjeringens strategi for forebygging*». Oslo, Justisdepartementet.
- ECON Analyse (2006): «*Interkommunalt samarbeid i Norge – omfang og politisk styring*» Utført på oppdrag fra KS. Oslo: Econ-rapport 2006/57.
- Ekker, T.K., Fugleseth, A. (2001): «*Samarbeid til barnets beste? Hovedoppgave*, UiB.
- Faldet, A.C. (2004): «*Forebyggende barnevern og tverrfaglig samarbeid i bydel Sagene Torshov*. Hovedoppgave, UiO.
- Forskningsrådet (2009): «*Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001–2009) – sluttrapport*». Oslo: Divisjon for vitenskap.
- Fylling, I. (2008): «*Meget er forskjellig, men noe blir problem. En sosiologisk undersøkelse av spesialundervisningens institusjonelle praksis*» Dr.Thesis, UiB.
- Gautun, H. (2009) «*Det nye barnevernbyråkratiet*» En studie av samarbeid mellom kommune og stat innen barnevernet. Oslo: FAFO 2009:41.
- Gundhus, H. I., Egge, M., Strype, K., Myhrer, T-G. (2008). «*Modell for forebygging av kriminalitet. Evaluering av Samordning av lokale kriminalitetsforebyggende tiltak (SLT)*». PHS Forskning 2008:4. Oslo: Politi høgskolen.
- Gylseth, G. (2004): Rapport fra prosjektet SIU, «*Samarbeid I Utvikling*. KS, Utvikling og dokumentasjon.
- Haugland, R., Rønning, J.A. og Lenschow, K. (2006): «*Evaluering av forsøk med familiesentere i Norge 2002–2004*». Tromsø: Det medisinske fakultet, Universitetet i Tromsø.
- Helsedirektoratet (2008): «*Nøkkeltall for helsesektoren. Rapport 2008*». Oslo: Helsedirektoratet IS-166.
- Helsedirektoratet (2008): «*Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering*».
- Helsedirektoratet (2009): «*Prioriteringsveileder, Psykisk helsevern for barn og unge*. IS-1581.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2004): «*Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven, med merknader*».
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006): «*Tidlige hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer*», Oslo: HOD.

- Helse- og omsorgsdepartementet (2009): Prp 1 S (2009–2010): «*Proposisjon til Stortinget. Forslag til Stortingsvedtak*», Oslo: HOD.
- Helsetilsynet (2007): «*Oppsummering av landsomfattende tilsyn med habiliteringstjenester til barn 2006. Ikkje likeverdige habiliteringstjenester til barn*» Rapport fra Helsetilsynet 4/2007.
- Helsetilsynet (2007): «*Forskrift om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak*» FOR 2007–12–19 nr. 1761.
- Helsetilsynet (2009): «*Utsatte barn og unge – behov for bedre samarbeid. Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2008 med kommunale helse-, sosial- og barneverntjenester til utsatte barn*». Rapport fra Helsetilsynet 5/2009.
- Justis- og politidepartementet (2009): *Gode krefter. Kriminalitetsforebyggende handlingsplan.*
- Kommunal- og Regionaldepartementet (2009): «*Prp 1 S (2009–2010) Proposisjon til Stortinget*» (forslag til stortingsvedtak), Oslo: KRD.
- Kristofersen, L. (2007): «*Tilgjengelighet og samarbeid: mer fleksible hjelpetjenester? Opptrappingsplanen for psykisk helse, BUP og barnevern*». NIBR-rapport 2007:13.
- Kvello, Ø. (2008): «*Oppvekst. Om barns utvikling og oppvekstmiljø*» Oslo: Gyldendal.
- Lichtwarck, W., Horverak, S. (2003): *Et barnevern som når mange barn?* Nordlandsforskning, rapport 2003-15.
- Lindboe, K. (2008): «*Barnevernrett*», Oslo, Universitetsforlaget.
- Lurie, J., Tjelflaat, T. (2009): «*Samarbeid og samordning mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatri i Norge. Kunnskap om forskning, offentlige føringer, avtaler og nyere tiltak*». Trondheim; NTNU Samfunnsforskning Rapport 14/09.
- Mathiesen, K.S., Mykletun, A. (2009): «*Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*». Folkehelseinstituttet – Rapport 2009:8.
- Moen, H.B. (2004): «*Færrest mulig kontordører å gå gjennom...*» – en kartlegging av den koordinerende enhet for re-/habiliteringsvirksomheten i i kommunene.
- Molven, O., Stavrum, A. (2009): «*Taushetsplikt og samhandling i kommunalt arbeid for barn – ungdom – familier*» KS Veileder.
- Mykletun, A., Knudsen, A.K., Mathiesen, K.S. (2009): «*Psykiske lidelser i Norge. Et folkehelseperspektiv*». Oslo, Folkehelseinstituttet 2009:8.
- Myrvold, T. (2004): *Tilbudet til mennesker med psykiske problemer*. NIBR-rapport 2004:12.
- Myrvold T. (2006): *Kommunalt psykisk helsearbeid: Utviklingstrekk 2002–2005*. NIBR-rapport 2006:11.
- Myrvold, T. og Helgesen, M. (2009): «*Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning*». NIBR-rapport 2009:4.
- Nilsen, J.K., Vinsand, G. (2007): «*Evaluering av interkommunalt samarbeid i Midt-Telemark*». NIVI Rapport 2007:1.
- Norvoll, R., Andersson, H.W., Ådnes, M., Ose, S.O. (2006): «*Kommunale tjenester for barn, unge og familier: Samordningsmodeller og lavterskelltilbud for psykiske problemer*», SINTEF Helse A246.
- NOU 1980:37 *Oppsøkende barne- og ungdomsarbeid.*
- NOU 1982:26 *Barnemishandling og omsorgssvikt.*
- NOU 1983:5 *Asylsuvereniteten.*
- NOU 2000:12 *Barnevernet i Norge.*
- NOU 2004:18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene.*
- NOU 2005:18 *Fordeling, forenkling, forbedring.*
- NOU 2008:15 *Barn og straff.*
- NOU 2009:1 *Individ og integritet.*
- NOU 2009:18 *Rett til læring.*
- Nygren, P. (2000). «*I krysningsfeltet mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatri. Dobbeltklientprosjektet – Delrapport I.*» Oslo kommune, Barne- og familieetaten.
- Nødland, S.I., Bergsgard, N.A., Bjelland, A. og Leknes, E. (2006): «*Kommunenes samhandling med frivillig sektor*». Rapport utarbeidet på oppdrag av Kommunal- og regionaldepartementet. IRIS 2007/47.
- Ot.prp. nr. 44 (1991–92) *Om lov om barneverntjenester.*
- Ot.prp. nr. 47 (2005–2006) *Arbeids- og velferdsforvaltningen.*
- Ot.prp. nr. 53 (2006–2007) *Om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m.*
- Ot.prp. nr. 69 (2008–2009): *Om lov om endringer i barnevernloven.*
- Ot.prp. nr. 84 (2008–2009): *Om lov om endringer i helsepersonell m.m.*
- Ot.prp. nr. 96 (2008–2009): *Om lov om kommunale krisesentertilbud.*
- Osborg, S.O. (2007): «*Psykisk helsevern i kommunene: Anslag på antall brukere, personell-Innsats, udekket personellbehov*». SINTEF Helse A1254.
- Ofstad, K., Skar, R. (2004): «*Barnevernloven med kommentarer*», Oslo: Gyldendal Akademisk, 4. Utgave.

- Prop. 13 L (2009–2010) Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak). Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.
- Raddum, G. (1996): *Idealer og realiteter i tverretattlig samarbeid*. En studie av samarbeidsrelasjoner mellom barnevernet og skoler, barnehager, PP-Tjenesten og heisesøstertjenesten. Universitetet i Bergen.
- Riksrevisjonen (2007): «Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer». Dokument nr. 3:7 (2006–2007).
- Rønbeck, K. (2004): *Fra konflikt til forsoning barnefordeling i et rettsbasert forsøksprosjekt*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2004 nr. 4.
- SAMDATA (2009): *Sektorrapport for det psykiske helsevernet*. SINTEF.
- Sitter M., Andersson, H.W.(2005): «Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker » SINTEF 01–30 STF78 A055005.
- Sitter, M., Andersson, H.W. (2008): «Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker 2004–2007. Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse». SINTEF rapport.
- Skårbrevik, K.J. (1996): «Spesialpedagogikk på dagsorden». Evaluering av prosjekt «Omstrukturering av spesialundervisning». Forskningsrapport nr. 35. Volda: Møreforskning.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005): «Individuell plan 2005. Veileder til forskrift om individuell plan».
- Sosial- og helsedirektoratet (2007) «Individuell plan 2007 – Veileder til forskrift om individuell plan».
- Sosial- og helsedirektoratet (2007): «Veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i Kommunene».
- Sosial- og helsedirektoratet (2008): «*Psykisk helsevern for barn og unge – veileder for poliklinikker*».
- Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR) Rapportserie 2004/05.
- St.meld. nr. 25 (1996–97): *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*.
- St.meld. nr. 23 (1997–98): *Om opplæring for barn, unge og voksne med særskilte behov*.
- St.meld. nr. 40 (2001–2002): *Om barne- og ungdomsvernet*.
- St.meld. nr. 39 (2006–2007): *Frivillighet for alle*.
- St.meld. nr. 41 (2008–2009): *Kvalitet i barnehagen*.
- St.meld. nr. 47 (2008–2009): *Samhandlingsreformen*.
- St.prp. nr.63 (1997–1998): *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006*.
- St.prp. nr. 68 (2008–2009): *Kommuneproposisjonen 2010*.
- Søvig, K.H. (2009): «Barnets rettigheter på barnets premisser – utfordringer i møtet mellom FNs barnekonvensjon og norsk rett». Bergen: BLD.
- Tøssebro, J., Lundeby, H. (2002): *Å vokse opp med funksjonshemming – de første årene*. Oslo, Gyldendal.
- Universitetet i Tromsø, R-BUP Nord (2008): «*Familiens hus. Et tverrfaglig lavterskeltilbud*». Tromsø: UiT.
- Utdanningsdirektoratet (2008): «*Utdanningsspeilet 2007. Analyse av grunnopplæringen*».
- Ursin, G., Holsen, I., Stormark, K.M. (2008): *Firfotmodellen – en modell for å forstå barns psykiske helse*. R-BUPVest.
- Willumsen, E. (1999): «*Dei kan ikkje bara sitta og sei sånn ut ifra et kontor*». Stavanger, Senter for atferdsforskning.
- Østtveiten, H.S. (1996): *For barnas skyld*. NIBR-rapport 1996:8.

Nettsider:

<http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/nordland/1.6617551>. Lastet ned 20. mai 2009

http://www.helsedirektoratet.no/psykisk/publikasjoner/publikasjoner/psykisk_helsearbeid_for_barn_og_unge_i_kommunene_58112

Vedlegg 1

Problemnotat til Flatøutvalget: Bør barnevernloven bli en rettighetslov?

Førsteamanuensis dr. juris Mons Oppedal, Høgskolen i Oslo, 19. august 2009

1 Innledning

1.1 Oppdraget fra utvalget

Jeg viser til kontakt med utredningsleder Morten Stephansen fra Flatøutvalgets sekretariat hvor jeg er bedt om å utarbeide et problemnotat til hjelp for utvalget når dette skal diskutere spørsmålet om å gjøre barnevernloven¹ til en rettighetslov på sitt møte den 27. august 2009. Oppdraget inneholder også noen mer konkrete spørsmål, se vedlegg.

1.2 Oversikt over problematikken

Barns rettslige posisjon har vært under betydelig utvikling det siste århundret. Lovgivningen har beveget seg fra en rettslig situasjon hvor foreldrenes myndighet over barna var meget omfattende og hvor barns ulydighet kunne straffes hardt, til dagens situasjon hvor foreldrenes plikter og rettigheter overfor barnet er begrunnet i at de skal utøves med barnets tarv for øyet, hvor barnet ikke skal utsettes for fysisk refselse eller andre former for handlinger som setter det helse og utvikling i fare, og hvor barnet i økende grad ses atskilt fra sine foreldre som et individ med egne rettigheter og interesser². Utviklingen har også forsterket interessen for barnet som et rettssubjekt i slike saker, først og fremst gjennom denne sterke oppmerksomheten på barnets rett til å uttrykke en mening i saker som angår det, men også gjennom en gryende interesse for barnets muligheter til å opptre på egen hånd i familie- og barnevernsaker. Det er ingen tvil om at rettsutviklingen, så vel i Norge som i de internasjonale menneskerettsfora, går mot en økende reell anerkjennelse av barnet som en egen bærer av rettigheter og som et eget rettssubjekt³.

1 Lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester (barnevernloven – bvl.)

2 Smith og Lødrup 2006 s. 97.

Debatten om barnevernloven bør være en rettighetslov avspeiler denne utviklingen. Debatten blusset opp i forbindelse med saksforberedelsen til nåværende barnevernlov fra 1992⁴ og temaet vekker fortsatt engasjement.

De sentrale myndigheters håndtering av disse spørsmålene bygger på en oppfatning om at gjeldende rett i liten grad gir barn rett til hjelp og beskyttelse fra det offentlige når det utsettes for mishandling og omsorgssvikt, og at rettighetsfesting derfor må besluttes av lovgiver. Imidlertid har debatten rundt rettighetsspørsmålet ført med seg en klargjøring av at barneverntjenesten har meget omfattende plikter til på eget initiativ å iverksette undersøkelser ved mistanke om omsorgssvikt, og til å sette i verk nødvendige tiltak til ivaretagelse av barna hvis undersøkelsene sannsynliggjør at barnet utsettes for mishandling eller omsorgssvikt. Denne utviklingen er tydelig når man sammenligner drøftelsene i lovforarbeidene tidlig på 1990-tallet med stortingsbehandlingen av Befringutvalgets utredning ti år senere. Det er således konsensus om at barneverntjenesten har omfattende *plikter* overfor barn som har behov for tiltak etter loven, og at de nødvendige midler må bevilges til oppfyllelsen av disse pliktene.

Lovgiver har to ganger – i 1991/1992⁵ og i 2001/2003⁶ – gitt uttrykk for at dette er tilstrekkelig og at det ikke er nødvendig med noen ytterligere rettighetsfesting; men det er fortsatt debatt

3 Se for eksempel Europarådets strategi for utviklingen av barnets rettigheter i perioden 2009–2011.

4 Den konkrete foranledningen var en undersøkelse foretatt av Norsk Sosionomforbund som anslo antall ubehandlede meldinger i de kommunale barnevernkontorene (de såkalte mappesakene) til ca. 2.500 saker på landsbasis (Sosionomen 1989 nr. 19 s. 12). Undersøkelsen førte til en omfattende debatt av om barn hadde tilstrekkelig krav på beskyttelse og hjelp etter barnevernlovgivningen.

5 I forarbeidene til barnevernloven: Ot.prp. nr. 44 (1991–92) og Innst. O. nr. 80 (1991–92).

6 I oppfølgingen av Befringutvalgets utredning (NOU 2000:12): St.meld. nr. 40 (2001–02) og Innst. S. nr. 121 (2002–03).

om disse spørsmålene. I dette notatet vil jeg skille mellom to ulike temaer i debatten som lett vikler seg inn i hverandre, men som likevel er prinsipielt forskjellige.

- Det ene temaet dreier seg om hensiktsmessigheten eller nytten av å rettighetsfeste barns rett til barneverntjenester. Denne debatten er i juridisk terminologi en *rettspolitisk* debatt, en debatt om hvordan loven *bør være*.
- Det andre temaet dreier seg om barn i større eller mindre utstrekning allerede har rett til hjelp i saker etter barnevernloven. Dette er et spørsmål som dreier seg om det som i juridisk terminologi betegnes som *gjeldende rett*, det vil si hvordan loven *er*.

1.3 Videre opplegg

I det følgende vil jeg først gi en oversikt over den rettspolitiske debatten i punkt 2, og deretter i punkt 3 gå inn på diskusjonen om hva gjeldende rett går ut på. Fremstillingen vil i disse punktene i det vesentlige holde seg til den typen barnevernsaker som innebærer inngrep i foreldreansvaret (her kalt de *vanlige sakene*), og i liten grad til saker som retter seg direkte mot barn med alvorlige atferdsvansker (her betegnet som *atferdssakene*). Atferdssakene reiser ikke like omfattende spørsmål i et rettighetsperspektiv som de vanlige sakene, og de vil bli kort omtalt i punkt 4. I punkt 5 gir jeg kommentarer til de konkrete spørsmålene som er reist av utvalget. Notatet avsluttes med en kort oppsummering (punkt 6).

2 Den rettspolitiske debatten

I dette avsnittet gjengis en del momenter som har vært oppe i den rettspolitiske diskusjonen om å gjøre barnevernloven til en rettighetslov. Det er viktig å være oppmerksom på rammene rundt denne diskusjonen, nemlig at det er klart at barneverntjenesten har omfattende plikter etter barnevernloven, og at ressursmangel ikke fritar barneverntjenesten fra å utføre sine plikter. Det er videre viktig å være oppmerksom på at uansett hvilke rettigheter som barnet måtte ha, så vil tyngden i et effektivt barnevern måtte avhenge av de offentlige myndigheters egen innsats med hensyn til å finne frem til risikobarn, undersøke deres situasjon og sette inn tiltak om nødvendig.

I den følgende gis først en kronologisk oversikt over hvordan dette spørsmålet har vært håndtert fra myndighetenes side, deretter gis det en oversikt over argumentene for og imot.

2.1 Spørsmålets håndtering i offentlige dokumenter

I perioden som fulgte etter at søkelyset ble satt på de såkalte mappesakene, var departementet i 1991 positivt innstilt til å markere rettighetsaspektet i et høringsnotat om ny barnevernlov⁷. Dette forslaget fikk støtte av «svært mange av høringsinstansene»⁸, men departementet ombestemte seg likevel, og uttalte i lovproposisjonen at de forpliktelsene som lå i lovforslaget var tilstrekkelige hva angikk lovverkets bidrag til effektivt barnevern, og at en rettighetsfesting ville bli problematisk av flere grunner. Departementet mente⁹ at en slik rett vil bli lite presis på grunn av skjønnsmessige inngrepsvilkår og på grunn av vanskeligheter med å presisere hva barnet i så fall har krav på. Det er en rett som mange barn vanskelig kan håndheve selv, og det er lite ønskelig med «vergeordninger» som bringer ytterligere aktører inn i sakene. I tillegg er det problematisk med en rett i de tilfellene vedtaket går ut på tvang. Departementet fryktet dessuten at en rettighetsfesting kunne føre til at de taleføre og sterke ville skyve de svake til side i kampen for rettighetene. Disse synspunktene fikk tilslutning fra Stortingets flertall som mente at det sentrale var at barn faktisk får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, at få vil betrakte slike tjenester som en rettighet, og at en rettighetsfesting ville få liten praktisk betydning¹⁰.

Spørsmålet ble tatt opp igjen av Befringutvalget i 2000¹¹. Forut for utvalgets utredning forelå en juridisk utredning fra Holgersen¹². Hun fant at det ut fra gjeldende rett ikke kunne utledes noen generell rett til hjelp etter barnevernloven, men at bestemmelsene om hjelpetiltak etter bvl. §§ 4–4 og 4–6 første ledd inneholdt klare rettighetselementer. Hun foreslo at dette rettighetspreget ble forsterket gjennom en lovendring, men anbefalte ikke noen rettighetsfesting utover dette. Befringutvalget foreslo at barns og unges rett til barneverntjenester burde lovfestes, for på den måten å tydeliggjøre at det er barns og unges interesser som står i fokus¹³. Forslaget ble vurdert av departementet i St.meld. nr. 40 (2001–2002) om barne- og ungdomsvernet. Der opplyses det at »[d]et store fleirtallet av høringsinstansane» støttet forslaget¹⁴.

7 Høringsnotat om ny barnevernlov, 1991 s. 22–24.

8 Ot.prp. nr. 44 (1991–92) s. 16.

9 Se Ot.prp. nr. 44 (1991–92) s. 16, med videre henvisning til s. 6–7.

10 Innst. O. nr. 80 (1991–92) s. 7–8.

11 NOU 2000:12.

12 Holgersen 2000.

13 NOU 2000:12 s. 219.

14 St.meld. nr. 40 (2001–02) s. 145.

Departementet for sin del avviste forslaget med lignende argumenter som tidligere, men understreket meget tydelig at pliktene var der, herunder at kommunestyret pliktet å bevilge tilstrekkelig til at pliktene kunne oppfylles. Det ble litt senere i argumentasjonen gitt uttrykk for at en rettighetsfesting ville få innvirkning på overføringene til kommunene, fordi en måtte regne med at utgiftene til barneverntiltak da ville øke. Departementet fulgte heller ikke opp Holgersens anbefaling om å forsterke rettighetspreget i bestemmelsene om hjelpetiltak¹⁵.

I Stortinget var det dissens om Befringutvalgets forslag¹⁶:

«K o m i t e e n s f l e r t a l l, alle unntatt medlemmene fra Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti, mener at selv om barnevernloven ikke inneholder en lovbestemt rett for barn til å motta barnevernstjenester, er barnevernet forpliktet til å gi utsatte barn og unge den hjelpen de trenger. F l e r t a l l e t mener at det viktigste er at barn og unge som har behov for hjelp etter loven, får det til rett tid. Dagens lov på dette området inneholder pålagte tidsfrister til å foreta undersøkelser og sette i verk tiltak. Kommunene har også plikt til å bevilge de midler som er nødvendig for å yte tjenester etter loven. Den private part har i tillegg klageadgang.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti vil påpeke viktigheten av at barn får en lovbestemt rett til å motta barnevernstjenester. Dette er særs viktig med dårlig kommune- og fylkesøkonomi. Befringutvalget mener en slik rett bør innføres for å sette barn og barns interesser i fokus og som et ledd i en harmonisering av sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven.»¹⁷

2.2 Argumentene

Det er mange synspunkter som har vært oppe i debatten om rettighetsfesting. Jeg vil sortere ut fra hva som har vært vektlagt i de offentlige dokumentene. Først ses på hovedargumentene fra henholdsvis Befringutvalget og Stortinget, deretter sorteres de øvrige argumenter som særlig departementet har anført¹⁸.

2.2.1 Hovedargumenter

Tydliggjøring av at det er barns interesser som står i fokus

Dette argumentet, som Befringutvalget prioriterer høyest, har særlig betydning med hensyn til signaleffekten av lovverket, nemlig at en rettighetsfesting vil markere at det er barns rett til vern og omsorg som er det sentrale ved loven. En rettighetsfesting er i seg selv en anerkjennelse av at barns behov for beskyttelse når det lever i kvalifisert uakseptable hjemmeforhold, og vil markere betydningen av at barnets interesser går foran. Argumentet får bred tilslutning blant tilhengerne av rettighetsfesting, ofte kombinert med argumenter om at rettighetsfesting i seg selv betyr en anerkjennelse av barns menneskeverd og deres rett til forsvarlig omsorg.

Viktigst at barnet får hjelp, ikke at det har en rett

Dette er stortingsflertallets kjerneargument, og ingen kan i seg selv være uenig i dette, hvis det faktisk er slik at barna får hjelp.

Etter mitt syn fremtrer argumentet som noe spesielt ved at det ikke så ofte brukes om andre mer «populære» rettigheter, hvor man som regel vil mene at rettighetene virker forsterkende med hensyn til å sikre at ytelsen faktisk gis.

Ressurstilførselen

Når det gjelder retten til barneverntjenester, ser stortingsflertallet det slik en rettighetsfesting har liten betydning for graden av måloppnåelse. Stortingsflertallet vektlegger at kommunene plikter å bevilge tilstrekkelige ressurser, og at dette vil være tilstrekkelig for at alle får den hjelp de har behov for i rett tid. Mindretallet på Stortinget vektlegger på sin side at dårlig økonomi i kommunene truer måloppnåelsen og at det derfor bør rettighetsfestes for å holde fokuset på barn. Denne ulike vurderingen av ressurstilførselen avspeiles også i St.meld. nr. 40 (2001–02) hvor departementet – som nevnt i forrige punkt – på den ene siden sier at ressursene er sikret gjennom pliktene, og på den annen side uttrykker bekymring for økt belastning på de kommunale budsjettene om det rettighetsfestes.

15 Op.cit. s. 145–146.

16 Innst. S. nr. 121 (2002–2003) s. 28–29.

17 Fullt navn på lovene som det vises til i sitatet er: Lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven). Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven).

18 Argumentene fra de offentlige dokumentene går frem av henvisningene i notene foran, og vil ikke bli gjenstand for ytterligere detaljerte henvisninger i dette punktet. Når det gjelder høringsinstansenes synspunkter, refererer departementet lite fra disse utover at de fleste er for en rettighetsfesting.

Hensynet til harmonisering av sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven

Siden disse lovene er rettighetslover, ser Befringutvalget og mindretallet på Stortinget en rettighetsfesting i barnevernloven som et viktig virkemiddel i harmoniseringen av de tre lovene. Dette er antagelig særlig viktig i forhold til hjelpetiltakene etter bvl. § 4–4.

2.2.2 Ytterligere argumenter

I dokumentene til Stortinget anfører departementet også en del andre argumenter. Disse er for en stor del av mer retts teknisk karakter. Argumentene har ikke stått uimotsagt. I det følgende gjengis departementets argumenter og motargumenter til disse:

Skjønnsmessige formuleringer

Departementet anfører at lovkriteriene i barnevernloven er for skjønnsmessig utformet til at de er egnet som rettighetsbestemmelser, også når de sammenlignes med de skjønnsmessig formulerte rettighetene i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. Andre¹⁹ er uenige i dette og mener barnevernlovens skjønnsmessige formuleringer ikke skiller seg ut sammenlignet med de øvrige lovene, og at skjønnsmessige formuleringer neppe kan unngås.

Det kan, som en ytterligere innvending mot departementets argumentasjon, pekes på at dagens pliktregler er like skjønnsmessig utformet; noe for eksempel som fører med seg at fylkesmannen må avgjøre klagesakene etter § 4–4 på grunnlag av tilsvarende skjønnsmessige formuleringer som departementet hevder ikke kan gi grunnlag for rettigheter.

Uklart hva man har krav på

Departementet nevner også det problematiske i å fastsette hva barnet har krav på, når tiltakene er mange og alle tvangstiltakene er knyttet til særlige vilkår i sine respektive inngrepshjemler.

Stang mener at slike spørsmål kan løses i forbindelse med rettighetsfestingen²⁰.

Det kan også innvendes at det er retten til hjelp og beskyttelse som er det sentrale, og at kravet til tiltakene innhold må løses på vanlig måte under hensyntagen til at tiltakene er tilstrekkelige til at

barnet får tilfredsstillende beskyttelse og hjelp, og at man innenfor dette rommet velger det tiltaket som er til barnets beste under hensyntagen til det mildeste inngreps prinsipp. Også her er det vanskelig å se at tiltakene som følger av en rett, reiser andre problemer enn de som følger av en plikt.

Rett til tvang

Dette argumentet tilsier at det er kunstig å snakke om en rett når rettighetshaveren opplever det som tvang. Som flere har pekt på, må man i tilknytning til dette argumentet skille mellom tvangen mot foreldrene og det som barnet opplever som tvang, og at rettighetskonstruksjonen blir mest problematisk i tilfeller hvor barnet motsetter seg tiltaket²¹.

For min del har jeg argumentert med at vi finner tilsvarende konstruksjoner i annen lovgivning, for eksempel i helselovgivningens bestemmelser om øyeblikkelig hjelp²². Disse bestemmelsene hjemler en rett for pasienten til helsehjelp som er påtrengende nødvendig; men også en plikt for helsevesenet til å gi hjelp som er påtrengende nødvendig i tilfeller hvor pasienten motsetter seg dette²³. Det forhold at hjelp gis uten pasientens samtykke i noen tilfeller, synes ikke å ha skapt problemer i forhold til at pasienten også har en rett til hjelp etter bestemmelsen.

For mange meningsberettigede

Dette er et argument som tar utgangspunkt i at skal barnets rett bli en realitet, særlig i saker hvor verken foreldre eller barneverntjenesten utviser aktivitet, så trengs en form for vergeordning. Der ved blir det flere parter i sakene, noe som både kompliserer prosedyren og som fører med seg økt tids- og ressursbruk.

Det er særlig departementet som har anført dette argumentet. Stortingets flertall viste – da loven ble behandlet i 1992 – atskillig mer sympati for en slik vergeordning²⁴:

«Det vil i en stor del av barnevernsakene, spesielt i fylkesnemnda være interessemotsetninger både mellom barneverntjenesten, foreldrene, barna, og i enkelte tilfeller fosterforeldre og andre som i en periode har hatt omsorg for barnet. Barnas interesser behøver i slike saker

21 Holgersen 2000 s. 114–117, Sandberg 2003 s. 277–278, Stang 2007 s. 375–378.

22 Oppedal 2008 s. 210.

23 Med noen få spesifiserte unntak (sultestreik, blodoverføring til voksne pasienter), se lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. § 7 med videre henvisninger.

24 Innst. O. nr. 80 (1991–92) s. 34.

19 Se for eksempel Stang 2007 s. 375.

20 Op.cit. s. 375.

ikke nødvendigvis være identiske med interessene til de øvrige parter i saken. Etter flertallets oppfatning hadde det vært en klar styrking av barnets rettssikkerhet og stilling i forhold til slike avgjørelser at det har en egen «representant» som kan tale barnets sak og fremstille saken fra barnets synsvinkel. En slik representant må være opplært i å snakke med barn og være uavhengig av barneverntjenesten.»

Departementet fikk i oppdrag å utarbeide en slik ordning. Høringsrunden avdekket stor motstand mot en *obligatorisk* ordning (bare 7 av 80 instanser støttet forslaget). Referatene tyder også på en utstrakt motstand mot ordningen i det hele tatt. Departementet foreslo på denne bakgrunn en ordning hvor fylkesnemnda *kan* oppnevne en talsperson²⁵. Stortinget vedtok dette enstemmig, men det går frem av debatten at det fortsatt var uenighet om i hvilket omfang en slik talsperson burde oppnevnes²⁶.

I litteraturen har det vært tatt til orde for bedre representasjonsordninger for barnet, eventuelt en senkning av partsalderen²⁷.

Rettighetsfesting vil bety en prioritering av de ressurssterke

Departementet har endelig anført at en rettighetsfesting kan føre med seg en ressursvridning til fordel for de mest ressurssterke som har best evne til å reise krav.

Stang sier at dette er tankegang som taler mot rettigheter hvis man vil beskytte de svake, og som neppe samsvarer med hvordan man ellers ser på rettighetsfesting som et middel til å kanalisere ressurser mot sårbare grupper²⁸.

3 Hva følger av gjeldende rett?

I det følgende gis først i punkt 3.1 en oversikt i grunnstrukturer ved henholdsvis barnevernlovens og menneskerettighetenes regulering av barnevernsakene. Deretter ses i punkt 3.2 på konkrete spørsmål hvor det er divergerende oppfatninger om hva som går frem av gjeldende rett.

3.1 Grunnstrukturer i barnevernreguleringen

De vanlige barnevernsakene involverer minst tre grupper aktører som kan ha ulike interesser: Barnet, foreldrene og det offentlige representert ved barneverntjenesten. Barnevernsakene representerer et unntak fra den vanlige regelen i norsk familierett om at det er foreldrene som har retten og plikten til å gi barnet forsvarlig omsorg²⁹. Barnevernloven blir aktuell i saker hvor barnet ikke får slik omsorg fra foreldrenes side, og det er utbredt enighet om at barnets interesser må beskyttes om det utsettes for omsorgssvikt, mishandling eller utnyttelse. Barneverntjenestens oppgave er å undersøke om det foreligger forhold i familien som setter barnets krav på omsorg og beskyttelse i fare, og å sette inn tiltak i forhold til behovet i tilfeller hvor barnets beste tilsier det. Slike tiltak kan bestå i hjelpetiltak til familien med foreldrenes samtykke; men også i tiltak som innebærer kontroll og tvang, om frivillige tiltak ikke anses tilstrekkelige.

Barnevernsakene reguleres gjennom barnevernloven og gjennom menneskerettskonvensjonene. Hvordan barnets, foreldrenes og det offentliges interesser er avveid i de materielle reglene³⁰, og hvordan denne reguleringen beskyttes gjennom de prosessuelle reglene, er ulikt strukturert i de to regelsettene.

I det følgende ses først på barnevernloven, deretter på konvensjonene.

3.1.1 Barnevernloven

Etter barnevernloven er barnet sakens hovedperson når det kommer til de materielle reglene. Dette følger generelt av formålsbestemmelsen i § 1–1, av kravet om at barnets beste skal være avgjørende ved valg av tiltak etter § 4–1, og mer konkret av de mange øvrige bestemmelsene i barnevernloven. Men barnet er ikke en tilsvarende hovedperson når det kommer til de prosessuelle reglene. Disse reglene er bygget opp på basis av en oppfatning om at slike vedtak retter seg mot foreldrene fordi de representerer et inngrep i foreldreansvaret. De prosessuelle reglene har således til hensikt å gi foreldrene og familien rettssikkerhet i den forstand at tiltak enten må gjennomføres med foreldrenes

25 Ot.prp. nr. 104 (1992–93) s. 10–17.

26 Tidende O. (1992–93) s. 912–914.

27 Stang 2007 s. 379, Oppedal 2008 s. 614–620.

28 Stang 2007 s. 380.

29 Lov 8. april 1981 nr. 7 om barn og foreldre (barneloven) § 30. Med ordet "foreldre" siktes her og i den videre fremstilling til foreldre med foreldreansvar, hvis ikke annet skulle gå frem av sammenhengen.

30 Materielle regler er regler som handler om realiteten i sakene. I internasjonal juridisk terminologi brukes ofte ordet substansiell ("substantial") om slike regler.

samtykke, eller må opp for fylkesnemnda om foreldrene ikke samtykker. Foreldrene er derfor parter i sakene, de har fulle kontradiktoriske og øvrige prosessuelle rettigheter og de får gratis bistand av advokat hvis saken går til fylkesnemnda. Barn som har fylt 15 år nyter godt av en tilsvarende posisjon idet også de får være egne parter i saken.

Barn under 15 år er avskåret fra å delta som part i sakene³¹. De skal likevel bli informert om saken og få uttrykke sine synspunkter i saken om de ønsker det³², og det skal legges økende vekt på deres mening i samsvar med deres alder. Sammenlignet med partenes prosessuelle handlingsmuligheter, er denne uttaleretten svak og den er heller ikke utbygget med mer presise krav til kvalitet, omfang, dokumentasjon og fremgangsmåter. Det reelle forhold i prosessuell henseende er således at barn under 15 år i det vesentlige har rollen som sakens gjenstand, det vil si at det er et rettsobjekt. Det er i hovedsak overlatt til de to dominerende aktørene – foreldrene og barneverntjenesten – å ivareta barnets interesser. Lovgiver synes i det vesentlige å legge til grunn at barnets rettssikkerhet vil være godt ivaretatt gjennom disse to aktørene, enten ved at de må nå frem til enighet i de frivillige sakene, eller ved at de får legge frem sine uenigheter på en grundig måte for fylkesnemnda slik at nemnda får et bredt innblikk i saken og dermed et godt grunnlag for å fatte sine vedtak³³.

3.1.2 Menneskerettskonvensjonene

Barnevernsakene omfattes også av menneskerettighetene. I norsk rett er pr. i dag fire menneskerettskonvensjoner inkorporert. Inkorporasjon innebærer at konvensjonene gjelder som «norsk lov» og at de går foran annen lov hvis det oppstår motstrid, se menneskerettsloven³⁴ §§ 2 og 3. Konvensjonene har med dette fått en langt større tyngde i norsk rett enn tidligere idet de rangerer mellom grunnlov og vanlige nasjonale lover i regelhierarkiet.

I forhold til barnevernsakene er tre av de inkorporerte konvensjonene aktuelle:

- Den europeiske menneskerettskonvensjon av 4. november 1950 (EMK)
- FNs internasjonale konvensjon om sivile og politiske rettigheter av 16. desember 1966 (SP)
- FNs konvensjon om barnets rettigheter av 20. november 1989 (barnekonvensjonen – BK)

Disse tre konvensjonene har mange parallelle bestemmelser idet alle tre har et felles opphav i Verdenserklæringen om menneskerettighetene³⁵. De inneholder parallelle bestemmelser om forbud mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff (EMK art. 3, SP art. 7, BK art. 37 a), om vern av barn mot mishandling, utnyttelse og omsorgssvikt fra foreldre eller andre omsorgsgivere (SP art. 24 og BK art. 19 og 20), og om vern av familieliv og privatliv (EMK art. 8, SP art. 17, BK art. 16). Barn er rettighetsbærere etter alle tre konvensjonene, mens foreldre er rettighetsbærere etter EMK og SP, og etter BK når det gjelder retten og plikten til å gi barn omsorg og oppdragelse, og til å være deres juridiske representanter (verger). I det følgende vil fremstillingen konsentrere seg om BK og EMK³⁶.

I konvensjonene anses inngrep etter barnevernloven som et inngrep i foreldrenes *rett til familieliv* med sine barn. Reguleringen er forholdsvis parallell til den som følger av barnevernloven, og reiser ingen ytterligere spørsmål av strukturell art.

I forhold til barna aktualiserer barnevernsakene to typer materielle rettigheter etter konvensjonene:

- Den ene typen rettighet gir barnet *rett til vern mot krenkelser av dets psykiske og fysiske integritet*. Vernet viser seg dels i torturbestemmelsene hvor barnet som andre har rett til ikke å bli utsatt for tortur eller annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff, og dels i særlige bestemmelser om familieforhold som gir barnet rett til beskyttelse mot alle former for mishandling, vanskjøtsel, utnyttelse eller omsorgssvikt fra sine foreldre eller andre omsorgsgivere.
- Den andre typen rettighet verner *barnets rett til familieliv*. Etter konvensjonene har enhver rett til vern om sitt familieliv. Dette er således en rettighet som alle medlemmene av en familie

³¹ Bvl. § 6–3 annet ledd.

³² Dette er obligatorisk fra 7-års alder, men mange barn under denne alder vil ha uttalerett ut fra en skjønnmessig vurdering av om det er i stand til å forme et synspunkt, se bvl. § 6–3 første ledd.

³³ Det kan tilføyes at barn etter bvl. § 7–9 har mulighet til å få oppnevnt en egen talsperson når saken går for fylkesnemnda. Denne ordningen er ikke obligatorisk og brukes forholdsvis lite.

³⁴ Lov 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven).

³⁵ Verdenserklæringen om menneskerettighetene. Vedtatt av De forente nasjoners (FN) generalforsamling 10. desember 1948.

³⁶ EMK og SP er langt på vei sammenfallende i forhold til barnevernfeltet, og det er da naturlig å konsentrere seg om EMK som er den best utviklede av de to på grunn av den omfattende rettspraksisen ved den europeiske menneskerettsdomstolen i Strasbourg. SP kan likevel bli nevnt hvor den har egne bestemmelser i forhold til EMK.

har (ikke bare foreldrene). Det å bo sammen og ha gleden av hverandres nærvær, er et sentralt element i denne retten.

I tillegg aktualiserer barnevernsakene de prosessuelle rettighetene som følger av EMK og SP, for eksempel retten til å være rettssubjekt (SP art. 16), retten til en rettferdig rettergang (EMK art. 6), retten til å få prøvd påstander om konvensjonsbrudd for en nasjonal prøvingsinstans (EMK art. 13), og retten etter EMK art. 34 til å klage over et påstått konvensjonsbrudd til Den europeiske menneskerettsdomstol i Strasbourg (EMD). Disse rettighetene tilkommer enhver, også ethvert barn; men i forhold til EMK art. 6 om retten til en rettferdig rettergang har EMD akseptert at det kan gjøres begrensninger i barns rett til å reise sak, forutsatt at begrensningen ikke rører ved essensen i denne retten.

3.2 Divergerende oppfatninger om gjeldende rett

I den nasjonale rettslige diskusjonen av barns rettigheter i barnevernsaker er det divergerende oppfatninger, både om forståelsen av barnevernloven i seg selv og om forståelsen av hva konvensjonene går ut på. Mange personer har gitt sitt bidrag til diskusjonen. I dette notatet vil det i tillegg til det som fremgår av offentlige dokumenter, bli vist til fire publikasjoner hvor spørsmålet vært behandlet mer utførlig³⁷.

Diskusjonen er preget av en utvikling i rettskildet bildet fordi barnets grunnrett til omsorg er trukket sterkere frem, og fordi menneskerettskonvensjonene har fått økende tyngde i norsk rett. Når det gjelder konvensjonene, har selvsagt inkorporeringen av SP og EMK i 1999 og av BK i 2003 hatt stor betydning, men det har også hatt betydning at konvensjonenes innhold er blitt presisert av konvensjonsorganene. Særlig gjelder dette utviklingen i domspraksisen til EMD i Strasbourg.

I det følgende redegjøres for sentrale spørsmål i diskusjonen. Først ses på barnevernloven generelt og på hjelpetiltakene spesielt, deretter på tre ulike former for rettigheter for barnet som følger av konvensjonene: Retten til vern mot mishandling, omsorgssvikt og utnytting fra foreldrenes

side, retten til familieliv og prosessuelle rettigheter.

3.2.1 Barnevernloven

Når det gjelder spørsmålet om hva som kan trekkes ut av barnevernloven, er lovgivers avvisning av at loven skal være en rettighetslov tydelig uttrykt, se ovenfor i punkt 2.

Dette standpunktet har opptatt mange i litteraturen. Her nevnes tre som har behandlet spørsmålet særlig grundig:

- Holgersen har i hovedsak kommet til at barnevernloven ikke gir rett til hjelp, men at bestemmelsene om hjelpetiltak etter §§ 4–4 og 4–6 første ledd likevel inneholder tydelige rettighetslementer.
- Sandberg legger til grunn i samsvar med utviklingen i nordisk rettslig teori at fortolkningen av bestemmelser i den positive rett må underlegges såkalte grunnrettigheter som vår rettsorden hviler på. For barn anser hun retten til omsorg som så grunnleggende at den hører med blant grunnrettighetene, og denne retten er ytterligere bekreftet gjennom det menneskerettslige regelverket, særlig barnekonvensjonen. Senere i avhandlingen begrunner hun mer konkret at det foreligger en rett til omsorgsovertakelse for barnet når situasjonen i hjemmet er tilstrekkelig alvorlig. Dette resultatet begrunnes ikke bare i grunnrettighetene, men også i andre nasjonale rettskildedefaktorer³⁸.
- Stang argumenterer også ut fra at retten til omsorg er en grunnrettighet, og hun utleder av denne en rett til hjelpetiltak som går utover det andre har villet anerkjenne etter bvl. § 4–4. Hun er særlig kritisk til at foreldrene ved sitt manglende samtykke skal kunne forhindre et hjelpetiltak som er viktig for barnet³⁹.

I litteraturen ellers er det vanlig at pliktene understrekes⁴⁰, mens det er færre som anser barnevernloven i seg selv som en rettighetslov. Noen synes det er vanskelig å komme forbi lovgivers standpunkt⁴¹, mens andre ser på det som et mer akademisk spørsmål⁴².

38 Sandberg 2003 kapitlene 3 og 7.

39 Stang 2007 kapitlene 4 og 6.

40 Halvorsen 1995 s. 102, Oppedal 2008 s. 49–52, Ofstad og Skar 2009 s. 19–21.

41 Collin-Hansen 1997 s. 334, Hove og Kjellebold 2000 s. 403–404, Oppedal 2008 s. 49–52, Ofstad og Skar 2009 s. 19–21.

42 Lindboe 2008 s. 24.

37 Holgersen 2000, Sandberg 2003, Stang 2007 og Oppedal 2008.

3.2.2 Særlig om situasjonen som utløser hjelp etter bvl. § 4–4 om hjelpetiltak

Når det gjelder hjelpetiltak etter §§ 4–4 og 4–6 første ledd (akutte frivillige tiltak) synes det å foreligge tydelige trekk ved disse bestemmelsene som underbygger at de reelt sett fungerer som rettigheter⁴³, selv om departement og Storting avviser at dette uttrykkes tydeligere i loven. Disse elementene knytter seg til at loven bruker ordet «skal», noe som i hvert fall uttrykker pliktdimensjonen; og til at vedtak om hjelpetiltak anses som enkeltvedtak med den følge at partene kan søke om slike tiltak og i tillegg klage over avslag. Denne situasjonen illustreres av at stortingsflertallet i 2003 viser til denne klageadgangen, samtidig som det avviser rettighetsaspektet, se sitatet ovenfor i punkt 2.1.

Grunnvilkåret for å få hjelpetiltak etter § 4–4 annet ledd er at barnet på grunn av forholdene i hjemmet eller av andre grunner har «særlig behov» for hjelpen. Følgen av at § 4–4 er en pliktbestemmelse, er at hjelp skal gis hvis dette vilkåret er oppfylt. Slik hjelp skal barneverntjenesten uansett yte på eget initiativ, men også når de på foranledning av en søknad finner at vilkåret er oppfylt. På samme måte må fylkesmannen i en klagesak ta stilling til om det foreligger «særlig behov».

Uttrykket «særlig behov» sikter mot barn som ikke får, eller står i risiko for ikke å få, tilstrekkelig god omsorg fra foreldrene⁴⁴. Det omfatter ikke barn i familier hvor foreldrene mestrer omsorgsoppgaven i seg selv, men hvor barnet likevel kan ha behov for ulike velferdsytelser. Det er denne sonderingen Stang legger til grunn når hun skiller mellom risikobarnevernet og det mer allmenne velferdsbarnevernet. Det vil være en flytende grense mellom de barn som har særlige behov på grunn av forholdene i hjemmet eller andre grunner, og de barn som ikke har slike behov i samme grad, men som likevel trenger støtte og oppfølging over lang tid, for eksempel fra helsetjenesten, sosialtjenesten, PP-tjenesten, eller som lever i fattige familier.

Grensen for hva barn skal få etter § 4–4 må nødvendigvis bli skjønnsmessig, og i en del av disse grensetilfellene vil det samtidig kunne være rettigheter etter andre lover. Stang peker på økonomisk hjelp som et eksempel på dette, hvor barneverntjenesten noen ganger kompensere for at familien ikke får støtte til barnas behov fra sosialtjenesten. I seg selv kan dette være bra at en offentlig etat gir støtte hvis en annen svikter, men Stang

ser en fare for at prioriteringen av risikobarna kan lide under det⁴⁵.

Det kan være mer problematisk å hevde at barnet har en rett til hjelpetiltak når foreldrene ikke samtykker. Stang mener en slik mulighet burde finnes, men at formuleringene i barnevernloven står i veien for dette, selv om konflikten kan avdempes noe ved å moderere kravene til et gyldig samtykke⁴⁶.

3.2.3 Spørsmålet om rett til vern etter konvensjonene

Et viktig element i debatten om hva gjeldende rett går ut på, har knyttet seg til om de inkorporerte konvensjonene gir støtte for å hevde at barnet har rettigheter i barnevernsaker. Konvensjonene pålegger ikke myndighetene å gjøre barnevernloven til en rettighetslov idet myndighetene står fritt med hensyn til hvordan de vil innarbeide konvensjonsforpliktelsene. På den annen side plikter barneverntjenesten, fylkesnemnda og domstolene i sin lovanvendelse å respektere de rettighetene som foreldre eller barn har etter en inkorporert konvensjon. Konvensjonene har derfor en betydelig indirekte betydning for om barn har rettigheter i saker etter barnevernloven.

Når det gjelder *barnekonvensjonen*, har det vært omtvistet om den gir det enkelte barn en rett til vern på barnevernlovens saksområde. De som mener den gir rettigheter⁴⁷, peker særlig på konvensjonens art. 3 nr. 2 og 19 nr. 1 sett i sammenheng med at konvensjonen etter sin tittel er en konvensjon om «barnets rettigheter».

Bestemmelsene lyder slik:

BK art. 3 nr. 2:

Partene påtar seg å sikre barnet den beskyttelse og omsorg som er nødvendig for barnets trivsel, idet det tas hensyn til rettighetene og forpliktelsene til barnets foreldre, verger eller andre enkeltpersoner som har det juridiske ansvaret for ham eller henne, og skal treffe alle egnede, lovgivningsmessige og administrative tiltak for dette formål.

BK art. 19 nr. 1:

Partene skal treffe alle egnede lovgivningsmessige, administrative, sosiale og opplæringsmessige tiltak for å beskytte barnet mot alle former for fysisk eller psykisk vold, skade eller

43 Holgersen 2000 s. 72.

44 Vilkårene behandles utførlig i Stang 2007.

45 Stang 2007 189–197.

46 Stang 2007 s. 383, se også Stang 1997 s. 41. Holgersen (2000 s. 77–78) gir støtte til dette synspunktet, særlig i forhold til barn som har fylt 15 år.

47 Sandberg 2003 s. 96–98, Stang 2007 s. 369–372, Oppedal 2008 s. 65–69.

misbruk, vanskjøtsel eller forsømmelig behandling, mishandling eller utnyttning, herunder seksuelt misbruk, mens en eller begge foreldre, verge(r) eller eventuell annen person har omsorgen for barnet.

De som mener motsatt⁴⁸, hevder at disse bestemmelsene legger plikter på statene, men at de ikke i seg selv gir en korresponderende, håndhevbar rett for barnet til å få hjelp. I tillegg anses særlig art. 3 nr. 2 (men også art. 19) som for generelt formulert til at den kan gi grunnlag for et rettskrav for domstolene.

Når det gjelder *EMK*, har denne konvensjonen vært lite fremme i myndighetenes overveielser av rettighetsspørsmålet. Konvensjonen ble ikke trukket frem i lovforarbeidenes omtale av disse spørsmålene. Den ble bare så vidt berørt i dokumentene som lå til grunn for myndighetenes vurdering av rettighetsspørsmålene i 2002–2003. Det forelå da en utredning om rettighetsspørsmålene fra Holgersen (som ikke kom inn på *EMK*), og det forelå en kort uttalelse i Befringutvalgets innstilling fra 2000 hvor det het at «[m]ens flere bestemmelser i barnekonvensjonen etablerer en plikt for statene til å gripe inn, vil den europeiske menneskerettighetskonvensjonen ikke gå lenger enn å gi aksept for at slike inngrep gjøres»⁴⁹.

Denne uttalelsen var dessverre ikke à jour med utviklingen i domspraksisen til *EMD* i Strasbourg, en utvikling som har skutt ytterligere fart frem til i dag. Sandberg, Stang og Oppedal har trukket frem hvordan *EMD* gjennom flere saker har slått fast at *EMK* art. 3 om tortur mv.⁵⁰ pålegger myndighetene undersøkelses- og handleplikter med hensyn til å forsikre seg om at barn ikke blir utsatt for handlinger fra foreldrenes side som strider mot art. 3. Den prinsipielt viktige avklaringen kom etter min oppfatning i dommen *A mot Storbritannia (1998)*. Saken dreide seg om en klage fra en gutt på ca. ni år som ble utsatt for gjentatte avstraffelser med stakk av sin stefar. Slagene var så harde at de satte tydelige merker i skinnet. Det ble reist straffesak mot stefaren, men han ble frikjent på grunnlag av en rettsbelæring fra dommerens side som åpnet for at avstraffelsene kunne være innenfor grensene for den tillatte refselsesrett i Storbritannia. *EMD* anså avstraffelsene for å være i strid med *EMK* art. 3. Når stefaren var blitt frikjent på grunnlag av en lovgivning som tillot denne typen avstraf-

felser, hadde ikke staten sørget for adekvat beskyttelse mot slike krenkninger, se dommens punkt 22:

«The Court considers that the obligation on the High Contracting Parties under Article 1 of the Convention to secure to everyone within their jurisdiction the rights and freedoms defined in the Convention, taken together with Article 3, requires States to take measures designed to ensure that individuals within their jurisdiction are not subjected to torture or inhuman or degrading treatment or punishment, including such ill-treatment administered by private individuals (...). Children and other vulnerable individuals, in particular, are entitled to State protection, in the form of effective deterrence, against such serious breaches of personal integrity (see, ...; and also the United Nations Convention on the Rights of the Child, Articles 19 and 37).»

Henvisningene i sitatet til andre bestemmelser utdyper rekkevidden av vernet. *EMK* art. 1 sørger for å pålegge enhver offentlig myndighet en aktiv plikt til å sikre at privatpersoner som utsettes for slike handlinger fra andre privatpersoner, gis vern mot at slike handlinger får fortsette. Henvisningen til *BK* art. 19 og 37 viser at *EMD* finner disse bestemmelsene relevante for den nærmere forståelsen av hva som anses som tortur og umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff i forhold til barn. Det er særlig henvisningen til art. 19 som er interessant. Ved den siterte uttalelsen har *EMD* ryddet terrenget slik at de relevante bestemmelsene i *EMK* og *BK* til sammen utgjør et anvendbart hele i forhold til mishandling, omsorgssvikt og utnyttelse av barn fra foreldrenes side, og *EMD* har ikke minst tydeliggjort relevansen av torturbestemmelsen i *EMK* art. 3 i forhold til barn som utsettes for slike handlinger fra sine foreldre.

Det har vært lang rekke saker i *EMD* – herunder flere barnevernsaker⁵¹ – som har fulgt opp denne forståelsen av *EMK* art. 3, og det er klart at domstolen forstår bestemmelsen slik at den pålegger staten klare plikter med hensyn til å undersøke og beskytte barn mot slike tiltak, og at den gir barnet rett til vern mot slike handlinger, jf. bruken av ordet «*entitled*» i sitatet⁵².

Det kan tilføyes at *EMD* legger stor vekt på art. 3 som en unntaksfri bestemmelse. Dette innebærer at hensynet til å beskytte barn mot slike handlinger fra foreldrenes side, går foran hensynet til foreldrenes privatliv og familieliv.

48 Justisdepartementet 1980, Grøslund 1993 s. 174 ff, Holgersen 2000 s. 5–6, Regjeringsadvokaten i høringsuttalelse referert i Ot.prp. nr. 45 (2002–2003) s. 23.

49 NOU 2000:12 s. 211.

50 Sandberg 2003 s. 278–279, Stang 2007 s. 373 og 388–390, Oppedal 2008 s. 57–69.

51 Se *Z m.fl. mot Storbritannia (2001)*, *DP og JC mot Storbritannia (2002)*, *E m.fl. mot Storbritannia (2002)* og *Covezzi og Morselli mot Italia (2003)*. Se Oppedal 2008 s. 58–62 for en detaljert gjennomgang.

I min avhandling⁵³ argumenterer jeg for at denne dommen og den oppfølgingen den har vært gjenstand for i senere domspraksis ved EMD, fører til at barnet har rett til beskyttelse i barnevernsaker hvis det i saken påvises handlinger fra foreldrenes side som faller inn under EMK art. 3, jf. BK art. 19 og 37. Dette gjelder uansett om de sentrale myndigheter har avvist at barnevernloven er en rettighetslov, og uavhengig av spørsmålet om bestemmelsene i BK er rettighetsbestemmelser i seg selv. Dette følger av at EMK gjelder som norsk lov og går foran annen norsk lov ved motstrid, og det følger av at EMD uttaler at når det gjelder forståelsen av *EMK art. 3* i spørsmål som gjelder foreldrenes handlinger mot sine barn, så vil handlingsbeskrivelsene i BK art. 19 og 37 være klart relevante. Om EMD vil gå så langt som BK art. 19 gjør i sin oppregning av alle former for mishandling, utnyttning og omsorgssvikt, eller om den vil trekke grensen litt snevrere, er ennå ikke helt klart. Etter mitt syn går utviklingen mot et sammenfall i forståelsen av bestemmelsenes utstrekning. Uansett vil situasjoner som faller inn under barnevernlovens tvangshjemler, være såpass alvorlige at de kvalifiserer. Det kan etter min oppfatning slås fast at barn – uavhengig av hvordan barnevernloven fortolkes – har en generell rett til vern mot slik omsorgssvikt som beskrives i tvangshjemlene. Dette vil i praksis innebære at barneverntjenesten etter henvendelse fra barnet må undersøke påstandene og, hvis de bekreftes, finne løsninger som avhjelper situasjonen og ivaretar barnets beste innen barnevernlovens tiltaksspekter.

3.2.4 Spørsmålet om barnets rett til familieliv etter konvensjonene

En annen rettighet i EMK som ikke har en klar parallell i barnevernloven eller barneloven, er barnets egen rett til familieliv og privatliv etter EMK art. 8, jf. også BK art. 16. Et vedtak om tiltak etter barnevernloven, for eksempel omsorgsovertakelse, vil slik EMD fortolker art. 8, kunne være et inngrep både i foreldres og barns rett til familieliv, og det finnes flere eksempler på at barn har vært klagere sammen med foreldrene i slike saker etter EMK, og at noen saker har konkludert med barna,

52 I den franskspråklige dommen *Covezzi og Morselli mot Italia* (2003) som gjaldt akuttplassering ved mistanke om seksuelle overgrep, uttales det i punkt 103 at barn og andre sårbare individer har rett til beskyttelse fra Staten ("Les enfants et autres personnes vulnérables ont droit à la protection de l'Etat") i form av et effektivt vern ("d'une prévention efficace") mot slike alvorlige handlinger. Her er rettighetsterminologien ikke til å misforstå ("ont droit à").

53 Oppedal 2008.

sammen med foreldrene, har fått medhold i at deres rett til familieliv ble krenket⁵⁴. Denne situasjonen står i motsetning til hvordan norske myndigheter forstår tiltak etter barnevernloven i sin rapportering til FNs barnekomité. Her uttales det i Norges første rapport til FNs komité for barnets rettigheter at det ikke anses som et inngrep mot barnets privatliv når undersøkelser eller tiltak etter barnevernloven settes i verk, men som en handling hvor barnets beste er det avgjørende⁵⁵.

Vi får på dette punktet en problematisk juridisk situasjon når EMD ser slike tiltak som mulige inngrep mot barnets rett etter EMK art. 8, mens norske myndigheter ikke ser dem som inngrep etter BK art. 16. Uansett hvordan man forstår det norske synspunktet på BK art. 16, er det klart at forståelsen av EMK art. 8 slår igjennom, og at tiltak etter barnevernloven vil kunne utgjøre inngrep mot barnet i seg selv. Barnevernloven tar lite høyde for dette idet inndelingen av tiltakene i frivillige tiltak og tvangstiltak refererer seg til foreldrenes holdning. Et frivillig tiltak etter § 4–4 kan innebære et inngrep overfor barnet, for eksempel i tilfeller hvor barnet plasseres etter femte ledd med foreldrenes samtykke, men hvor det selv er uenig. Motsatt kan barnet ønske å utnytte sin rett til hjelpetiltak, mens foreldrene motsetter seg dette.

3.2.5 Prosessuelle rettigheter etter konvensjonene

Ut fra at barnet har de to overnevnte materielle rettighetene etter EMK – retten til beskyttelse etter EMK art. 3 og retten til familieliv etter EMK art. 8 – aktualiseres ytterligere prosessuelle rettigheter som vi finner få av i barnekonvensjonen, men som det er atskillige av i EMK. Jeg skal nevne dem i strekpunkter:

- Fordi EMK gjelder som norsk lov, vil disse konvensjonsrettighetene også være såkalte borgerlige rettigheter etter EMK art. 6, noe som innebærer at barnet vil ha krav på en rettferdig rettergang etter art. 6. EMD aksepterer at statene kan gjøre begrensninger i denne retten når det gjelder barn, men ikke så langt at selve essensen i retten ikke blir ivaretatt.
- Fordi disse rettighetene samtidig er konvensjonsrettigheter, vil barnet ha krav på å kunne få prøvd spørsmålet om konvensjonsbrudd for en nasjonal prøvningsinstans (såkalt nasjonalt rettsmiddel) etter EMK art. 13. Her gjelder

54 Det vises her til Oppedal 2008 hvor disse spørsmålene er behandlet mer utførlig.

55 Barne- og familiedepartementet: *Barn har rett*, Publikasjon nr. Q-0827 1993, s. 48. Senere rapporter til FNs barnekomité har vist til den første rapporten på dette punktet.

ingen begrensninger i prøvningsretten idet barn som voksne kan reise slik sak på eget initiativ. Hvilke organer som kan fungere som prøvningsinstans, kan være uklart når det gjelder vår sakstype. I den grad dette spørsmålet ikke lar seg løse i en sak for fylkesnemnd eller fylkesmann, vil det være de ordinære domstoler som trer inn i denne funksjonen.

- Endelig kan barnet, hvis det ikke får medhold nasjonalt eller hvis det får vanskeligheter med å få prøvd saken på effektiv måte i det nasjonale system, klage saken inn for EMD etter EMK art. 34 med påstand om konvensjonsbrudd.
- Det finnes ytterligere prosessuelle rettigheter innfortolket i EMK art. 3 og 8, men det kan være uklart hvor langt rettighetene etter art. 8 strekker seg i forhold til barn.

3.3 Oppsummering

Det er stort sett enighet om følgende:

- Barneverntjenesten har omfattende handleplikter etter barnevernloven både til å reagere på meldinger og til å iverksette undersøkelser uten unødig tidstap. Den har videre plikt til å iverksette tiltak etter lovens kap. 4 om den finner at opplysningene tilsier at barnet er i en risikosituasjon med hensyn til den omsorgen det får i hjemmet⁵⁶.
- Bestemmelsene om hjelpetiltak i bvl. §§ 4–4 og 4–6 første ledd vil i praksis kunne fungere som rettighetsbestemmelser, uansett om man vil karakterisere dem som det. Det kan være vanskelig å presisere utover skjønnsmessige formuleringer hvor grensen går mellom disse bestemmelsene og rettighetsbestemmelser i helse-, sosial-, skole- og barnehagelovgivningen som hjemler tilsvarende tiltak.

Nyere rettslig litteratur har brakt frem følgende:

- Barn kan i situasjoner med alvorlig omsorgssvikt ha rett til omsorgsovertakelse.
- Barn kan ha rett til hjelpetiltak i situasjoner hvor foreldrene ikke samtykker i tiltakene.
- Barnet har rett til beskyttelse etter konvensjonene hvis de utsettes for handlinger som faller inn under EMK art. 3 eller BK art. 19.
- Barn har rett til familieliv etter konvensjonene, noe som innebærer at tiltak etter barnevernloven kan innebære et inngrep i deres familieliv.

- Barn har prosessuelle rettigheter etter konvensjonene som går utover barnevernlovens bestemmelser.

Disse synspunktene er foreløpig ikke kommentert i særlig grad i offentlige utredninger, rundskriv eller i annen barnevernrettslig litteratur.

4 Litt om atferdssakene

I atferdssakene er den rettslige strukturen mye mer oversiktlig fordi tiltakene etter barnevernloven anses som rettet mot barnet⁵⁷, og fordi barnet har status som part i slike saker, noe som samsvarer med tilsvarende konstruksjoner i konvensjonene.

Plikt- og rettighetsdebatten som har vært gjengitt ovenfor, har i forholdsvis liten grad hatt atferdssakene i fokus, og det kan spørres om tilsvarende rettighets- og pliktaspekter kan legges på slike saker.

Det er i disse sakene mer problematisk å avgjøre hvor langt barneverntjenestens *plikter* strekker seg fordi disse sakene ikke dreier om å beskytte barnet mot dets foreldre, men mot sine egne atferdsvansker. Torturbestemmelsene m.v. kan ikke på samme måten begrunne barneverntjenestens handleplikter. Etter min oppfatning må man være varsom med å la eventuelle plikter gå utover de mest klare situasjonene med hensyn til om inngrepsvilkårene er oppfylt.

Når det gjelder barnets rettigheter, blir disse særlig aktuelle ved frivillige tiltak, idet et barn sjelden vil begjære seg tvangsinnlagt. Frivillige tiltak vil her være hjelpetiltak etter § 4–4, jf. § 4–25 første ledd, og institusjonsinnleggelse etter bvl. § 4–26. I hovedsak vil da situasjonen være som nevnt ovenfor i punkt 3.2.2, at barnet kan søke om hjelp og klage hvis det får avslag⁵⁸.

5 Utvalgets konkrete spørsmål

Utvalget har stilt noen konkrete spørsmål som går frem av vedlegg 1. En rekke av spørsmålene gjelder ulike følger av en rettighetsfesting. Det kan spørres om slike spørsmål lenger er aktuelle når rettsutviklingen tilsier at barn som utsettes for omsorgssvikt, mishandling eller utnyttelse fra sine

⁵⁶ Noen mener at lignende handleplikter også følger av konvensjonene, men dette er det ikke så viktig å gå inn på i oppsummeringen, så lenge handlepliktene etter barnevernloven er akseptert.

⁵⁷ Det er ingen nedre aldersgrense, men i praksis vil det i det vesentlig være snakk om tenåringer.

⁵⁸ Disse spørsmålene er diskutert mer utførlig i Oppedal 2008 s. 471–494.

foreldre, har rett til vern etter konvensjonene og således krav på assistanse og relevante tiltak fra barneverntjenesten.

Etter mitt syn er rettighetsfesting *i den forstand at barns rett til vern etter konvensjonene innarbeides og forankres i barnevernlovens ordlyd*, svært viktig for at barns rett til vern skal bli effektiv. Ikke minst gjelder det i dagens situasjon hvor finnes lite spor av konvensjonsrettighetene i barnevernloven med tilhørende forskrifter, retningslinjer og rundskriv, og hvor det heller ikke synes som om departementet har planer om å endre på dette. Jeg anser derfor utvalgets spørsmål som aktuelle, også i forhold til en situasjon hvor rettsutviklingen har avklart spørsmålet om rett til vern etter konvensjonene.

Mange av spørsmålene fra utvalget gjelder *hvilke forandringer en rettighetsfesting vil føre med seg* for de lokale barneverntjenestene. Dels spørres det om en rettighetsfesting vil innebære et økt press på de lokale barneverntjenestene i forhold til i dag, for eksempel at det ikke finnes godt nok utbygd kompetanse, at mange lokale kontorer blir for små med for dårlig tilgang på juridiske støttetjenester, eller at en rettighetsfesting vil kunne bli uforsvarlig om den ikke ledsages av et systematisk opplærings- og videreutviklingsprogram. Dels spørres det om en rettighetsfesting vil kunne lette barneverntjenestens arbeid, for eksempel i forhold til foreldre som motsetter seg undersøkelser og tiltak, eller med hensyn til muligheten for å kunne gripe inn på et tidligere tidspunkt for å forebygge problemutvikling.

Etter mitt syn vil ikke en rettighetsfesting i seg selv stille vesentlig andre krav til barneverntjenesten enn det som er tilfellet i dag. Grunnen til det er at barneverntjenesten allerede i dag har plikter i samme omfang som det en rettighetsfesting vil innebære. Pliktene stiller like store krav til juridisk kompetanse og til handling som rettighetene, og kommunene må også i dag benytte seg av juridiske støttetjenester, gripe inn på eget initiativ, stå i konflikt med foreldre, osv.

Men spørsmålene viser samtidig at rettighetsfesting har en symbolsk eller psykologisk viktig funksjon, ved at en rettighetsfesting fører med seg en langt sterkere understrekning av barneverntjenestens forpliktelser. Dette kan medføre at omgivelsenes forventninger til barneverntjenestens kompetanse på det juridiske feltet vil øke.

Andre spørsmål fra utvalget gjelder *formalisering av kompetanse- og bemanningskrav*, for eksempel kompetansekrav til barnevernlederstillingen eller bemanningsnormer for kontorene. Det følger av mitt svar på det forrige spørsmålet, at jeg ikke kan se at rettighetsfestingen i seg selv fører med

seg noen vesentlig mer krevende utfordringer for barneverntjenesten enn det som er situasjonen i dag. Men det er etter mitt syn viktig å spørre om slike kompetansekrav også bør stilles i forhold til dagens barnevern. Etter min oppfatning er barnevernet et forvaltningsområde hvor så vel saksbehandlere som sjefer er underlagt rettslige krav i et omfang som ellers er lite vanlig i sosial- og helseforvaltningen. Dette følger til en viss grad av barnevernloven og forvaltningsloven⁵⁹, men ennå mer av EMDs praksis⁶⁰.

Når det gjelder spørsmålet om *forholdet mellom BK og EMK*, ser ikke jeg noen store motsetninger mellom de to konvensjonene. Etter mitt syn er det en myte at EMK vektlegger privatlivets fred så sterkt at det er lite å hente der i motsetning til BK. Tvert imot har rettspraksis i Strasbourg ført med seg en klar markering av at barnets interesser har prioritet i saker hvor det utsettes for omsorgssvikt m.v. Jeg viser til fremstillingen foran i punkt 3.2.

Til slutt i dette punktet vil jeg gå litt inn på *ressursspørsmålet*.

Ut fra at barneverntjenestens forpliktelser er så omfattende, burde egentlig presset på ressursene bli forholdsvis lite ved en rettighetsfesting. Lovgiver har flere ganger fremhevet at pliktene er det sentrale, og at disse er tilstrekkelige til at de berørte barna faktisk får hjelp.

Forutsetter vi at lovgivers premiss er riktig, vil etter mitt syn tilleggsbelastningen ved en rettighetsfesting vise seg på to punkter: Det må etableres et system for hvordan et barn kan få informasjon om sine rettigheter og nødvendig assistanse med hensyn til å vurdere og eventuelt reise et krav, og det må skje en utbygging av vedtakssystemet slik at dette kan motta og behandle slike klager. En effektiv oppfølging av rettighetsfestingen vil derfor kreve opprettelse av en støtteordning hvor barn kan få assistanse, samt et utvidet mandat for fylkesnemndene/fylkesmennene. Også for barneverntjenesten vil slike krav kunne medføre merarbeid i den forstand at de i noen saker må håndtere barnets krav i tillegg til de øvrige oppgavene i saken.

Forutsetter vi at premisset ikke er riktig – det vil si at det finnes en merkbar mengde saker hvor barnet faktisk ikke får hjelp, men hvor en rettighetsfesting kan endre på dette – vil en rettighetsfesting kunne føre til ytterligere press på de økonomiske uttellingene til barnevernet. I en slik situasjon vil også omstillingsbehovet for barneverntje-

⁵⁹ Lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltnings saker (forvaltningsloven).

⁶⁰ Her kan jeg ikke gå i detalj, men må vise til min gjennomgang av saksbehandlingskravene i Oppedal 2008, kap. 9.

nesten bli mer markant fordi faren da er tilstede for at tjenestemennenes fokus på pliktene etter loven har vært så svakt, at det blir behov for et opplærings- og videreutviklingsarbeid for å få fokuset på plass.

6 Avslutning

Det går frem av den rettspolitiske gjennomgangen at det i årene fra 1992 til 2003 har vært betydelig uenighet om spørsmålet om å gjøre barnevernloven til en rettighetslov. På «grunnplanet» slik dette har fått uttrykt seg gjennom to høringsrunder er det klar stemning for en rettighetsfesting, et ønske som også Befringutvalget har uttrykt. De sentrale myndigheter har avvist dette, men på den annen side understreket i stadig sterkere grad gjennom bestemmelsene i loven og gjennom de utvetydige presiseringene i oppfølgingen av Befringutvalgets utredning at pliktene etter loven skal tas alvorlig.

Når det gjelder gjeldende rett, er myndighetenes oppfatning i de senere år blitt utfordret i avhandlingene til Sandberg, Stang og Oppedal, dels på det grunnlag at barnets manglende rettigheter etter barnevernloven strider mot dets grunnrett til omsorg, som vi også finner uttrykt i barnekonvensjonen art. 3 nr. 2, og dels på det grunnlag at domspraksis etter EMD viser at barnet har rett til vern, når det utsettes for handlinger som bryter mot torturbestemmelsen i EMK art. 3, jf. BK art. 19 og 37. Disse aspektene ble i meget beskjeden grad trukket inn i de overveielser av gjeldende rett som ble gjort i lovforarbeidene og i arbeidet rundt Befringutvalgets utredning og oppfølgingen av denne.

For mitt eget vedkommende anser jeg rettstilstanden som utvilsomt med hensyn til om barnet har rett til vern mot mer alvorlige former for omsorgssvikt og mishandling. Knyttet til denne retten finnes også selvstendige prosessuelle rettigheter for barnet. Jeg vil også peke på at barnet har rett til familieliv og således krav på vern mot myndighetenes *uberettigede* innblanding i dets familieliv. Dette vernet er subsidiært i forhold til art. 3 i den forstand at myndighetene plikter å beskytte barnet mot handlinger som omfattes av art. 3, også når barnet er uenig og således opplever tiltaket som et inngrep. Også her har barnet et prosessuelt vern. Disse synspunktene hviler på en gjennomgang av praksis ved EMD sett i sammenheng med menneskerettslovens oppgradering av EMKs gjennomslagskraft i det nasjonale rettskildet bildet⁶¹.

Disse forholdene gjør ikke en rettighetsfesting – i den forstand at konvensjonsrettighetene innarbeides i barnevernlovens ordlyd – unødvendig. Tvert i mot har en slik rettighetsfesting stor betydning for om konvensjonsrettighetene skal bli effektive i barneverntjenestens daglige virksomhet.

Referanser

Litteratur:

- Collin-Hansen, Ragnhild: *Innføring i barnerett for sosialarbeidere*, Tano Aschehoug, Oslo 1997
- Grøslund, Anne Margrete: *Barnekonvensjonen*, utgitt av Redd Barna, Tano, Oslo 1993
- Halvorsen, Marit: *Rettslige grunnlag for medisinsk behandling*, Stensilserie nr. 148, Institutt for privatrett, Universitetet i Oslo, 1995
- Holgersen, Gudrun: *Rettigheter og rettslige forpliktelser i barnevernet*, Det juridiske fakultets skriftserie, Universitetet i Bergen, 2000
- Hove, Harald og Alice Kjellehold: *Lov om barneverntjenester*. Kapittel IX og X i Kjønsstad, Asbjørn, Jan Fridthjof Bernt, Alice Kjellehold og Harald Hove: *Sosial trygghet og rettssikkerhet*, 2. utgave, Fagbokforlaget, Bergen 2000
- Lindboe, Knut: *Barnevernrett*, 5. utgave, Universitetsforlaget, Oslo 2003
- Ofstad, Kari og Randi Skar: *Barnevernloven med kommentarer*, 5. utgave, Gyldendal Akademisk, Oslo 2009
- Oppedal, Mons: *Akutthjemlene i barnevernloven*, Gyldendal Akademisk, Oslo 2008
- Sandberg, Kirsten: *Tilbakeføring av barn etter omsorgsovertakelse*, Gyldendal Akademisk, Oslo 2003
- Smith, Lucy og Peter Lødrup: *Barn og foreldre*, 7. utgave, Gyldendal Akademisk, Oslo 2006
- Sosionomen 1989 nr. 19 s. 12: *Barnevernet i alvorlig krise*
- Stang, Elisabeth Gording: *Hjelpetiltak etter barnevernloven § 4–4. Rapport fra forprosjekt*. Stensil fra Juridisk fakultet, Universitetet i Oslo, 1997.
- Stang, Elisabeth Gording: *Det er barnets sak – barnets rettsstilling i sak om hjelpetiltak etter barnevernlovens § 4–4*, Universitetsforlaget, Oslo 2007

Offentlige dokumenter:

Europarådets strategi for barnerettigheter: 2009–11 Strategy for «Building a Europe for and with children». A Council of Europe programme for the promotion of children's rights and the protection of children from violence. Nettadresse: www.coe.int/children

⁶¹ Se Oppedal 2008.

NOU 2000:12 *Barnevernet i Norge* (Befringutvalget)

Barne- og familiedepartementet: *Høringsnotat om ny barnevernlov*, 13. juni 1991

Barne- og familiedepartementet: *Barn har rett*, Publikasjon nr. Q-0827 1993

Justisdepartementets lovavdeling: Uttalelse av 7. november 1990 til Familie- og forbrukerdepartementet om barnevernloven § 17 m.v.

Ot.prp. nr. 44 (1991–92) *Om lov om barneverntjenester (barnevernloven)*

Ot.prp. nr. 104 (1992–93) Om lov om endringer i lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester (barnevernloven)

Ot.prp. nr. 45 (2002–03) *Om lov om endring i menneskerettsloven mv. (innarbeiding av barnekonvensjonen i norsk lov)*

Innst. O. nr. 80 (1991–92) *Innstilling fra forbruker- og administrasjonskomiteen om lov om barneverntjenester (barnevernloven)*

Tidende O. (1992–93)

St.meld. nr. 40 (2001–02) *Om barne- og ungdomsvernet*

Innst. S. nr. 121 (2002–03): *Innstilling fra familie-, kultur- og administrasjonskomiteen om barne- og ungdomsvernet*

Regelverk:

Verdenserklæringen om menneskerettighetene. Vedtatt av De forente nasjoners (FN) generalforsamling 10. desember 1948.

Den europeiske menneskerettskonvensjon av 4. november 1950 (EMK)

FNs internasjonale konvensjon om sivile og politiske rettigheter av 16. desember 1966 (SP)

FNs konvensjon om barnets rettigheter av 20. november 1989 (barnekonvensjonen – BK)

Lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)

Lov 8. april 1981 nr. 7 om barn og foreldre (barne-loven)

Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven)

Lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven)

Lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester (barnevernloven – bvl.)

Lov 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven)

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)

Rettsavgjørelser (dommer) ved Den europeiske menneskerettsdomstol (EMD):

Klager	Stat	Dato	Journalnummer (Application no.)
A	Storbritannia	23. september 1998	25599/94
Covezzi og Morselli	Italia	9. mai 2003	52763/99
DP og JC	Storbritannia	10. oktober 2002	38719/97
E m.fl.	Storbritannia	26. november 2002	33218/96
Z m.fl.	Storbritannia	10. mai 2001	29392/95

Vedlegg til Mons Oppedals problemnotat

(Utdrag av e-post 7. juli 2009 fra utredningsleder Morten Stephansen)

Nærmere om problemstillingene utvalget ønsker belyst:

Utvalget er klar over at det fra flere hold er fremmet forslag om at barnevernloven bør gjøres om til en rettighetslov, slik at barnets rett til tiltak etter loven, også når dette eventuelt skjer mot foreldrenes ønske, blir sterkere enn tilfellet er i dag. Utvalget ønsker å kunne se nærmere på denne problemstillingen i sitt neste møte, som skal være torsdag 27. august. Utvalget er klar over at Elisabeth Gor-

ding Stang har foreslått en slik endring i loven i sitt doktorgradsarbeid. I Befring-utvalgets NOU 2000:12 (*Barnevernet i Norge*) ble det også lagt frem et slikt forslag.

Utvalget er kjent med at Barne- og likestillingsdepartementet ikke har ønsket å følge opp disse initiativene. Utvalget er ikke tilstrekkelig informert om begrunnelsene for dette, men vil selvsagt prøve å ta rede på hvilke beveggrunner departementet har hatt for å la denne typen forslag ligge. Samtidig ser utvalget behov for en fornyet gjennomgang og vurdering av argumentene for og imot å gjøre barnevernloven til en rettighetslov.

Utvalget er særlig opptatt av følgende problemstillinger i tilknytning til en eventuell lovendring:

– Kompetanse, særlig i de mindre kommunene:

Har barnevernet, og da særlig i de små kommunene hvor barneverntjenesten i praksis bare består av 0,5 – 2 stillinger, nødvendig kompetanse til å få et slikt utvidet mandat overfor barn og deres foresatte, eller bør en eventuell lovendring som innebærer at barnevernloven blir en rettighetslov, følges opp med krav om hvor mange fagstillinger en barneverntjeneste minimum bør ha?

Bør det stilles krav om at små kommuner, som ikke har grunnlag for å tilsette mer enn f.eks. 1 person i fagstilling i barneverntjenesten, må innlede et samarbeid med andre kommuner for å få etablert en mer robust barneverntjeneste (f.eks. etter vertskommunemodellen)? I så fall, hvordan sikre at alle kommuner som har behov for det, kommer med i slike ordninger?

Bør det stilles krav om at alle barneverntjenester må knytte til seg juridisk kompetanse hvis barnevernloven gjøres til en rettighetslov?

Bør det stilles krav om minimumskompetanse til den som skal ha det faglige lederansvaret for barneverntjenesten? (Vi stiller dette spørsmålet fordi det fra flere hold hevdes at en ung barnevernspedagog, med et treårig utdanningsforløp bak seg, men ellers lite erfaring, ikke har den livserfaring og den faglige kompetanse som kreves i tunge barnevernssaker).

– Implementering / praksis:

Hvordan skal en eventuell lovendring praktiseres når barnets foresatte sterkt motsetter seg å ha kontakt med barneverntjenesten (vi snakker her om det som normalt omtales som frivillige hjelpetiltak, altså saker hvor det ikke er aktuelt med omsorgsovertakelse).

- Hvilken rolle kan fylkesnemnda for sosiale saker tenkes å ha, f.eks. for å ivareta familienes rettssikkerhet i saker hvor det ikke er snakk om omsorgsovertakelse, men hvor det utvikler seg et konfliktfylt forhold mellom barneverntjenesten og familien og de foresatte motsetter seg å ha kontakt? Hvordan sikre familienes

integritet og rettsvern i saker hvor det er konflikt, og hvor det ikke nødvendigvis er slik at de faglige vurderingene som gjøres av barneverntjenesten, er eneste måte å sikre barnets beste på?

Stikkord: Det prosessuelle og det materielle.

- Mange begrunner en lovendring som nevnt over med referanse til FNs barnekonvensjon. Hva blir forholdet mellom denne konvensjonen og Den europeiske menneskerettskonvensjonen, med sitt sterke prinsipp om privatlivets fred, i denne sammenhengen? Herunder er det også aktuelt å se dette i lys av relevante prinsippavgjørelser ved EMD.
- Tidlig intervensjon:
 - Vil det å gjøre barnevernloven om til en rettighetslov gjøre det lettere å forebygge problemutvikling, eller kan det tenkes at bruk av tvang overfor familien/barnet når det ikke er snakk om omsorgsovertakelse, vil kunne skape et så sterkt konfliktnivå mellom barneverntjenesten og familien at tiltakene i praksis kan virke mot sin hensikt?
 - Vil det være forsvarlig å gjøre barnevernloven om til en rettighetslov hvis dette ikke inngår i en helhetlig omstilling og videreutvikling av den kommunale barneverntjenesten (vi tenker da særlig på de små kommunene og på kompetansen i barneverntjenesten i disse kommunene).

Som det fremgår er disse punktene delvis overlappende. Det kan selvsagt også være en rekke andre problemstillinger som bør belyses. I den grad du selv har noen slike i tankene, ønsker vi selvsagt at disse kommer med.

Med vennlig hilsen

Morten Stephansen
utredningsleder Flatøutvalget

Norges offentlige utredninger

2008 og 2009

Statsministeren:

Arbeids- og inkluderingsdepartementet:

Om grunnlaget for inntektsoppgjørene 2008.
NOU 2008: 10.
Yrkessykdommer. NOU 2008: 11.
Skift og turnus – gradvis kompensasjon for ubekvem arbeidstid. NOU 2008: 17.
Om grunnlaget for inntektsoppgjørene 2009.
NOU 2009: 7.

Barne- og likestillingsdepartementet:

Kvinner og homofile i trossamfunn. NOU 2008: 1.
Kjønn og lønn. NOU 2008: 6.
Med barnet i fokus. NOU 2008: 9.
Farskap og annen morskap. NOU 2009: 5.
Tilstandsrapport ved salg av bolig. NOU 2009: 6.
Kompetanseutvikling i barnevernet. NOU 2009: 8.
Et helhetlig diskrimineringsvern. NOU 2009: 14.
Adopsjon – til barnets beste. NOU 2009: 21.
Det du gjør, gjør det helt. NOU 2009: 22.

Finansdepartementet:

Kultur momsutvalget. NOU 2008: 7.
Revisjonsplikten for små foretak. NOU 2008: 12.
Eierkontroll i finansinstitusjoner. NOU 2008: 13.
Om foretaksstyring og tiltak mot manipulering av finansiell informasjon. NOU 2008: 16.
Skadeforsikringsselskapenes virksomhet.
NOU 2008: 20.
Kapital- og organisasjonsformer i sparebanksektoren mv.
NOU 2009: 2.
Tiltak mot skatteunndragelser. NOU 2009: 4.
Fordelingsutvalget. NOU 2009: 10.
Bedre pensjonsordninger. NOU 2009: 13.
Globale miljøutfordringer – norsk politikk.
NOU 2009: 16.

Fiskeri- og kystdepartementet:

Retten til fiske i havet utenfor Finnmark.
NOU 2008: 5.

Fornyings- og administrasjonsdepartementet:

Individ og integritet. NOU 2009: 1.

Forsvarsdepartementet:

Helse- og omsorgsdepartementet:

Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak.
NOU 2008: 2.

Justis- og politidepartementet:

Fra ord til handling. NOU 2008: 4.
Bourbon Dolphins forlis den 12. april 2007.
NOU 2008: 8.
Barn og straff. NOU 2008: 15.
Fiskefartøyet "Western"s forlis 6. februar 1981.
NOU 2008: 19.
Nettbankbasert betalingsoverføring. NOU 2008: 21.
Lov om offentlige undersøkelseskommissjoner.
NOU 2009: 9.
Kredittavtaler. NOU 2009: 11.
Et ansvarlig politi. NOU 2009: 12.
Skjult informasjon – åpen kontroll. NOU 2009: 15.
Ny grenselov. NOU 2009: 20.

Kommunal- og regionaldepartementet:

Sikring mot tap av felleskostnader i borettslag.
NOU 2009: 17

Kultur- og kirkedepartementet:

Kunnskapsdepartementet:

Sett under ett. NOU 2008: 3.
Fagopplæring for framtida. NOU 2008: 18.
Rett til læring. NOU 2009: 18.

Landbruks- og matdepartementet:

Miljøverndepartementet:

Nærings- og handelsdepartementet:

Olje- og energidepartementet:

Samferdselsdepartementet:

På sikker veg. NOU 2009: 3.

Utenriksdepartementet:

Samstemt for utvikling? NOU 2008: 14.
Skatteparadis og utvikling. NOU 2009: 19.

Offentlige publikasjoner

Opplysninger om abonnement, løssalg og pris får man hos:

Fagbokforlaget

Postboks 6050, Postterminalen

5892 Bergen

E-post: offpubl@fagbokforlaget.no

Telefon: 55 38 66 00

Faks: 55 38 66 01

www.fagbokforlaget.no/offpub

Publikasjonen er også tilgjengelig på

www.regjeringen.no

