Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet

Helsedirektoratet

Oppsummering og anbefalinger fra arbeidet med helsehjelp til barn i barnevernet

OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER

I denne rapporten oppsummeres samarbeidet mellom Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet som følge av likelydende oppdrag i tildelingsbrev fra 2013 til 2016 om helsetjenester til barn i barnevernet, og det gis anbefalinger om styrket innsats videre.

Målet for samarbeidet har vært å styrke det samlede tjenestetilbudet slik at barn i barnevernet sikres bedre helsetjenester. Barnets perspektiv og anledning til å medvirke i prosessen er sentralt i arbeidet med å utvikle best mulig tjenester til barn og unge. Betydningen av å høre på barnet og forstå deres situasjon kom tydelig frem i tilsynsrapporten 19. september 2016 «Dei forsto meg ikkje».

I 2015 ble det gitt oppdrag til direktoratene spesielt knyttet til barneverninstitusjoner og hovedmålet for arbeidet var å sikre denne gruppen bedre tilgang på helsehjelp. Direktoratene har i denne rapporten ønsket å ta et videre perspektiv og flere av våre anbefalinger vil ha betydning for barn med andre typer tiltak fra barnevernet, som for eksempel barn i fosterhjem. Spesielt vil direktoratene fremheve betydningen av god kartlegging av hjelpebehov i utredningsfasen, for å sikre riktig tiltak og ivareta behov for helsehjelp i prosessen.

Direktoratene opprettet i 2014 et bredt sammensatt Samarbeidsforum barnevern og psykisk helse for å sikre brukermedvirkning, som har vært viktig for å få innspill og tilbakemeldinger på arbeidet underveis. I 2015 ble det utgitt et felles rundskriv om samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste, som er blitt godt mottatt i tjenestene. Videre er det innført helseansvarlig ved alle barneverninstitusjoner og det samarbeides om et opplæringsprogram om psykisk helse rettet mot ansatte ved barneverninstitusjoner. Det er også igangsatt et pilotprosjekt i regi av Helse Sør-Øst med «barnevernansvarlig» ved tre helseforetak innen psykisk helsevern barn og unge i regionen.

Forholdet mellom barnevern og psykisk helsevern har vært et tema i flere offentlige utredninger i senere år, men det har også vært et område med lite kunnskap. Direktoratene har derfor arbeidet systematisk om å bedre kunnskapsgrunnlaget. Sentralt står en forskningsrapport fra 2015 som viser en høy forekomst av alvorlige psykiske lidelser hos barn i barnevernsinstitusjoner.[1] Kartlegging av barn i fosterhjem viser også at de har psykiske lidelser.[2]

Direktoratene nedsatte i 2015 en tverrfaglig arbeidsgruppe som vurderte kunnskapsgrunnlaget og kom med forslag til tiltak for å styrke helsetjenester til barn i barneverninstitusjoner. Disse anbefalingene er også vurdert av et utvidet Samarbeidsforum med de regionale helseforetak og Bufetat til stede. Innspillene har vært sentrale i direktoratenes arbeid med anbefalinger om videre styrket innsats på dette området.

---

[1] Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner, NTNU/RKBU-Midt, 23.03.2015

[2] Mental Disorders in Foster Children, a Study of Prevalence, Comorbidity and Risk Factors. Dotoravhandling. Stine Lehmann, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, University of Bergen, 2015

Direktoratene oversendte foreløpige anbefalinger til departementene 15. oktober 2016. Disse ble også sendt på en innspillsrunde til Samarbeidsforum, de regionale helseforetak og Bufetat.

Oppsummert anser direktoratene det godt dokumentert at en høy andel barn med tiltak fra barnevernet også har høy forekomst av psykiske lidelser og et sammensatt behov for helsetjenester. Samtidig er det indikasjoner på at helsetilbudet til denne gruppen er utilstrekkelig. Dette ble også lagt til grunn av Nasjonalt råd for prioritering i helse- og omsorgstjenesten i vedtak fra møte 3.12.2015.

Barn i barnevernet har samme rett til nødvendig helsehjelp som andre barn, men det er viktig å sikre at dette faktisk skjer i praksis. Det vurderes derfor å foreligge behov for særlige løsninger for å sikre dedikerte og mer tilgjengelige helsetjenester til denne gruppen.

Dette vil etter direktoratenes vurdering også bidra til å bedre flere av de forhold som ble tatt opp i tilsynsrapporten «Dei forsto meg ikkje», bl.a. ved samarbeid om utredning for å klarlegge barnets behov tidlig i prosessen og mer tilgjengelige helsetjenester.

Direktoratene har på denne bakgrunn utarbeidet følgende anbefalinger om styrket innsats videre:

Samarbeid om tidlig avdekking og utredning av hjelpebehov

- Utvikle metoder og modeller for å sikre tidlig avdekking og god utredning av hjelpebehov i samarbeid mellom barnevern og helsetjenesten.
- Samarbeid om tidlig avdekking og utredning av hjelpebehov bør vurderes gjennom direktoratenes oppdrag med pakkeforløp.

Styrke allmennlegetjenester – etablere «barnevernslege»

- Allmennlegetjenester til barn i barnevernsinstitusjoner bør styrkes.
- Det bør utredes hvordan dette bør gjøres for å sikre barn i barneverninstitusjon allmennmedisinsk oppfølgning, herunder muligheten for å knytte en lege til den enkelte institusjon - «barnevernslege».

Etablere «barnevernansvarlig» i psykisk helsevern for barn og unge

- Det anbefales å definere ressurser i spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern for barn og unge (PHBU) som skal jobbe opp mot barnevernsinstitusjoner - innføre funksjonen «barnevernansvarlig» i PHBU.
- Dedikert personell bør jobbe ambulant og arenafleksibelt mot barnevernsinstitusjonene.
- «Barnevernsansvarlig» bør samarbeide med kommunens helse- og omsorgstjenester der barn og unges behov tilsier det.

Økt bruk av digitale verktøy i behandlingen

- Det bør utføres en pilotstudie der videokonsultasjon mellom helsetjenester, institusjonsbarnevernet og barn og unge brukes som metode ved behov.

Styrking av barnevernsinstitusjoner og samarbeid om barn med behov for døgnopphold i psykisk helsevern barn og unge

- Det spesialiserte institusjonsbarnevernet videreutvikles og styrkes.

- Det er behov for å klargjøre ansvar og utarbeide prosedyrer for fremgangsmåten ved behov for døgnopphold i psykisk helsevern med hjemmel i barnevernloven for barn og unge med sammensatte behov.
- Det foreslås at spesialisthelsetjenestens ansvar ved sektorovergripende plasseringer lovfestes i spesialisthelsetjenesteloven, og at prosedyrer for fremgangsmåten mv. fastsettes i samarbeidsavtale mellom RHF og Bufetat.
- Etablering av felles drift av institusjoner anbefales ikke på nåværende tidspunkt.

Bedre tilgjengelighet til psykisk helsetjenester for barn og unge i kommunen

- Det bør etableres kommunale oppfølgingsteam for barn og unge med sammensatte behov, som også ivaretar oppfølging av barn med hjelp fra barnevernet.
- Benytte rekrutteringstilskudd til psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene for å styrke tjenestetilbudet til barn med hjelp fra barnevernet.
- Øke kompetansen på psykisk helse og rusmiddellidelser i kommunen ved å
    - videreføre og promotere bruk av lønnstilskudd for ansatte som tar videreutdanning ved universiteter og høgskoler innen psykisk helse- og rusproblematikk, eller annen type videreutdanning på tilsvarende nivå, som anses relevant for psykisk helse og rusfeltet.
    - øke bruken av de regionale kompetansesentrene i tilrettelegging av gode tjenester til barn med hjelp fra barnevernet. Regionale kompetansesentre skal understøtte tjenester som arbeider med barn og unge.

Samordne og styrke rustilbud for barn og unge

- Direktoratene vurderer sammen med Bufetat og RHFene behandlings- og oppfølgingstilbudet til barn og unge med rusmiddelproblemer/psykiske lidelser, med tanke på å forbedre det samlede tilbudet. Arbeidet må sees i sammenheng med *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020).*

Mer forpliktende samarbeidsavtaler

- Det anbefales å benytte nødvendige virkemidler slik at det inngås samarbeidsavtaler mellom barneverntjenestene og helse- og omsorgstjenestene på alle nivåer.
- Det anbefales at det det gis nasjonale føringer for innholdet i avtalene
- Det bør vurderes å innføre lovpålagte samarbeidsavtaler på regionalt nivå mellom regionale helseforetak og Bufetat med krav til innhold i avtalene

Styrke bruken av individuell plan

- Styrke bruken av individuell plan der barn har behov for både barnevern- og helsetjenester.

Avklare juridiske problemstillinger, og vurdere behov for lovendringer

- Avklare ansvarsforhold, herunder overlappende ansvarsområder i barnevern- og helselovgivningen og vurdere behov for lovendringer.
- Utrede rettslige konsekvenser av at det ytes helsehjelp i barnevernsinstitusjoner, og vurdere behov for lovendringer.

INNHOLDSFORTEGNELSE

OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER 2

INNHOLDSFORTEGNELSE 5

1. INNLEDNING 8

1.1 Utfordringsbilde 8

1.2 Barnets behov i fokus og brukermedvirkning 9

1.3 Om felles oppdrag og prosessen med utarbeidelse av denne rapporten 10

1.4 Om rapporten 11

2. FELLES OPPDRAG I TILDELINGSBREV (2013 – 2015) 12

2.1 Samarbeidsforum barnevern – psykisk helse 12

2.2 Felles rundskriv om samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste 13

2.3 Helseansvarlig ved alle barneverninstitusjoner 13

2.4 Opplæringsprogram om psykisk helse rettet mot ansatte ved barnevernsinstitusjoner 14

2.5 Rapporter 14

2.5.1 Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner 14

2.5.2 Ungdommer i barneverninstitusjoners erfaringer med bruk av fastlegeordning, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. 15

2.5.3 Helsetjenester i barneverninstitusjoner 16

2.5.4 Erfaringer med etablering av felles institusjoner for psykisk helsevern og barnevern. 16

2.5.5 Helsetenester i barneverninstitusjonar 17

2.6 Tettere samarbeid mellom kompetansesentrene 18

2.7 Rapport fra en tverrfaglig arbeidsgruppe 18

3. DIREKTORATENES ANBEFALINGER OM STYRKET INNSATS VIDERE 20

3.1 Samarbeid om tidlig avdekking og utredning av hjelpebehov 20

3.2 Styrke allmennlegetjenester – etablere «barnevernslege» 21

3.3 Etablere «barnevernansvarlig» i psykisk helsevern for barn og unge 23

3.4 Økt bruk av digitale verktøy i behandlingen 28

3.5 Styrking av barnevernsinstitusjoner og samarbeid om barn med behov for døgnopphold i psykisk helsevern barn og unge 30

3.6 Bedre tilgjengelighet til psykisk helsetjenester for barn og unge i kommunen 34

3.7 Samordne og styrke rustilbud for barn og unge 37

3.8 Mer forpliktende samarbeidsavtaler 40

3.9 Styrke bruken av individuell plan 43

3.10 Avklare juridiske problemstillinger, og vurdere behov for lovendringer 45

4. ADMINISTRATIVE OG ØKONOMISKE KONSEKVENSER 49

5. ANDRE RELEVANTE AKTIVITETER I HELSEDIREKTORATET 53

5.1 Revisjon prioriteringsveileder psykisk helsevern barn og unge, 2015 53

5.2 Hovedtema på BUP leder konferansen, 2015 53

5.3 Pilotprosjekt i Helse Sør Øst - «barnevernansvarlig» i PHBU 53

5.4 Pakkeforløp for psykisk helse, rus og barnevern 53

6. ANDRE RELEVANTE AKTIVITETER I BUFDIR 55

6.1 Midler avsatt til helsesatsing i barnevernet 2016 55

6.1.1 Kunnskapssammenstilling: Rusbehandling til unge 13 – 23 år innenfor barnevern og psykisk helsevern som har rusproblemer eller samtidig rus og psykiatrisk lidelse (ROP). 55

6.1.2 Studie for å undersøke implementering av ruskomponenten i Læringsbasert rusbehandling (LBR) og behandlingskomponentene i målstyrt miljøterapi (MM) 55

6.1.3 Brukerundersøkelse læringsbasert rusbehandling (LBR) 56

6.1.4 Kunnskapsoversikt over effektive behandlingstiltak/metoder rettet mot barn og unge som a) utøver vold i nære relasjoner (inkludert «peer violence») b) begår seksuelle overgrep og/eller som har krenkende seksuell atferd. 56

6.1.5 Bruk av tolk i barnevernet 56

6.1.6 Prøve ut metode for stressreduksjon blant barn på omsorgssenter mm 57

6.1.7 Medikamentbruk hos barn på barneverninstitusjon 58

6.2 Andre relevante satsingsområder i Bufdir 58

6.2.1 Pakkeforløp i barnevernet 58

6.2.2 Nasjonalt kvalitetssystem 59
6.2.3 Det spesialiserte institusjonsbarnevernet 60
6.2.4 Felles veileder for barnevernet og helse- og omsorgssektoren vedrørende barn og unge med nedsatt funksjonsevne. 62

7. KORT BESKRIVELSE AV SEKTORENE MED STATISTIKK 63

7.1 Barnevernet 63
7.1.1 Utviklingen i antall barn med hjelp fra barnevernet – det nasjonale bildet 63
7.1.2 Barn med barnevernstiltak gjennom Bufetat 64

7.2 Helse- og omsorgstjenester 66
7.2.1 Grunnlagstall om PHBU 67
7.2.2 Grunnlagstall kommunale helsetjenester 68

1. INNLEDNING

1.1 Utfordringsbilde

Undersøkelser og forskning viser at barn som mottar hjelp fra barnevernet i stor grad har psykiske plager. Disse barna er i behov av tjenester fra både helsetjenesten og barnevern, og at tjenestene samarbeider om å yte et best mulig samordnet og tilpasset helse- og omsorgstilbud.

I 2010 ble det bevilget midler fra Bufdir og Helsedir til et prosjekt som skulle undersøke psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner. Resultatene fra rapporten ble publisert i 2015 og viste at 76 % av barn i barnevernsinstitusjon hadde en eller flere psykiske lidelser de siste tre måneder[3]. 43 % av barna som hadde en psykisk lidelse de siste 3 måneder hadde fått hjelp fra psykisk helsevern i samme periode. 86 % hadde mottatt hjelp fra psykisk helsevern en eller annen gang i livet. Forskning viser at barn i fosterhjem også i stor grad har psykiske lidelser.[4]

Selv om behovet for samarbeid er til stede, og det samarbeides godt mange steder, er det fortsatt utfordringer og behov for en innsats på området til det beste for barn og unge.

De senere årene er disse utfordringene omtalt i blant annet:

- NOU 2009:22 *Det du gjør, gjør det helt* (Flatøutvalget),
- Prop 106 L (2012-2013) *Endringer i barnevernloven*, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet
- *Mytar og anekdotar eller realitetar? Barn med tiltak frå barnevernet og tenester frå psykisk helsevern for barn og unge. Ei kunnskapsoppsummering.* Rapport 5/2012, Statens helsetilsyn.
- *Grenseløs omsorg – om bruk av tvang i psykisk helsevern og barnevern*. Fagrapport fra Barneombudet, 2015.

Barnevernsbarns tilgang på psykiske helsetjenester ble også behandlet som temasak i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i møte 3.12.2015. Det ble lagt til grunn at det er dokumentert høy forekomst av psykiske lidelser hos denne gruppen, og det er mange indikasjoner på at helsetilbudet til barn som mottar barnevernstjenester, er utilstrekkelig.

Utfordringene ved samarbeid barnevern og psykiske helsetjenester har også vist seg gjennom enkeltsaker, bl.a. tilsynssak fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus etter hendelsen i 2014 ved en barneverninstitusjon hvor en ungdom ved institusjonen med psykiske problemer drepte en ansatt.[5]

[3] «Resultater fra forskningsprosjektet psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner» NTNU/RKBU, 2015.
[4] Mental Disorders in Foster Children, a Study of Prevalence, Comorbidity and Risk Factors. Dotoravhandling. Stine Lehmann,Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, University of Bergen, 2015

[5] Tilsynsrapport fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus, 22.06.2015

I den siste tiden har utfordringene også blitt godt belyst i tilsynsrapporten 19. september 2016 «Dei forsto meg ikkje» fra Fylkesmennene i Hordaland, Rogaland og Troms, og hvor betydningen av brukerperspektivet blir særlig fremhevet.

Tilsynsrapporten beskriver en jente i en vanskelig situasjon, med store utfordringer og et hjelpeapparat som ikke maktet å gi henne forsvarlig hjelp og omsorg. Rapporten synliggjør kompleksiteten i barnevernssaker og viktigheten av faglig kvalitet i barnevernets undersøkelser, beslutninger og oppfølgning av barn og unge. Det er iverksatt en rekke tiltak for å bedre kvaliteten i barnevernet. Det vises her til Bufdirs notat til BLD etter tilsynsrapporten i «Ida-saken» datert 17.10.16.

Tilsynsrapporten peker også på flere utfordringer i samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge. Særlig fremheves behov for mer tilgjengelige og samordnede tjenester fra spesialisthelsetjenesten.

Direktoratene mener at de felles tiltak som er iverksatt og anbefalinger om styrket innsats videre, i stor grad vil møte de utfordringene som er beskrevet i ovennevnte dokumenter og tilsynsrapporter, herunder «Ida-saken». Det foreslås flere tiltak for å sikre mer tilgjengelige helsetjenester og et mer forpliktende samarbeid mellom sektorene. Det foreslås ikke bare mer tilgjengelige spesialisthelsetjenester, men også økt innsats fra helse- og omsorgstjenesten i kommunen.

1.2 Barnets behov i fokus og brukermedvirkning

I arbeidet med å utvikle best mulig tjenester til barn og unge, både innenfor barnevernet og helsetjenesten, er det viktig at det er barnets behov som er i fokus. Tjenestene må ha som utgangspunkt at de er til for å dekke de behov barnet har for trygghet, omsorg og helsehjelp. Det sentrale spørsmålet i alt endringsarbeid bør være; Hva skal til for å hjelpe barnet og hvordan må tjenestene endre seg og samarbeide for å kunne gi barnet den hjelp det er i behov av. Tjenestene må jevnlig i oppfølgingsprosessen sjekke ut med barnet at det føler seg forstått og godt ivaretatt og at barnet opplever at oppfølgingen er til hjelp. Tjenestene må ha respekt for at barn og unge og deres pårørende kan vektlegge andre ting enn det tjenesteutøverne vurderer som hensiktsmessig hjelp.

Barn og unges rett til medvirkning er regulert i barnekonvensjonen art. 12 og barnevernloven §§ 4-1, annet ledd og 6-3. Det er utarbeidet egen forskrift om barns rett til medvirkning og barns mulighet til å ha en særskilt tillitsperson i egen barnevernssak. [6] Barn og unges rett til medvirkning i barneverninstitusjoner er nærmere presisert i rettighetsforskriften § 7. Rett til medvirkning er også en sentral pasientrettighet, og som ved høringsnotat fra HOD datert 04.10.2016 også er foreslått styrket slik at barn og unges rett til medvirkning kommer direkte frem av pasient- og brukerrettighetsloven.

[6] Forskrift om medvirkning og tillitsperson 1. juni 2014 nr 697

Medvirkning betyr at barn og unge skal delta i alle forhold som berører det, ikke bare når det skal treffes avgjørelser og beslutninger. Medvirkning er dermed en prosess hvor det legges til rette for at barn og unge gis muligheter til å delta aktivt i alle forhold som omhandler dem. Det gjelder både ved inntak, under oppholdet og forberedelse til utskriving fra barneverninstitusjonen, og vedrørende den helsehjelpen man har behov for og mottar. Medvirkning bidrar til at beslutningsgrunnlaget bedres, og kvaliteten og treffsikkerheten i behandlingen øker. Brukermedvirkning bør være forankret på alle nivå i organisasjonen og barn og unge skal aktivt gis anledning til å delta i utformingen av eget tjenestetilbud. Delaktighet i beslutninger fører også til at beslutninger som tas får større legitimitet[7].

Flere av innspillene direktoratene har fått underveis i dette arbeidet har omhandlet barnas behov, og viktigheten av å ivareta barneperspektivet. Et viktig innspill har vært at ingen barn bør være plassert alene i tiltak over lang tid. Barn og unge har et iboende ønske og behov for å være sammen med jevnaldrende og dette er viktig for sosial utvikling, daglige trivsel og for muligheten for å lykkes i relasjoner med jevnaldrende senere.

Et annet viktig innspill er at fremtidig utviklings- og implementeringsarbeid må sikre systematisk deltagelse av brukere og brukerorganisasjoner. Arbeidet må ta utgangspunkt i et helhetlig kunnskapsbilde hvor brukerkunnskapen er en viktig del. Bare på den måten får vi endret tjenestene til det bedre for barna.

Betydningen av å høre på barnet og forstå deres situasjon kom også tydelig frem i tilsynsrapporten 19. september 2016 «Dei forsto meg ikkje». Her kommer også «Ida» med råd til tjenestene, som det viktig å ta med seg i det videre arbeidet med å forberede de samlede tjenestene.

1.3 Om felles oppdrag og prosessen med utarbeidelse av denne rapporten

På bakgrunn av NOU 2009:22 *Det du gjør, gjør det helt,* fikk Helsedir og Bufdir i 2013 likelydende oppdrag i tildelingsbrev fra HOD og BLD. Departementene fulgte dette opp med felles oppdrag i tildelingsbrev 2015 og 2016. I kapittel 3 redegjør vi nærmere for direktoratenes arbeid med oppdragene.

Direktoratene ble i brev datert 20.06.2016 fra Helse- og omsorgsdepartementet i tillegg til tildelingsbrevet nr. 17 og brev datert 29.06.2016 fra Barne- og likestillingsdepartementet i tillegg til tildelingsbrev nr. 5, gitt i oppdrag å levere en felles rapport som oppsummerer innsatsen om helsehjelp til barn i barneverninstitusjoner og gir anbefalinger om videre prioriteringer.

Direktoratene har samarbeidet om felles oppdrag, og løpende forankret arbeidet i fora med brukerorganisasjoner og representasjon fra sektorene. Samarbeidsforum er et slikt fora som har

[7] Jf. Prop. 106 L (2012-2013) s. 139

bestått av representanter fra KS, kommunalt barnevern (Tromsø), Fylkesmannen i Hordaland, Nasjonale BUP, Voksne for barn, Landsforeningen for barnevernsbarn, Bufetat Region Sør, Helsedir og Bufdir. RKBU Nord har sekretariatsfunksjon. Statens helsetilsyn deltar ved behov. Forumet har blant annet gitt innspill i arbeidet med felles rundskriv.

Tverrfaglig arbeidsgruppe ble nedsatt av direktoratene i 2015. Arbeidsgruppen besto av representanter fra psykisk helsevern barn og unge, kommunal helse, Bufetat, kommunal barnevernstjeneste, Mental helse ungdom og Landsforeningen for barnevernsbarn. Arbeidsgruppens mandat var å gi innspill på rapporter bestilt av direktoratene og avlevere rapport med anbefalinger som kan bidra til å sikre barn i barnevernsinstitusjoner den helsehjelp de er i behov av. Arbeidsgruppen leverte sine anbefalinger i juli 2016. Arbeidsgruppens anbefalinger har vært til en innspillsrunde i Samarbeidsforum 21. september 2016 der RHF og Bufetat også var med.

Direktoratene har jobbet videre med anbefalingene fra tverrfaglig arbeidsgruppe og leverte etter ønske fra departementene en delleveranse med foreløpige anbefalinger 15. oktober. De foreløpige anbefalingene har vært på en innspillsrunde, bl.a. til Samarbeidsforum, RHF og Bufetat.

1.4 Om rapporten

Anbefalinger om styrket innsats videre i denne rapporten gjelder i hovedsak styrking av helsetilbudet til barn og unge i barneverninstitusjoner, som oppdraget fra 2015 konkret omhandlet. Noen av anbefalingene vil likevel også omfatte barn med andre tiltak fra barnevernet. Det vises bl.a. til anbefaling om tidlig avdekking og utredning av hjelpebehov.

I kapittel 2 beskrives felles oppdrag til direktoratene og hvordan disse har blitt fulgt opp.
I kapittel 3 presenteres direktoratenes anbefalinger om styrket innsats videre.
I kapittel 4 presenteres administrative og økonomiske konsekvensene av anbefalingene.
I kapittel 5 og 6 presenteres arbeid i direktoratene som får betydning for helsetilbudet
I kapittel 7 gis en kort beskrivelse av helsetjenesten og barnevernstjenesten med statistikk.

2. FELLES OPPDRAG I TILDELINGSBREV (2013 – 2015)

Helsedir og Bufdir fikk i 2013 et likelydende oppdrag i tildelingsbrev fra HOD og BLD. Blant annet fikk direktoratene i oppgave å utarbeide *et felles rundskriv* som skulle tydeliggjøre ansvar og mulighetsrom for samarbeid om å sikre barnevernsbarn helsetjenester. Det ble videre gitt likelydende oppgave om å etablere et *Samarbeidsforum* for å sikre brukermedvirkning og forankring av tiltakene hos aktørene.

I oppdrag for 2015 ble direktoratene bedt om å sikre nødvendige og forsvarlige helsetjenester til barn i barneverninstitusjoner, og spesielt;

- kartlegge hvilke erfaringer barn og unge i barnevernsinstitusjoner har med fastlegeordningen, med psykiske helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det skal utredes hvordan barna skal sikres nødvendige og forsvarlige helsetjenester på disse områdene.
- sammenfatte erfaringene med etablering av felles institusjoner for psykisk helsevern og barnevern.
- videreføre og implementere opplæringsprogrammet om psykisk helse i Bufdir rettet mot ansatte på barneverninstitusjoner, i samarbeid med Helsedirektoratet.
- utrede juridiske problemstillinger knyttet til helsepersonells virksomhet i barnevernsinstitusjoner, herunder forholdet mellom behandlingsbegrepet i helselovgivningen og i barnevernloven.
- vurdere tiltak for å sikre tettere samarbeid mellom kunnskapssentrene, slik at det utvikles et større og mer slagkraftig kompetansemiljø.

2.1 Samarbeidsforum barnevern – psykisk helse

Samarbeidsforumet ble etablert i 2014. Målet var å styrke samarbeidet mellom barneverntjenester og psykisk helsetjenester for barn og unge – både kommunale psykiske helsetjenester og psykisk helsevern for barn og unge.

Forumet har representanter fra: KS, kommunalt barnevern (Tromsø), Fylkesmannen i Hordaland, NBUP (Norsk Forening for Barn og Unges Psykiske helse), Voksne for barn, Landsforeningen for barnevernsbarn, Bufetat Region Sør, Helsedir og Bufdir. Statens helsetilsyn deltar ved behov. RKBU Nord har sekretariatsfunksjon.

Forumet har fungert som referansegruppe/forankring for leveranser og oppdrag, og det er avholdt møter to til tre ganger i året. Forumet har blant annet gitt innspill til «Rundskriv om samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste» og bidratt til i arbeidet med å utarbeide implementeringsplan for rundskrivet. Forumets deltakere har også deltatt i implementeringsarbeid for å gjøre rundskrivet kjent og brukt i samarbeidet mellom tjenestene.

På møte som ble avholdt 21. september 2016 deltok i tillegg representanter for alle RHF og Bufetat for å drøfte anbefalingene fra tverrfaglig arbeidsgruppe. Dette utvidete Samarbeidsforumet har også fått de foreløpige anbefalingene som ble oversendt departementene til gjennomlesning, og de er blitt gitt mulighet til å gi tilbakemeldinger.

Direktoratene skal evaluere Samarbeidsforumet sin funksjon og vurdere om forumet skal videreføres.

2.2 Felles rundskriv om samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste

Direktoratene utga i 2015 et felles rundskriv om Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste. Formålet med rundskrivet var å vise hvilke muligheter tjenestene har for å samarbeide til beste for barn og unge. Rundskrivet avklarer tjenestenes ansvar, oppgaver og plikt til å samarbeide både generelt og i enkeltsaker innenfor rammen av reglene om taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt. Rundskrivet er utarbeidet i nært samarbeid med relevante instanser, herunder Samarbeidsforumet - barnevern og psykisk helse.

Til bruk i det konkrete samarbeidet laget direktoratene også en felles lysbildepresentasjon av rundskrivet, og R-BUP Øst og Sør har utarbeidet materiell med forslag til kurs og oppgaver som kan brukes av tjenestene.

For å undersøke om rundskrivet hadde effekt når det gjelder samarbeid har det blitt gjennomført en elektronisk spørreundersøkelse (Lauritzen, Vis & Fossum, in press). Deltakerne besto av ansatte i det kommunale barnevernet, samt ansatte på barnevernsinstitusjon (statlig eller privat) og ansatte i psykisk helsevern for barn og unge (N = 267). Resultatene viste at flertallet (86,6 %) av de som hadde tatt i bruk rundskrivet om samarbeid fant det nyttig og fikk svar på det de lurte på. Videre viste undersøkelsen at rundskrivet hadde ført til at de (76,7 %) var blitt mer bevisste om samarbeid. Det var imidlertid fremdeles om lag 30 prosent fra barnevernsektoren og 40 prosent fra psykisk helsevern for barn og unge som ikke hadde hørt om rundskrivet. Det viste seg at det fortsatt er en del eksempler på tilfeller der samarbeid mellom tjenestene oppleves vanskelig og utfordrende. Resultatene indikerer at det det er behov for fortsatt innsats for å gjøre innholdet i rundskrivet kjent, men at samarbeidsvansker også i mange tilfeller er knyttet til fagspørsmål og kapasitetsproblematikk som ikke kan løses av et rundskriv alene.

2.3 Helseansvarlig ved alle barneverninstitusjoner

Det er innført helseansvarlige på alle barneverninstitusjoner. Hver institusjon (statlig eller privat) skal ha en helseansvarlig. Det er utarbeidet Retningslinjer om helseansvarlig i barneverninstitusjon og omsorgssenter for enslige mindreårige asylsøkere. Retningslinjene er publisert på Bufdir.no og implementeringsarbeid pågår i regi av regionene i Bufetat.

Formålet med ordningen er å bidra til at barn på barneverninstitusjon får nødvendig helsehjelp. Helseansvarliges oppgaver vil særlig være å:

- bistå leder i arbeidet med å utarbeide, implementere, evaluere og justere interne rutiner og prosedyrer som bidrar til at barna får nødvendig helsehjelp
- kartlegge, planlegge, gjennomføre og evaluere opplæringstiltak for ansatte som bidrar til at barna får nødvendig helsehjelp
- etablere og opprettholde godt samarbeid med primær- og spesialisthelsetjenesten, for eksempel ved å bistå i arbeidet med å inngå og følge opp samarbeidsavtaler
- koordinere institusjonens/institusjonsavdelingens arbeid slik at barnas behov for helsehjelp ivaretas
- være pådriver for at ansatte benytter og oppdaterer helsekortet i BIRK

2.4 Opplæringsprogram om psykisk helse rettet mot ansatte ved barnevernsinstitusjoner

I tildelingsbrev fra BLD i 2014 og 2015 fikk Bufdir i oppdrag å utvikle og implementere et opplæringsprogram om barn og unges psykiske helse for ansatte på barneverninstitusjoner. Dette skulle skje i samarbeid med Helsedirektoratet og relevante kunnskapsmiljøer, og være basert på best mulig tilgjengelig kunnskap. Bufdir ga RKBU-Midt i oppdrag å utarbeide en foreløpig skisse over det faglige innholdet, som ble mottatt sommeren 2015.

Målet med opplæringen er at ansatte på barnevernsinstitusjoner skal ha så god kunnskap om barn og unges psykiske helse at de kan fange opp når barna og ungdommene har behov for ytterligere helsehjelp. Opplæringen bør fremme kunnskap, praksisferdigheter og gi økt refleksjon og bevisstgjøring over egen praksis. Målgruppen for opplæringsprogrammet er primært alle ansatte i barnevernsinstitusjoner og sekundært ungdommene selv. Innholdet i opplæringsprogrammet vil blant annet ta utgangspunkt i temaer som livskvalitet, utvikling, tilknytning, samspill, høyfrekvente tilstandsbilder, samsykelighet og søvnvansker.

2.5 Rapporter

2.5.1 Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner

Nanna S. Kayed og Thomas Jozefiak, Tormod Rimehaug, Torill Tjelflaat, Ann-Mari Brubakk og Lars Wichstrøm, RKBU Midt/NTNU 2015

Resultatene fra dette forskningsprosjektet har vært et viktig grunnlag for arbeidet i direktoratene for å styrke tilbud om helsetjenester til barn i barnevernet.

Prosjektet startet i 2010 og datainnsamlingen ble avsluttet sommeren 2014. Det ble gitt midler til forskningsprosjektet fra begge direktoratene. Det var til sammen 400 ungdommer fra hele landet som deltok i studien, og analysene som presenteres i denne rapporten er basert på informasjon fra

disse ungdommene, deres hovedkontakter/særkontakter og lederne på barneverninstitusjonene ungdommene er plassert i.

Denne studien er den første i norsk sammenheng som foretar en grundig kartlegging av psykiatriske lidelser med et standardisert diagnostisk intervju, og er også en av få internasjonale studier som er gjort på området. Resultatene viser at det er høy forekomst på 76 % av psykiske lidelser innen de 3 siste måneder blant unge i barneverninstitusjoner, og kun 43 % oppgir at de har fått noen form for psykiatrisk hjelp fra spesialisthelsetjenesten for disse lidelsene i løpet av denne perioden.

Ungdommene har i tillegg en høy grad av komorbiditet (samsykelighet) mellom angst, depresjon og alvorlige atferdsforstyrrelser.

Dette viste et bilde av ungdommer som hadde store og komplekse utfordringer, som kan være vanskelig å oppdage og behandle. Dette gjelder spesielt for de som er plassert på bakgrunn av barnevernparagrafer uten eget eller foreldre/foresattes samtykke.

Jentene har en historikk med flere flyttinger enn det guttene har, og de har også høyere forekomst av internaliserende lidelser, som angst og depresjon. Samtidig viser resultatene at jentene oftere får hjelp for sine vansker enn det guttene får. Guttene har på sin side høyere forekomst av atferdsproblemer enn det jentene har.

Ungdommene rapporterer også lav livskvalitet sammenlignet med ungdommer i den generelle befolkningen og pasienter i barne- og ungdomspsykiatrien. Dette er bekymringsfullt fordi annen forskning har vist at lav livskvalitet henger sammen med senere dårlig fysisk helse. Det er positivt at det sosiale miljøet på barneverninstitusjonene vurderes av ungdommene som greit, selv om ungdommene opplever det som dårligere enn lederne på institusjonen. Det er liten forskjell mellom statlige, private ideelle og private kommersielle barneverninstitusjoner i forhold til psykisk helse hos ungdommene og organisering av institusjonshverdagen.

2.5.2 Ungdommer i barneverninstitusjoners erfaringer med bruk av fastlegeordning, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Nanna S. Kayed og Thomas Jozefiak, RKBU Midt/NTNU 2015

Rapporten er basert på allerede innsamlet datamateriale presentert i rapporten «Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner». Resultatene viser at fastlegen/annen lege i liten grad er involvert i å få ungdommene henvist både til BUP/VOP og til TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling). Resultatene viser at en helhetlig utredning med fokus både på psyke og soma ikke er tilstrekkelig ivaretatt.

Når det gjelder samhandling mellom psykiatri (BUP/VOP) og rusomsorgen (TSB) viser rapporten at ungdommer med et tilbud i rusomsorgen i liten grad hadde et psykiatrisk tilbud. I lys av den påviste høye graden av komorbiditet mellom rus og alvorlige psykiatriske lidelser som angst, depresjon, alvorlig atferdslidelse, nevropsykiatriske lidelser og tilknytningsforstyrrelse (se «Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner») er dette spesielt bekymringsfullt mener forfatterne. En kan

stille spørsmål ved hvorvidt tjenestene hver for seg er i stand til å identifisere lidelsene i sin helhet og finne riktig behandling.

Rapporten, som baserer seg på ungdommenes egne erfaringer, konkluderer med at de ulike tjenestene rundt ungdommer i barnevernsinstitusjoner framstår som svært fragmenterte. Dette kan tyde på at det per i dag ikke i tilstrekkelig grad eksisterer et helhetlig koordinert behandlings/tjenestetilbud for denne målgruppen.

2.5.3 Helsetjenester i barneverninstitusjoner

Jannike Kaasbøll, Anne Karen Aanonli, SINTEF 2015

Rapporten er et samarbeid mellom RKBU og SINTEF om en kvalitativ studie som vil komplementere de kvantitative data som brukes i ovenstående rapport.

Utpregede barrierer for helsehjelp som flere av ungdommene påpekte, var utfordringer relatert til å gjøre seg forstått og frustrasjon over ikke å bli tatt på alvor i møte med helsepersonell. Flere ungdommer hadde en oppfatning av at man ikke kunne få psykisk helsehjelp før man var alvorlig psykisk syk (f.eks. selvskading og suicidalitet), noe de trodde var på grunn av stor pågang og ventetid. Det var også antydninger til at det å oppsøke hjelp på egen hånd opplevdes som vanskelig og stigmatiserende, noe som virket mer utpreget hos gutter enn hos jenter. Dette er det viktig at systemet rundt ungdommene bør være spesielt oppmerksom på.

Totalt sett, så indikerer de innsamlede innsiktene at det er viktig med en helthetlig tilnærming for å undersøke hvilke tiltak som kan sikre barn og unge i barnevernsinstitusjoner forsvarlige og nødvendige helsetjenester. Fremtidig innovasjon på dette området bør sikre god samhandling, kontinuitet og tilstrekkelig kompetanse inn i helsetjenestene rundt ungdommene på barnevernsinstitusjoner.

2.5.4 Erfaringer med etablering av felles institusjoner for psykisk helsevern og barnevern.

Jim Lurie, RKBU Midt/NTNU 2016

Rapporten presenterer erfaringer med etablering av felles institusjoner for psykisk helsevern og barnevern. Flere offentlige instanser har anbefalt etablering av felles institusjoner av denne typen i Norge, blant annet Flatø-utvalget i NOU 2009:22. Det presenteres erfaringer fra fire prosjekter i Norge som har etablert, eller har hatt målsetting om etablering av felles institusjon.

Seljelia senter for barnevern drev en vellykket felles døgnavdeling for utredning av barn i 6 til 12 års alder i 8 år (2003-2010). Prosjekt "Akutten i Nord-Trøndelag" (AiNT) på Levanger Sykehuset planla en felles institusjon, men etablerte i stedet en vellykket felles utredningsenhet på en BUP sengepost. AiNT drev prosjektet som pilotordning i perioden november 2014 til desember 2016. To andre felles institusjoner ble planlagt i Oslo og Ålesund. Begge prosjekter ble ferdig utredet i 2011, og planla langvarig behandling av barn/ungdom med sammensatte problemer i en felles institusjon. De er av ulike grunner ikke iverksatt. Et litteratursøk har ikke funnet litteratur om felles institusjoner for psykisk helsevern og barnevern i Europa eller andre land.

Det uttrykkes i rapporten tvil om det bør satses på etablering av flere felles institusjoner i Norge. Det bør i så fall prioriteres for ungdom 13 år og eldre, og det bør vurderes å søke status som

forsøksordning for å unngå komplikasjoner med drift under to etater og to lovverk. Felles institusjoner er kostbar, og uansett bør det kombineres med andre løsninger som opplæring av personell i barneverninstitusjoner, innleggelse av barnevernsbarn i BUP døgninstitusjoner, behandling i barneverninstitusjoner med TRC, og bruk av arenafleksible BUP behandling for å nå flest mulig barn med sammensatte problemer.

2.5.5 Helsetenester i barneverninstitusjonar

Lill Haukanes og Karl Harald Søvig, UiB, Det juridisk fakultet, 2016

Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet fikk likelydende oppdrag i 2015 om å utrede juridiske problemstillinger knyttet til helsepersonells virksomhet i barneverninstitusjoner, herunder forholdet mellom behandlingsbegrepet i helselovgivningen og barnevernloven.

Oppdraget ble gitt til Universitetet i Bergen, juridisk fakultet ved professor Karl Harald Søvig og stipendiat Lill Haukanes. Rapporten *Helsetenester i barneverninstitusjonar* (Søvig/Haukanes-utredningen) ble ferdigstilt i juni 2016.

Som del av arbeidet med å utrede juridiske problemstillinger ble Universitetet i Bergen bedt om å redegjøre for gjeldende rett og eventuelt foreslå lovendringer og/eller andre styringsgrep på de juridiske områdene problemstillingene er hentet fra. Det foreslås noen lovendringer, men det pekes også på behov for ulike virkemidler. I rapporten fremgår det at *«en endring av feltet krev difor at styresmaktene både nyttar lovgivning, økonomisk incitament, opplæring og andre tiltak, samstundes som dei gir tilkjenne ei klar politisk vilje til å ta grep og prioritere denne barnegruppa».*

I rapporten omtales barneverntjenestens og helsetjenestens ansvar for å gi barn et forsvarlig tilbud under institusjonsoppholdet. Det pekes på at det gjennom mange år har vært utfordringer knyttet til ansvarsdeling og koordinering av hjelp til barn med psykiske vansker og lidelser, særlig der barnet har behov for døgnbasert hjelp.

Å styrke samarbeidet mellom tjenestene foreslås som tiltak for å bedre tjenestetilbudet. For eksempel ved at departementene benytter egnede styringsgrep og gir føringer om samarbeid mellom tjenesten, og/eller at det foretas lovendringer slik at det fremgår av lov at tjenestene skal inngå samarbeidsavtaler, etter modell fra blant annet helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6.

I rapporten redegjøres det for begrepene omsorg og behandling i barnevernloven og i helselovgivningen ut fra et juridisk perspektiv. Det gis en grundig redegjørelse for helsepersonellovens anvendelsesområde og de juridiske utfordringene som oppstår der helsepersonell ansatt i barneverninstitusjonen utfører helsehjelp. Ulike løsninger drøftes. Det foreslås at dersom det ikke foretas lovendringer må gjeldende rett gjøres tydeligere og lettere tilgjengelig.

Reglene om taushetsplikten og dokumentasjonsplikten i barnevernloven og helselovgivningen trekkes frem som utfordrende områder der helsepersonell er ansatt i barneverninstitusjoner. Det foreslås at dokumentasjonskravene i barnevernloven styrkes og at det kan vurderes om

helsepersonelloven § 25 om kommunikasjon med samarbeidende personell kan utvides slik at den ikke bare er en unntakshjemmel for helsepersonell.

I rapporten redegjøres det også for hvilke føringer forsvarlighetskravet i barnevernloven og helselovgivningen gir for kvaliteten på tjenestene barnet får når det bor på institusjon.

2.6 Tettere samarbeid mellom kompetansesentrene

Det utarbeides hvert år et felles tilskuddsbrev fra Bufdir og Helsedir til de Regionale kunnskapssenterne for barn og unge - Psykisk helse og barnevern (RKBU Midt, Vest og Nord) og RBUP Øst og Sør, og RTVSene. Hensikten er å koordinere innsatsen for barn og unge.

Et utvalg har sett på hvordan kompetansesentrene kan utvikles til et større og mer slagkraftig kompetansemiljø, og leverte i 2016 rapporten *Fremtidens kunnskap- og kompetansesentre – en tjeneste for tjenesten.* Rapporten ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet 16. juni 2016, jf. tillegg til tildelingsbrev nr. 24.

2.7 Rapport fra en tverrfaglig arbeidsgruppe

Direktoratene etablerte som ledd i arbeidet med å sikre nødvendige og forsvarlige helsetjenester til barn i barneverninstitusjoner en tverrfaglig arbeidsgruppe for å vurdere foreliggende kunnskapsgrunnlag, og komme med forslag som kan bidra til å sikre barn på barnevernsinstitusjoner nødvendig helsehjelp.[8]

Tverrfaglig arbeidsgruppe leverte en rapport i juni 2016 med følgende forslag og anbefalinger:

- utnytte samarbeidsavtaler mellom tjenestene som et langt mer aktivt og strukturert verktøy enn det som er tilfelle i dag
- opprette ambulante barnevernsteam (ABT) ved poliklinikkene i spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern, og at man letter tilgangen til behandling ved å etablere åpen samtaletid og mulighet for e-terapi
- etablere et fast system for såkalte sektorovergripende plasseringer, der noen utvalgte barnevernsinstitusjoner omgjøres til helseinstitusjoner og legger til rette for å plassere barn

[8]Arbeidsgruppen besto av: Lars Conrad Moe (avdelingssjef BUPA, Helse Stavanger), Terje Lund (overlege BUP, Follo), Leif Edvard Muruvik Vonen (kommuneoverlege Stjørdal), Kate Irene Hansson (leder, Nasjonalt inntaksteam, Bufetat), Arne Veivåg (enhetsleder, Stavanger barnevernsenter, Bufetat region vest), Solveig Daasvand (tjenesteleder, Bærum barneverntjeneste), Anne Karin Mullally (seksjonssjef, Bufetat, region øst), Adrian Lorentsson (Mental helse ungdom), Guro Sandnes Rudlende (daglig leder, Landsforeningen for barnevernsbarn), Tone Austrud (enhetsleder poliklinikk, Kristiansand) og Tore Roald Riedl (advokat i Kindem & co).

med hjemmel i barnevernloven. Det foreslås at disse institusjonene har et mer langsiktig perspektiv på behandlingen enn de institusjoner som eksisterer i dag.

- alle barnevernsinstitusjoner skal inngå avtale med et legesenter/fastlege i institusjonens nærmiljø. Legesenteret/fastlegen skal ha to funksjoner:
    - Medisinsk vurderings-/behandleransvar for barna i institusjon
    - Rådgivende lege for barnevernsinstitusjonens leder og helseansvarlig
- Mer aktiv bruk av Individuell plan

Forslagene fra tverrfaglig arbeidsgruppe ble sendt ut og drøftet 21. september 2016 i et utvidet Samarbeidsforum som foruten de faste medlemmene fra Fylkesmannen i Hordaland, Tromsø kommune, KS, Voksne for barn, Landsforeningen for barnevernsbarn, Bufetat Øst, NBUP og Helsetilsynet, besto av psykisk helserådgiverne ved de regionale helseforetak og representanter fra alle Bufetat regioner.

I hovedsak ble det gitt gode tilbakemeldinger på de anbefalinger arbeidsgruppen hadde, selv om ulike sider av forslagene ble diskutert. Direktoratene tok med seg de innspill som kom fra dette fora i det videre arbeidet med de anbefalinger som fremkommer i denne rapporten.

3. DIREKTORATENES ANBEFALINGER OM STYRKET INNSATS VIDERE

3.1 Samarbeid om tidlig avdekking og utredning av hjelpebehov

En god utredning tidlig i forløpet og hjelp som er godt tilpasset barnets behov vil kunne hindre skjevutvikling og minske behov for mer inngripende tiltak. Det er særlig viktig at barnets stemme blir hørt og vektlagt i utredningen.

Det er gitt gode tilbakemeldinger på denne anbefalingen. Det må vurderes hvor i forløpet det er hensiktsmessig å samarbeide om utredning. I videre arbeid med anbefalingen er det viktig at brukerorganisasjonene involveres.

Anbefaling:

- Utvikle metoder og modeller for å sikre tidlig avdekking og god utredning av hjelpebehov i samarbeid mellom barnevern og helse.
- Samarbeid om tidlig avdekking og utredning av hjelpebehov bør vurderes gjennom direktoratenes oppdrag med pakkeforløp.

Begrunnelse:
Tidlig avdekking og utredning er viktig for å redusere skjevutvikling hos barn og unge. Tidlig intervensjon kan forhindre at vanskene forverres og fører til et mer omfattende hjelpebehov. Gode rutiner for utredning er derfor nødvendig.

Et godt samarbeid mellom psykisk helse, rus og barnevern er en forutsetning for å lykkes med tidlig avdekking og utredning av hjelpebehov for en særlig sårbar gruppe barn. Det bør derfor i samarbeid utvikles metoder og modeller for å sikre dette.

Helsedirektoratet har foreslått at pakkeforløp er egnet for samarbeid mellom psykisk helse, rus og barnevern.[9] Direktoratene anbefaler at samarbeid om utredning av hjelpebehov vurderes som en del av utviklingen av dette pakkeforløpet.

Det pågår også arbeid med ulike pakkeforløp i Bufdir. Bufdir vil ta initiativ til to pakkeforløp knyttet til akutt og fosterhjem, med nærmere avtalt samarbeid fra Helsedirektoratet. Pakkeforløpet skal omhandle hvilken utredning som er nødvendig før plassering i fosterhjem og før hasteflyttinger (akuttplasseringer). Dette for å forebygge og hindre flyttinger og utilsiktede brudd som følge av mangel full kartlegging og utredning. Et godt samarbeid mellom direktoratene på disse pakkeløpene vil styrke arbeidet med avdekking og utredning av hjelpebehov for særlig sårbar gruppe barn.

[9] Helsedirektoratets prosjektplan for pakkeforløp psykisk helse og rus

Det er igangsatt flere prosjekter hvor det samarbeides mellom tjenestene om utredning av hjelpebehov, som gjennom evaluering gir nyttig informasjon om hvordan dette best kan innrettes flere steder i landet. Det vises bl.a. både til prosjektet «Tverrfaglige akuttjenester for barn og unge» i Kristiansand og «Akutten i Nord-Trøndelag». I «Akutten i Nord-Trøndelag» foretas en felles utredning mens barnet har døgnopphold i psykisk helsevern, der det er nødvendig. Begge prosjektene omtales nærmere under punkt 3.5.

Det vises også til forskningsprosjektet CARE hvor målet er å dokumentere helsebehov hos høyrisiko barn, og prøve ut modeller for samarbeid mellom barneverntjenesten og BUP. [10] Prosjektet skal se nærmere på når og hvordan en utredning bør gjøres. Resultater fra dette forskningsprosjektet kan gi nyttig kunnskap for videre samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern når det gjelder tiltak utredning av hjelpebehov.

3.2 Styrke allmennlegetjenester – etablere «barnevernslege»

Fastlegen er viktig i helsetjenesten, både når det kommer til å avdekke sykdom og som henvisende instans/portåpner til annen nødvendig helsehjelp. Ved å etablere barnevernslege blir en viktig helseinstans gjort mer tilgjengelig og det øker sannsynligheten for å fange opp somatisk og psykisk lidelse på et tidligere tidspunkt.

Det har i innspillsrunden blitt påpekt at både psykiske og somatiske utfordringer kan feiltolkes som «problematferd» av institusjonspersonalet, og at lege derfor ikke alltid konsulteres.
Det var bred enighet i at dette er et godt tiltak.

Anbefaling:

- Allmennlegetjenester til barn i barnevernsinstitusjoner bør styrkes.
- Det bør utredes hvordan dette bør gjøres for å sikre barn i barneverninstitusjon allmennmedisinsk oppfølgning, herunder muligheten for å knytte en lege til den enkelte institusjon - «barnevernslege»

Begrunnelse:
Det fremgår av rapporten om barn i barneverninstitusjoner at 76 % av ungdommene i barnevernsinstitusjoner har minst én psykisk lidelse, hvorav flere har høy grad av komorbiditet. Samtidig viser rapporten at kun 20,4 % har mottatt somatisk helsehjelp fra fastlege/annen lege noen gang, og kun 6,2 % har mottatt helsehjelp hos fastlege/annen lege de siste tre månedene. Den viser videre at 81 % av ungdommene i undersøkelsen har hatt mer enn ett bosted utenfor foreldrehjemmet etter vedtak fra barnevernet.[11]

[10] Children At Risk Evaluation, forskningsprosjekt ved medisinsk institutt, Universitetet i Oslo
[11] «Resultater fra forskningsprosjektet psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner» NTNU/RKBU, 2015.

En rapport om ungdommer i barneverninstitusjoners erfaringer med bruk av fastlegeordning, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, konkluderer med at fastlege/annen lege i liten grad er involvert i å få ungdommene henvist til BUP/VOP og TSB.[12] Det påpekes i rapporten at fastlegen skal fungere som en «portåpner» til andre spesialiserte helsetjenester, og at resultatene av undersøkelsen peker mot at dette i liten grad er tilfelle for ungdommer i barnevernsinstitusjon. Resultatene fra undersøkelsen viser videre at en helhetlig utredning for ungdommene med fokus både på psykisk og somatisk helse, der fastlegen har en viktig medisinsk kompetanse, ikke blir tilstrekkelig ivaretatt.

Direktoratene støtter anbefaling i rapporten fra tverrfaglig arbeidsgruppe om at det er behov for å styrke allmennlegetjenester i kommunen til barn i barnevernsinstitusjoner.

Kommunen skal sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester, herunder nødvendige allmennlegetjenester, til alle som oppholder seg i kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 og § 3-2 første ledd. Kommunen har derfor et ansvar for å sørge for nødvendige allmennlegetjenester til barn som oppholder seg på barneverninstitusjon plassert i kommunen.

Kommunens plikt til å sørge for nødvendige allmennlegetjenester blir i all hovedsak gjennomført gjennom fastlegeordningen. Enhver som er bosatt i en norsk kommune har rett til å stå på liste hos en fastlege, jf. forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen § 2 første ledd.

Det er ønskelig å unngå unødvendige flyttinger, men vi vet at flyttinger for barn i barnevern ofte forekommer. Mye flytting gir liten kontinuitet i behandling og kontakt med fastlegen. Når barna flyttes mye, kan bruk av ordinære strukturer som fastlegeordningen, bli vanskelig å følge opp. At institusjonsopphold også i hovedsak skal være et midlertidig tiltak, gjør at det ikke alltid vil være naturlig å bytte barnets fastlege til en fastlege i oppholdskommunen. Samtidig kan det være ønskelig og hensiktsmessig at barna ivaretas i en eksisterende struktur for allmennlegetjenester i fastlegeordningen.

Rapporten om barn i barneverninstitusjoner og rapporten fra tverrfaglig arbeidsgruppe gir noe, men ikke nok, informasjon om hvilke(n) løsning(er) som vil være mest hensiktsmessige for å ivareta barnas behov for allmennhelsehjelp mens de oppholder seg på barnevernsinstitusjon. De ulike løsningene kommunene har for å ivareta disse barnas behov må vurderes nærmere, og det vil deretter kunne være hensiktsmessig å gjennomføre en pilotering. Fordi barna flyttes mellom ulike institusjoner, bør særlig en ordning med å knytte en barnevernslege til den enkelte barnevernsinstitusjon utredes.

[12] «Ungdommer i barnevernsinstitusjoners erfaringer med bruk av fastlegeordning, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling» NTNU/RKBU, 2015.

Ingen av de to ovenfor nevnte rapportene fra RKBU sier noe om hvilke strukturelle ordninger som benyttes av institusjonene og kommunene for å ivareta de allmennmedisinske behovene til barn og ungdom i barnevernsinstitusjoner i dag.

Det kan tenkes flere modeller for å sikre barn i barneverninstitusjoner allmennhelsehjelp. Mest nærliggende er å se på hvordan helsetjenesten i sykehjem er organisert. Her er det en lege som har ansvar for helsetjenesten, men pasientene beholder sin fastlege. Kommunen har løst dette på forskjellige måter, fra å etablere en sykehjemsetat der ansatte leger har ansvar for tjenesten, til at fastleger er knyttet til helsetjenesten i sykehjem etter fastlegeforskriftens punkt om deltagelse i andre allmennmedisinske oppgaver.

Det må i tillegg vurderes nærmere om for eksempel hjemmelen i fastlegeforskriften § 12 (mulighet for å pålegge fastleger å delta i «andre allmennmedisinske oppgaver» i inntil 7,5 timer i uken) kan brukes for å knytte en legeressurs til barneverninstitusjonene.

Videre vil det være viktig å undersøke mulighetene for å ivareta barnas behov innenfor eksisterende fastlegeordning, utforske i hvilken grad barna bør beholde sin eksisterende fastlege ved institusjonsopphold og gode rutiner for bytte av fastlege for barna der dette er hensiktsmessig.

Kommunene må selv, utfra sin situasjon, vurdere hvilken modell som er mest hensiktsmessig for barnevernsinstitusjoner. Generelt er det viktig å ha kontinuitet over tid slik at legen kan opparbeide god kompetanse på området.

En pilotering som rapporten foreslår vil kunne gi opplysninger om modeller som er hensiktsmessig og som kommunene vil kunne bruke i sitt lokale arbeid med å finne gode løsninger. En pilotering vil videre kunne peke på suksessfaktorer, praktiske problemstillinger og utfordringer, samt si noe om hvilke juridiske, strukturelle og økonomiske forutsetninger som ligger til grunn for at løsningen skal fungere godt, først og fremst for barna, men også for institusjonen og kommunen.

3.3 Etablere «barnevernansvarlig» i psykisk helsevern for barn og unge

«Barnevernsansvarlig» kan bidra til at spesialisthelsetjenestene blir lettere tilgjengelig for barn og unge på barneverninstitusjoner. Når en definert og navngitt ressurs i PHBU har denne funksjonen blir det enklere å ta kontakt, noe som vil lette samarbeidet mellom tjenestene og bidra til å bygge ned tersklene for å be om bistand fra hverandre. Dette vil sammen med Helseansvarlig i Barnevernsinstitusjonene bidra til klarere kommunikasjonslinjer mellom tjenestene og føre til at barn og unge får lettere tilgang til helsetjenester under institusjonsopphold. Barnevernsansvarlig vil bidra til å hindre brudd i oppfølgingen fra helsetjenesten.

I tilbakemeldingene fikk denne anbefalingen bred støtte. Barnevernansvarlig og retningslinjer for en slik ordning bør etableres på bakgrunn av erfaringer fra pilotprosjektene.

Anbefaling:

- Det anbefales å definere ressurser i spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern for barn og unge (PHBU) som skal jobbe opp mot barnevernsinstitusjoner - innføre funksjonen «barnevernansvarlig» i PHBU.
- Dedikert personell bør jobbe ambulant og arenafleksibelt mot barnevernsinstitusjonene.
- «Barnevernsansvarlig» bør samarbeide med kommunens helse- og omsorgstjenester der barn og unges behov tilsier det.

Begrunnelse:

Barn på barnevernsinstitusjon er en gruppe med høy grad av samsykelighet og store behov, jf. rapporten om barn på barneverninstitusjoner.[13] Det er avgjørende at de har en god tilgjengelighet til tjenester i psykisk helsevern. Terskler og hindringer for at de får hjelpen de trenger må identifiseres og fjernes. Siden disse barna har opplevd mange brudd og erfaringer med avvisning, kan de ha fluktuerende behandlingsmotivasjon og lav tillit til hjelp fra det offentlige. De kan derfor være i behov av enda mer stabile og tilgjengelige helsetjenester.

Tverrfaglig arbeidsgruppe tilrådet at det etableres Ambulante barnevernsteam ved poliklinikkene i PHBU som har øremerket personell/ressurser opp mot barnevernsinstitusjoner. Oppgavene arbeidsgruppen så for seg at slike team skal løse, var:

- Samarbeid med barnevernsinstitusjoner om mulige henvisninger til PHBU
- Spesifikk veiledning relatert til det enkelte barns utfordringer og oppfølgingsbehov
- Ambulant behandling på barnevernsinstitusjonen ved behov
- Arbeid med å motivere enkeltungdommer til behandling
- Veiledning av generell karakter

Teamene skulle etter arbeidsgruppens vurdering også bidra til å øke kompetansen i barnevernsinstitusjonene i å identifisere og følge opp barn og unge med psykiske lidelser. For å få en god forståelse av oppgaven barnevernsinstitusjoner står ovenfor, kreves det kontinuitet gjennom fast personell som er dedikert til formålet.

Direktoratene mener at en ordning med Barnevernansvarlig i PHBU vil avhjelpe dette. I det følgende redegjøres det for denne funksjonen.

Den Barnevernansvarliges oppgaver:

- fungere som en kontaktperson for barnevernsinstitusjonene (naturlig samarbeidspartner for Helseansvarlig på barnevernsinstitusjonene)
- gi generell veiledning om håndtering av barn med psykiske lidelser
- bistå med å avklare om et barn har behov for oppfølging fra PHBU, og eventuelt bistå med henvisning til PHBU

[13] «Resultater fra forskningsprosjektet psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner» NTNU/RKBU, 2015.

- legge frem informasjon til inntaksteam i PHBU slik at riktig ressurs settes inn i forhold til barnas ulike behov
- gjennom denne tette kontakten vil Barnevernansvarlig være viktig i arbeidet med å avdekke det totale behov for helsehjelp hos barn i barnevernsinstitusjon
- jobbe tett opp mot kommunale helsetjenester for barn og unge i den aktuelle oppholdskommunen
- sikre etablering av kontakt i spesialisthelsetjenesten hvis barnet flytter og har behov for videre oppfølgning

Opptaksområde og forankring av funksjonen:
Det er stor variasjon i hvor mange barnevernsinstitusjoner det er i opptaksområdet til en BUP. Funksjonen Barnevernansvarlig er avhengig av å være både nær og robust nok for å kunne være en reell tilgjengelig ressurs for barna og institusjonene. Direktoratene anbefaler å legge ansvaret for å utpeke Barnevernansvarligfunksjonen til det enkelte helseforetak. Det må tas utgangspunkt i hvor mange barnevernsinstitusjoner det er i et opptaksområde. Det enkelte helseforetak er ansvarlig for å avsette nok ressurser til at den Barnevernansvarlige kan utføre jobben sin forsvarlig. Der det finnes, bør Barnevernansvarlig være del av et team som yter ambulerende tjenester. Ambulante tjenester vil i noen tilfeller være en forutsetning for å nå disse barna på en hensiktsmessig måte. Det er en lederoppgave å utnevne personellet som skal fungere som Barnevernansvarlig.

Krav til kompetanse hos Barnevernansvarlig:
Direktoratene vurderer at denne funksjonen ikke bør knyttes til spesielle profesjoner.
Det bør være en lederoppgave å velge ut egnet personell. Kompleksiteten i sakene forutsetter klinisk erfaring, kunnskap om målgruppen og gode samarbeidsevner. God kunnskap om (alvorlige) psykiske lidelser kan være en fordel for å vurdere behov for henvisning. Det bør sikres gode rutiner for opplæring av nye Barnevernansvarlige.

Tverrfaglighet:
Ved å etablere Barnevernansvarlig i PHBU, vil man få en naturlig samarbeidspartner til Helseansvarlig i barnevernsinstitusjonene. Dette gir en god grunnstruktur for tverrfaglig samarbeid mellom helsefag og barnevernsfag. Det bør også etableres kontakter i kommunens tjenester for barn og unge som tilsvarer Barnevernansvarlig på PHBU og Helseansvarlig på barnevernsinstitusjoner, som kan bistå inn i dette tverrfaglige samarbeidet. Det er i anbefalingen «Bedre tilgjengelighet til psykisk helsearbeid i kommunen» foreslått Oppfølgingsteam i kommunen for barn og unge med sammensatte behov. Dette teamet vil være en viktig samarbeidspartner for barnevernsansvarlig og bidra til å sikre hjelpetjenester fra kommunen der det er behov for dette.

Opplæring:
Det gjennomføres nå en «Helsesatsing i barnevernet», i regi av Bufdir. I denne sammenheng lages det opplæringsmoduler til personell som jobber på barnevernsinstitusjon. Det bør vurderes å lage et opplæringsprogram for Barnevernansvarlig, ev. team og for ledelsen på klinikken Barnevernansvarlig legges til. Kunnskap og kompetanse om institusjonsbarnevernets rolle, funksjon og rammer vil kunne bidra positivt til å finne felles språk og fokus i arbeidet.

Kjennskap til hverandre:
For å sikre kontakt mellom tjenestene, bør Barnevernansvarlig til enhver tid være kjent med hvilke institusjoner som finnes i opptaksområdet. Bufetat bør melde til barnevernansvarlige ved PHBU når det etableres nye institusjoner i området.

Mulighet for å utvide tilbudet til team med kommunale helsetjenester
I første omgang er det viktig å få etablert Barnevernansvarlige i PHBU og sikre at samarbeidet med barnevernsinstitusjonene fungerer.

Barnevernansvarlige bør også etablere god kontakt med kommunal helsetjeneste for å sikre helhetlige og gode helsetjenester til barn i barnevernsinstitusjoner. PHBU og kommunale helsetjenester må vurdere organisering ut fra lokale forhold. Et eksempel på samarbeid kan være oppfølgingsteam som sikrer helhetlige og tilpassede tjenester.
Det er igangsatt ulike prosjekter og piloteringer av nye tjenestemodeller ulike steder. Utfallet av disse vil danne grunnlag for å vurdere hvordan best å bygge ut PHBU sine tjenester mot barnevernsinstitusjoner.

Andre igangsatte aktiviteter som bør ses i sammenheng med anbefalingen:
Ordningen med Barnevernansvarlig i PHBU må sees i sammenheng med andre prosjekter for tjenesteutvikling. En del av disse tar for seg samarbeid forut for plassering i institusjon og felles utredning av barnas behov. Hvis det blir aktuelt å etablere slike tjenester vil barnepopulasjonen på institusjon i stor grad være godt beskrevet og en vil kjenne til barnet i PHBU når det blir plassert i barnevernsinstitusjon. Dette vil ikke gjøre rollen til Barnevernansvarlig overflødig, men annen tjenesteutvikling vil kunne påvirke hva arbeidsinstruksen til en Barnevernansvarlig skal være.

Pilotprosjekt Helse Sør-Øst:
Som et ledd av denne anbefalingen er det igangsatt tre piloteringer i Helse Sør-Øst i én og samme Bufetat-region (Bufetat Øst) som skal bidra til økt samarbeid mellom barnevernstjeneste og helsetjeneste for i større grad å sikre barn i barnevernsinstitusjoner den helsetjenesten de har behov for. I prosjektet deltar Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Østfold HF og Akershus universitetssykehus HF. Bufetat er involvert i alle tre prosjektene. Teamene er ulikt plassert i PHBU systemet, noen på poliklinikknivå og andre på sengepost. Hvordan teamene jobber og opprettholder kontakten med barnevernsinstitusjonene i sitt opptaksområde er ulikt utformet i prosjektene.

Målsetting med pilotprosjektene er:
a. Psykiske lidelser hos barn i barnevernsinstitusjoner oppdages og avdekkes
b. Barn i barnevernsinstitusjoner får den helsehjelpen de har behov for
c. Man får tilgang til behandling uavhengig av om omsorgssituasjonen er uavklart eller ikke
d. Hindre brudd i oppfølging av barn/unge henholdsvis fra barnevern og eller spesialisthelsetjeneste grunnet skiftet oppholdssted
e. Kontinuitet sikres fra alle instanser.

Modellene som prøves ut skal ha overføringsverdi til andre regioner over hele landet.
En foreløpig evaluering av pilotene gis før sommeren 2017 og sluttrapporten leveres primo 2018.

Pilotprosjektene i RHF Sør-Øst vil levere foreløpig evaluering i 2017, og endelig evaluering primo 2018. Disse rapportene vil gi ytterligere beskrivelser av hva som er nyttig utforming av rollen og oppgavene til en Barnevernansvarlig. Pilotprosjektene vil også gi gode data på nytten av ulike samarbeidsmodeller.

Akutten i Nord- Trøndelag (AiNT):
Med Prosjektmidler fra BLD er (AiNT) et samarbeidsprosjekt mellom BUP, Helse Nord-Trøndelag, Bufetat region Midt-Norge og 3 kommunale barneverntjenester i Nord-Trøndelag. Prosjektet er et samarbeid mellom barnevernsfaglig og helsefaglig personell om å utrede barn som er i en akuttfase etter minst ett av lovverkene, og i behov av bistand etter det andre lovverket. Det benyttes et felles instrument; en modifisert Kvello-mal der man sammen utreder og diskuterer hvilke utfordringsområder som skal dekkes av de ulike tjenestene. Det har vært organisert som pilotprosjekt 2014-2016. Det er søkt om midler til et år til og man tenker å utvide fra 3 til 8 samarbeidskommuner.

Akuttsamarbeidet i Kristiansand:
Ved Barnevernvakten i Kristiansand gjennomføres et forsøk der man i noen saker supplerer fast personell ved Barnevernvakten med ansatte fra psykisk helsevern. Personalet fra de to fagfeltene vurderer og håndterer akutte henvendelser sammen. I dette forsøket er det gitt samtykke til unntak fra taushetsplikten i medhold av barnevernloven § 2-4. Prosjektet avsluttes 2016, SINTEF skal lage en evalueringsrapport. Det er søkt BLD om midler til videreføring av prosjektet ytterligere tre år.

CARE (Children at risk evaluation):
Med finansiering av NFR/HelseVel har forskere ved Medisinsk fakultet i Oslo en pilotstudie som startes opp i 2016. Et tverrfaglig team skal i første omgang utrede 100 barn der det er stor sjanse for at det vil bli en plassering i fosterhjem eller institusjon. Utredningen gjøres av tverrfaglig team bestående av helsepersonell; psykolog, lege og en barnevernsfaglig. Det som skal piloteres er en ordning der det gjøres en traumefokusert utredning forut for enhver plassering av barnevernet, slik at barna sikres en best mulig plassering. BUP skal bidra inn i denne utredningen med personell

Tilbud til barn og unge med sammensatte behov i Sør-Trøndelag:
Med midler fra tilskuddsordning i Helsedirektoratet er formålet i dette prosjektet å utvikle og prøve ut i praksis gjensidig forpliktende samhandlingsformer mellom et utvalg av barnevernets omsorgsinstitusjoner og de respektive lokale BUP-poliklinikker. Dette for å sikre at nylig innskrevne barn og unge får nødvendig helsehjelp for sine psykiske vansker. Avsluttes desember 2016.

3.4 Økt bruk av digitale verktøy i behandlingen

Videokonsultasjon kan bidra til at ungdom kan opprettholde kontakt med viktige personer i deres personlige og profesjonelle nettverk, deriblant behandlere i helsetjenestene. Videokonsultasjon vil således kunne hindre brudd i viktige relasjoner og i pågående behandling ved f. eks flyttinger. Økt bruk av digitale verktøy kan bidra der det er stor geografisk avstand til behandler og det vil gi tilgjengelighet på personell i PHBU og bostedskommune på en helt annen måte enn i dag. For å komme i gang raskt bør tiltaket prøves ut i en pilotstudie. På bakgrunn av evaluering av pilotforsøket bør metoden implementeres i hele landet.

Anbefalingen fikk bred støtte.

Anbefaling:

- Det utføres en pilotstudie der videokonsultasjon mellom helsetjenester, institusjonsbarnevernet og barn og unge brukes som metode ved behov.

Begrunnelse:
Videokonsultasjon innebærer å benytte PC, nettbrett, smarttelefon eller videokonferanseutstyr til å ha konsultasjon med helsetjenesten uten at man trenger å møte personlig. Økt bruk av videokonsultasjon i behandlingen kan bidra til å senke terskelen for å ta kontakt med helsepersonell for barn som trenger det, enten pga. lange avstander, tidsbruk, vansker med nærhet i relasjoner eller annet. Bruk av ulike former for digitale løsninger er mer og mer vanlig i bruk i dagliglivet og det er grunn til å tro at det vil bli mer brukt fremover også i psykoterapi og medisinsk konsultasjon.

Det kan for eksempel være lang avstand mellom barnevernsinstitusjonen og akuttavdeling for barn og unge. I noen tilfeller må ungdommer som vurderes for innleggelse kjøre flere timer i følge med personell fra institusjonen. Det fortelles om situasjoner der det vurderes at det ikke er faglig grunnlag for innleggelse på BUP døgn, og at de må returnere tilbake til barnevernsinstitusjonen samme dag, med de belastningene en slik transport dette påfører ungdommen.

Det er flere målgrupper som er aktuelle:

- Barn på barnevernsinstitusjoner som er i behov av ordinær poliklinisk oppfølging i oppholdskommunen
- Barn på barnevernsinstitusjoner som er i behov av akuttvurdering fra psykisk helsevern
- Barn på barnevernsinstitusjon som er flyttet fra hjemkommunen og som er i behov av å opprettholde allerede etablert kontakt med fastlegen sin eller BUP fra hjemstedet

Tverrfaglig arbeidsgruppe foreslo i sin rapport at barnevernstjenesten og BUP i større grad burde benytte seg av videokonsultasjon for å opprettholde kontakten med den behandleren man har etablert en behandlingsrelasjon til og med dette sikre kontinuitet i behandlingen og behandlingsalliansen. En gevinst er at barnet kan opprettholde kontakt med en terapeut som kjenner

barnets bakgrunn og historie. Dette vil også kunne bidra til å opprettholde relasjoner knyttet til barnets opprinnelig geografiske bosted som for eksempel fastlege.

Det er viktig å sikre barn i barnevernsinstitusjoner sin tilgang på BUP. Noen steder i landet ligger barnevernsinstitusjoner og BUP langt unna hverandre geografisk. Noen ganger er barnet flyttet langt unna sin opprinnelseskommune. Videokonsultasjon vil kunne bidra til å opprettholde allerede etablerte kontakter, bidra til å sikre at relasjoner ikke blir brutt og således også understøtte reetablering til hjemkommunen. Videokonsultasjon vil også kunne være til hjelp i å undersøke en av de mest sårbare populasjonene på barnevernsinstitusjon; de som er i behov av vurdering for innleggelse i PHBU døgn, uten at de må dra fra barnevernsinstitusjonen.

En pilotering vil kunne gi viktige erfaringer i hvordan bruk av Videokonsultasjon kan fungere mellom ulike tjenesteområder.

Mulige utfordringer ved dette kan være ulike holdninger i de ulike tjenesteområdene om hva som er mest hensiktsmessig bruk av videokonsultasjon. Hvilke krav det er til valg av programvare, sluttbrukeravtaler, taushetsplikt, lokaliteter og gjestepasientordningen kan også være juridiske og økonomiske utfordringer.

Det er grunn til å ha noe fokus på at bruk av videokonsultasjon kan ha uheldige vridningseffekter. Det er viktig at ikke videokonsultasjon erstatter direkte møter mellom barn og terapeut der barnet ønsker det og har funksjonsnivå til å følge opp vanlig poliklinisk konsultasjon. Det er også viktig at barn og ungdom som kan være i behov av innleggelser i PHBU ikke får institusjonsplass i barnevernet langt unna tjenestene den er i behov av fra helsevesenet.

<u>Andre igangsatte aktiviteter som kan ha innvirkning på anbefalingen:</u>
Det foregår mange prosjekter innen helse på dette feltet:

- «eCAP» er et pågående prosjekt ved Barne- og ungdomsklinikken ved UNN Tromsø og Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE) hvor de samme virkemidlene tas i bruk for å gi spesialiserte psykiatriske tjenester til hele befolkningen. Dette er et EU-finansiert prosjekt som ledes av NSE. Dette prosjektet bygger på metoder og erfaringer fra eBUP-prosjektet. Geografiske utfordringer og manglende spesialistkompetanse er svært relevante problemstillinger i UNN/Helse Nord, og det er gjort gode erfaringer med å bruke videokonsultasjon som samhandlingsverktøy mellom behandler og pasient.

- «Mastermind»: prosjekt der det benyttes videokonsultasjon mellom fastlege, spesialist og pasient som lider av depresjon

- «Bruk av lyd og bilde i barnerehabilitering»: bruk av videokonsultasjon mellom UNN og primærhelsetjenesten inkludert pasienter med autisme og deres pårørende.

- «DeVaVi»: prosjekt for å sikre at pasienter i akuttsituasjoner fikk tilgang til psykiatriske spesialistvurderinger så nært hjemmet som mulig, og at døgnkontinuerlig tilgang til spesialist skulle sikres for pasienter innlagt på Døgnenheter på SPH.

NSE har også gjort grundige RoS-analyser i forhold til pasientsikkerhet ved å bruke telemedisinske løsninger, slik at implementering av disse løsningene forholder seg til nasjonale standarder for pasientsikkerhet og utveksling av pasientinformasjon.

Bufetat Nord bruker også dette systemet innad i sine systemer til veiledning av personell og møtevirksomhet.

En slik videobasert løsning mellom barnet/barnevernsinstitusjonen og helsetjenester, vil være relativt enkelt teknologisk å få til dersom begge parter bruker løsning som er tilgjengelig via norsk Helsenett. Viktigst er at det gjøres en risikovurdering for bruken av løsningen og at utstyret settes opp slik at sikkerhet og personvern ivaretas.

Av programvare benyttes Skype4B av Bufetat Nord, og det er under utredning til bruk i Helse Nord.

3.5 Styrking av barnevernsinstitusjoner og samarbeid om barn med behov for døgnopphold i psykisk helsevern barn og unge

Fortsatt videreutvikling og styrking av det spesialiserte institusjonsbarnevernet kan, sammen med de øvrige foreslåtte anbefalinger, bidra til å forebygge psykiske vansker og bedre mulighetene for at barnet kan nyttiggjøre seg helsehjelp. Et styrket samarbeid mellom sektorene kan bidra til at barnet gis døgnopphold i helseinstitusjon ved behov. Ved å avklare ansvar og fremgangsmåten ved sektorovergripende plasseringer vil barn og unge med sammensatte behov kunne få et mer tilpasset omsorgs- og helsetilbud.

I tilbakemeldingene ble det bl.a. påpekt at det er viktig med en klargjøring av målgruppe for sektorovergripende innleggelser.

Anbefaling:

- Det spesialiserte institusjonsbarnevernet videreutvikles og styrkes.
- Det er behov for å klargjøre ansvar og utarbeide prosedyrer for fremgangsmåten ved behov for døgnopphold i psykisk helsevern med hjemmel i barnevernloven for barn og unge med sammensatte behov.
- Det foreslås at spesialisthelsetjenestens ansvar ved sektorovergripende plasseringer lovfestes i spesialisthelsetjenesteloven, og at prosedyrer for fremgangsmåten mv. fastsettes i samarbeidsavtale mellom RHF og Bufetat.
- Etablering av felles drift av institusjoner anbefales ikke på nåværende tidspunkt.

Begrunnelse:
Barnevernet og psykisk helsevern har ulike ansvarsområder og oppgaver, og begge sektorene tilbyr døgnopphold i institusjon som en del av tilbudet til barn og unge innenfor rammene av henholdsvis barnevern- og helselovgivningen. Barnevernet skal sikre at barn som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. Dette inkluderer plassering i barneverninstitusjon, der dette tiltaket er til barnets beste og vilkårene etter barnevernloven for slik plassering for øvrig er oppfylt. Psykisk helsevern har ansvar for å yte spesialisert helsehjelp til barn og unge med psykiske lidelser, herunder døgnbehandling.

I noen saker har det vist seg utfordrende i praksis å avklare ansvarsforhold mellom tjenestene, hvor barnet viser en alvorlig, sammensatt og kompleks problematikk, det er behov for døgnopphold og innsats fra både barnevern og psykisk helsevern.[14]

Tverrfaglig arbeidsgruppe påpeker som et sviktområde at det mangler et fungerende statlig tilbud til de barna som har de alvorligste psykiske lidelsene og som har et behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet. Med utgangspunkt i behovet for å etablere et mer samlet tilbud presenterer arbeidsgruppen to alternativer. Det første alternativet er en integrert modell ved å etablere et fast system for sektorovergripende plasseringer ved at noen barnevernsinstitusjoner omgjøres til helseinstitusjoner med et mer langsiktig perspektiv på behandlingen enn i dag. Det gis anvisning på at dette kan gjennomføres raskt innenfor gjeldende regelverk. Det andre alternativet er å prøve ut felles institusjon, som både er barnevern- og helseinstitusjoner.

Direktoratene mener uklare ansvarsforhold mellom barnevern og psykisk helsevern for barn med behov for døgnopphold er uheldig, særlig sett i sammenheng med omfanget, alvorligheten og kompleksiteten av tilstanden til en liten, men særlig utsatt gruppe barn og unge.

Som det klare utgangspunkt mener direktoratene innsatsen må rettes mot å videreutvikle barnevernsinstitusjonene slik at de kan gi et omsorgstilbud som er faglig tilpasset og robust nok til at omsorgen får en positiv utviklingsstøttene funksjon. Dette innebærer at det spesialiserte institusjonsbarnevernet må videreutvikles og styrkes. Det statlige barnevernet har gjennom mange år arbeidet med å spesialisere omsorgs- og endringsarbeidet i barnevernsinstitusjoner for ulike målgrupper. Dette er basert på kunnskap fra forskning, erfaringer fra praksisfeltet og fra barn og unge og deres familier. Styrking av det spesialiserte institusjonsbarnevernet, sammen med øvrige foreslåtte anbefalinger, kan bidra til å forebygge psykiske vansker og lidelser samt bedre muligheter for å komme i posisjon til at barnet kan nyttiggjøre seg helsehjelp.[15]

Barn i barneverninstitusjoner har samme rett til spesialisthelsetjenester som andre barn, men de kan være mindre tilgjengelige for denne gruppen. Direktoratene har derfor anbefalt flere ordninger for å

[14] Se bl.a. Flatø-utvalget s. 83
[15] Se nærmere omtale i pkt. 7.2.3 om arbeid med å styrke og videreutvikle spesialiseringen i barnevernet

sikre nødvendig helsehjelp, som etablering av helseansvarlig ved barnevernsinstitusjonen, «barnevernslege» i helse- og omsorgstjenesten, «barnevernansvarlig» ved BUP, ambulante tjenester til barneverninstitusjonen, økt bruk av digitale verktøy i behandlingen, mer forpliktende samarbeidsavtaler og økt bruk av individuell plan og kommunale tjenester. Tilgjengelige og fleksible helsetjenester anses særlig viktig for denne barnegruppen, og tjenesten bør kunne tilbys der barnet er. Dette også for å hindre unødige flyttinger og bytte av personell.

Som del av dette må det også, enten som øyeblikkelig hjelp, etter henvisning eller vurdering av BUP under behandlingen, vurderes om barnets psykiske tilstand tilsier at det behov for døgnopphold i helseinstitusjon. RHFene har ansvar for å sørge for et tilstrekkelig døgntilbud til alle barn og unge i sitt opptaksområde, og må fortløpende vurdere om det er behov for økt døgnkapasitet. Herunder kan de gis bistand og innspill fra Bufetat i regionenes etablerte samarbeid. Dette inkluderer også en vurdering i enkelte tilfeller av behov for døgnplasser for mer langtidsbehandling.

Etter direktoratenes vurdering bør helsetjenester til barn i barneverninstitusjoner i hovedsak styrkes gjennom ovennevnte tiltak.

I tillegg mener direktoratene det er nødvendig å presisere dagens adgang til døgnopphold i psykisk helsevern med hjemmel i barnevernloven (sektorovergripende plasseringer).[16] Regelverket åpner for en slik mulighet i dag, men den benyttes lite i praksis. Direktoratene mener en slik løsning kan være hensiktsmessig i noen tilfeller, og det bør komme klarere frem at det er en slik adgang, og hvilken fremgangsmåte som i så fall skal benyttes. På denne måten presiseres begge tjenestenes ansvar for barn med sammensatte behov.

På denne måten kan det gis et mer integrert tilbud tilpasset det enkeltes barns behov. Det kan gis tett individuell oppfølging der hvor barn har ekstra store behov. Målgruppen er ressurskrevende og fordrer mye voksenoppfølging. Det antas at et slikt tilbud trenges for 6-10 barn på landsbasis.

Direktoratene anbefaler at spesialisthelsetjenestens ansvar ved sektorovergripende plasseringer klargjøres ved at det lovfestes i spesialisthelsetjenesteloven. Dette kan gjøres ved at det fremgår av et nytt ledd i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a at det regionale helseforetaket skal peke ut institusjoner som kan motta barn med behov for både barnevern og undersøkelse og behandling for psykisk lidelse.[17] Inntil en eventuell lovendring kan spesialisthelsetjenestens ansvar presiseres i oppdragsbrev til RHFene.

Det anbefales videre at det utarbeides prosedyrer/retningslinjer som del av samarbeidsavtalen mellom sektorene, som regulerer inntak, varighet av oppholdet, tvisteløsning ved uenighet,

[16] Det vises til omtale av dette i vårt felles rundskriv om Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste kapittel 8.4.

[17] Det vises til NOU 2016:16 pkt. 8.5.2, hvor dette foreslås.

økonomiske forhold mv. Det vises til anbefalingen om at det bør innføres mer forpliktende samarbeidsavtaler. Det foreslås her at det bør vurderes å innføre lovpålagte avtaler mellom regionale helseforetak og Bufetat med krav til innhold i avtalene. Inntil eventuelle lovkrav om innhold i regionale avtaler, kan det legges føringer for innholdet ved sentrale retningslinjer, eventuelt ved å revidere direktoratenes felles rundskriv på dette punktet. Det bør eventuelt vurderes om forskriftshjemmelen i barnevernloven § 5-6 skal benyttes.

Ved disse anbefalingene vil det legges til rette for at sektorovergripende plasseringer blir et reelt alternativ i praksis, i motsetning til i dag, der dette fremstår som den beste løsningen.

Direktoratet mener imidlertid at målgruppen for sektorovergripende plasseringer må vurderes og defineres ytterligere, herunder problembelastning/diagnoser og alder på barna.

Direktoratets anbefaling er i hovedsak i tråd med det første alternativet til tverrfaglig arbeidsgruppe, selv om det er elementer i arbeidsgruppens forslag vi ikke støtter. For eksempel anses det, etter en foreløpig vurdering, ikke hensiktsmessig at noen utvalgte barneverninstitusjoner skal omgjøres til helseinstitusjoner. Ved behov for døgnopphold i psykisk helsevern for barn og unge bør helseinstitusjoner benyttes, også ved sektorovergripende plasseringer.

Når det gjelder det andre alternativet fra tverrfaglig arbeidsgruppe om felles institusjoner, vil ikke direktoratene anbefale at dette prøves ut på nåværende tidspunkt. Dette vil kreve en utredning av både organisatorisk, økonomisk, faglig og juridisk karakter. Det må også tas stilling til hvilke typer institusjoner som skal være grunnlag for videre utredning, for eksempel; institusjoner for akutt og utredning, omsorgsinstitusjoner og/eller atferds- og rusinstitusjoner. Det må også tas stilling til målgruppene, herunder problembelastning/diagnoser og alder på barna som disse institusjonene evt. skal ta imot.

Direktoratene anser det ikke hensiktsmessig å prioritere et slikt arbeid på nåværende tidspunkt. Det foreslås en rekke tiltak for samlet sett å gi bedre helsetjenester til barn i barneverninstitusjoner, og som bør prioriteres i første rekke. Det vises også til rapport om Erfaringer med etablering av felles institusjoner, som understøtter en anbefaling om å ikke prioritere dette nå. Det uttrykkes i rapporten tvil om det bør satses på etablering av felles institusjoner i Norge.[18] Det fremgår at ev felles institusjoner uansett bør kombineres med andre løsninger, som opplæring av personell i barneverninstitusjoner, innleggelse av barnevernsbarn i døgninstitusjoner i psykisk helsevern, nye behandlingsformer i barneverninstitusjoner, og bruk av arenafleksible tiltak fra BUP for å nå flest mulig barn med sammensatte problemer. Ved dette er det rom for ulike samarbeidsmodeller for å sikre et helhetlig og mer integrert tilbud enn i dag. Etter direktoratenes vurdering bør denne kombinasjonen av tiltak prioriteres i det videre arbeid. Ulike samarbeidsmodeller vil også i stor grad innebære «felles» løsninger. Et eksempel på det er Akutten i Sør-Trøndelag, som er basert på et tett

[18] Erfaringer med etablering av felles institusjoner for psykisk helsevern og barnevern, Jim Lurie, NTNU/RKBU, rapport 5/2016

samarbeid innenfor dagens regelverk med bruk av sektorovergripende plasseringer, slik at barn plasseres i døgninstitusjon i psykisk helsevern med hjemmel i barnevernloven. Det utelukkes likevel ikke at det kan bli aktuelt på et senere tidspunkt å vurdere også felles drift av institusjoner.

Direktoratene mener at ovennevnte anbefalinger bidrar til å ivareta barnas behov. Direktoratene vil også her understreke betydningen av satsing på anbefalingen om «Tidlig avdekking og utredning av hjelpebehov».

3.6 Bedre tilgjengelighet til psykisk helsetjenester for barn og unge i kommunen

Mer tilgjengelige kommunale helse- og omsorgstjenester vil kunne bidra til at barns hjelpebehov oppdages på et tidligere tidspunkt enn i dag, og tjenester gis raskere og nærmere der barnet bor. Et oppfølgningsteam i kommunen vil styrke det totale tjenestetilbudet for barn i barnevernet.

Det er gitt positive tilbakemeldinger på anbefalingen.

Anbefaling:

- Etablering av kommunale oppfølgingsteam for barn og unge med sammensatte behov, som også ivaretar oppfølging av barn i barnevernet.
- Benytte rekrutteringstilskudd til psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene for å styrke tjenestetilbudet til barn i barnevernet.
- Øke kompetansen på psykisk helse og rusmiddellidelser i kommunen ved å
    - videreføre og promotere bruk av lønnstilskudd for ansatte som tar videreutdanning ved universiteter og høgskoler innen psykisk helse- og rusproblematikk, eller annen type videreutdanning på tilsvarende nivå, som anses relevant for psykisk helse og rusfeltet.
    - øke bruken av de regionale kompetansesentrene i tilrettelegging av gode tjenester til barn i barnevernsinstitusjoner. Regionale kompetansesentre skal understøtte tjenester som arbeider med barn og unge.

Begrunnelse:

Alle barn skal ha gode og likeverdige helsetjenester fra kommunen

Barn og unge i barnevernet har et stort behov for helsetjenester sammenlignet med andre barn og unge, men kan ofte oppleve en større svikt i tilbudet ved at store og komplekse behov ikke identifiseres og dekkes på en forsvarlig måte.

Tjenestene må anstrenge seg for å forstå barnets signaler og hvordan det gir uttrykk for sine behov. Det må skje en tidlig og grundig somatisk og psykisk vurdering av barnets behov som grunnlag for valg av tiltak. Når barn plasseres på institusjon utenfor hjemkommunen, kan erfaringsoverføringen til ny oppholdskommune være mangelfull. Kommunen må sørge for å overføre informasjon til det stedet barnet flytter. Oversendelsen må inneholde en samlet forståelse og vurdering av barnets

helseutfordringer. Kunnskap om barnets uttrykte behov, og gjennomførte vurderinger og utprøvinger av tiltak, må tas med i grunnlaget for utforming av tilbudet i den nye oppholdskommunen.

Barn og ungdom i barnevernsinstitusjoner har institusjonen som base for omsorg og oppfølging. Kommunen har ansvar for at alle som oppholder seg der tilbys nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Når et barn plasseres i en barnevernsinstitusjon vil institusjonen kunne ligge utenfor opprinnelig hjemkommune. Ny oppholdskommune har da et sørge-for-ansvar for barnet, samtidig som opprinnelig hjemkommune må sørge for at det blir en forsvarlig kontinuitet i oppfølgingen.

Skolehelsetjenesten, helsestasjon for ungdom, fastlegen og psykisk helsetjeneste i kommunen, inkludert psykologer, er eksempler på viktige kommunale tjenester som skal sørge for at barn og unge i barnevernsinstitusjoner gis nødvendig og likeverdig helsehjelp, i samsvar med kommunens lovpålagte ansvar for tjenester.

Barn skal vite hvor de kan få hjelp
For å kunne gi barn og unge i barnevernsinstitusjon et forsvarlig og likeverdig helsetilbud må de kommunale helse- og omsorgstjenestene være synlige og godt kjent. Arbeid, aktivitet- og fritidstilbud og møteplasser for sosialt fellesskap er en viktig del av et helhetlig tjenestetilbud. Barn og unge i barnevernsinstitusjoner må gis reell mulighet til å gi uttrykk for sine behov, få økt kjennskap til det kommunale tjenestetilbudet og vite hvor de kan henvende seg for å få hjelp. Tjenestene og etatene, herunder barnevernsinstitusjonen, må samtidig sørge for å ha oversikt over hvilke tjenester som tilbys i kommunen, slik at de kan sikre rask og god hjelp.

Ved behov skal de kommunale tjenestene henvise til spesialisthelsetjenesten, og de skal fungere som en brobygger mellom de kommunale helsetjenestene og spesialisthelsetjenesten. De kommunale helse- og omsorgstjenestene bør involveres både før, under og i etterkant av en plassering i barnevernsinstitusjon.

Tjenester der barna er
Det er avgjørende at tjenestene oppleves som relevante, tilgjengelige, har tilstrekkelig kapasitet og god faglig kompetanse. Lavterskeltilbud som gis uten henvisning og er lett tilgjengelig der barn og unge ferdes (på arenaer som skole, helsestasjon/ helsestasjon for ungdom og fritidstilbud) kan bidra til at flere oppsøker og mottar nødvendig hjelp.

Kommuner bør etablere lavterskeltilbud utfra kartlagte behov hos barn og unge i egen kommune. Lavterskeltilbud kan for eksempel utvikles i form av tilbud som «Rask psykisk helsehjelp», som består av veiledet selvhjelp, kurs, og/eller individuelle samtaler og psykologer i kommunen. Målet med tilbudet er å forebygge og/eller behandle, slik at problemer ikke utvikler seg.

Gjennom aktivt å identifisere hjelpebehov i egen kommune, har for eksempel Horten kommune etablert mestringsgrupper for jenter som sliter med angst og depresjoner. De har også etablert egne gruppetilbud for gutter i samarbeid mellom pedagogisk psykologisk tjeneste, Familiehuset i Horten og Utekontakten.

Gode tjenester for barn i barnevernet, krever aktiv brukermedvirkning og flerfaglig samarbeid om forståelse av barn og unges situasjon gjennom hele oppfølgingstiden. Det er ikke tilstrekkelig at hver enkelt deltjeneste er forsvarlige. Også det totale tjenestetilbudet må være forsvarlig. En forutsetning for godt flerfaglig samarbeid er at tjenesteutøverne har kunnskap og bevissthet om egen og andre aktørers roller og kompetanse og en tydelig forståelse av hvilket ansvar som følger denne rollen. Det forutsetter en ledelse som legger til rette for og prioriterer flerfaglighet og som har kjennskap til hva de andre aktørene kan bidra med i det tverrfaglige samarbeidet.

Et kommunalt oppfølgingsteam for barn og unge med sammensatte behov vil bidra til å tilrettelegge for et mer koordinert og flerfaglig tjenestetilbud. Teamet vil sammen med barn, unge og deres foreldre kunne bidra til å sikre en systematisk vurdering av det enkelte barns behov for hjelp og tjenester. Basert på denne vurderingen vil det kommunale oppfølgingsteamet være i god posisjon til å gi en fleksibel behandling og oppfølging, i samsvar med LEON prinsippet.

Oppfølgingsteam, med hjelpetjenester for barn og unge, vil kunne tilrettelegge for å koordinere helheten gjennom samarbeid med andre kommunale tjenester/sektorer og spesialisthelsetjenesten, samt ambulerende team for barn- og unge i BUP. Denne samhandlingen mellom tjenestenivåene vil tilrettelegge for kompetanseoverføring. Tjenestene kan ha ulik forståelse til barnas problemer og hva som er rette tiltak. Gjennom samarbeid blir en kjent med hverandre på tvers av tjenestenivåene. Det blir enklere å ta kontakt, og lettere å forstå hverandres perspektiver. Oppfølgingsteamet må knytte til seg og samarbeide med den kompetansen som er nødvendig for det enkelte barn. Her vil fastlegene og spesialisthelsetjenesten være viktige støttespillere for å tilrettelegge for et helhetlig og godt tilbud.[19] En mer tverrfaglig og samlet innsats fra tjenester og aktører er nødvendig for å yte tilstrekkelig hjelp til barn og unge i barnevernsinstitusjon og sikre tidlig hjelp, tilstrekkelig kartlegging, felles vurderinger, oppfølging og behandling, samt videre henvisning der det er behov for dette.

Oppfølgingsteamet vil være en viktig samarbeidspartner for et ambulerende team ved poliklinikkene (BUP) som har et fast personell opp mot barnevernsinstitusjon, og ansatte her bør innlemmes i ambulerende teamet der barn og unges behov tilsier dette. Enkelte kommuner har organisert sitt tjenestetilbud til barn og unge gjennom andre tjenester og tilbud, enn oppfølgingsteam. Der dette er tilfelle vil det være vesentlig at dette tilbudet sikrer et etablert samarbeid med det ambulerende teamet ved poliklinikkene slik at det tilrettelegges for nødvendige hjelpetjenester fra kommunene også der det ikke etableres oppfølgings team.

[19] Primærhelsemeldingen s. 55

Økt kunnskap og kompetanse
Personell som arbeider med barn og unge i kommunen må ha tilstrekkelig kunnskap for å kunne håndtere de utfordringene som barn og ungdom i barnevernet har. Gjennom økt kompetanse og kunnskap om hvor man kan henvise, internt i kommunen og til spesialisthelsetjeneste, vil det i større grad kunne gis rett tjeneste til rett tid. Ved å videreføre og promotere bruk av lønnstilskudd til kommunalt ansatte som tar videreutdanning ved universiteter og høgskoler innen psykisk helse- og rusproblematikk, vil man bidra til dette.

De regionale kompetansesentrene (RKBU/RBUP, RVTS og KORUS) skal understøtte kommuner og spesialisthelsetjenesten i deres arbeid med å utvikle relevante tjenestetilbud for barn og unge. Kompetansesentrene skal være en støtte til tjenestene og blant annet bidra til tjenesteutvikling, opplæring og kvalitetssikring av metoder i tjenestene.

3.7 Samordne og styrke rustilbud for barn og unge

For barn og unge er det viktig at det finnes ulike tilnærminger til rusproblemer og at slike utfordringer oppdages tidlig. Ved at tjenestene samordner sin kompetanse på kommunalt og spesialisert nivå, vil dette bidra til at ungdommene får et tilbud som er mer tilpasset deres behov.

I tilbakemeldingene kom det blant annet frem at det var ønskelig med klarere avgrensning mellom tjenestene i forhold til rusbehandling, større variasjon i tilbudet og et ønske om styrking av rustilbudet i psykisk helsevern for barn og unge.

Anbefaling:

- Direktoratene vurderer sammen med Bufetat og RHFene behandlings- og oppfølgingstilbudet til barn og unge med rusmiddelproblemer/psykiske lidelser, med tanke på å forbedre det samlede tilbudet. Arbeidet må sees i sammenheng med *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020).*

Begrunnelse:
Målsettingen er å sikre bedre ivaretakelse av unge med atferds- og rusmiddelproblemer. Disse blir i stor grad ivaretatt av barnevernet i dag. Men vi har grunn til å tro at mange med rusmiddelproblemer har en underliggende psykisk lidelse og kan ha behov for behandling av samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer (ROP). Unge med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser har kanskje ikke blitt utredet eller diagnostisert ennå eller de kan være feildiagnostiserte (atferd og rus maskerer underliggende problematikk). Det er derfor viktig å sikre gode tverrfaglige rutiner for avdekking og utredning av rusmiddelproblemer.

Det finnes mange ulike hjelpetilbud på ulike nivåer i helsetjenesten og barnevernstjenesten, men det er et spørsmål om de er godt nok tilpasset denne målgruppen. Unge med atferds- og rusmiddelproblemer er en krevende gruppe å nå og de kan være lite mottakelige for det hjelpetilbudet som gis. Det blir derfor viktig å utvikle et tilpasset utrednings-, behandlings- og oppfølgingstilbud til denne gruppen. Et slikt tilbud må utvikles i et tett samarbeid mellom

helsetjenesten og barneverntjenesten. Ett av oppdragene i Opptrappingsplanen for rusfeltet er å vurdere behandlings- og oppfølgingstilbud til grupper som i dag mangler et adekvat tilbud, som barn og unge med rusmiddelproblemer.

Vi har få gode norske studier som viser hvor mange personer i befolkningen som har ROP-lidelser. Oppsummeringer fra befolkningsundersøkelser i Europa og USA, samt annen forskning, viser imidlertid at jo mer alvorlig rusmiddelproblemet er, desto høyere er forekomsten av psykiske lidelser, og jo mer alvorlig den psykiske lidelsen er, desto høyere er forekomsten av rusmiddelproblemer. Rusmiddelproblemer og psykiske lidelser påvirker hverandre gjensidig og krever spesiell oppmerksomhet. Personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser har mulighet til bedring av både symptomer og livskvalitet dersom man koordinerer utredningen og behandlingen av begge lidelsene.

Kunnskapsgrunnlag

"Modeller for rusbehandling. En Kunnskapsoversikt" (Atferdssenteret 2011)er en rapport Bufdir bestilte fra Atferdssenteret, og den gir et bilde av hvilke behandlingsmodeller som er positive, lovende eller under utprøving og dermed aktuelle for å bistå unge med rusmisbruk.

Familie- og nærmiljøfokuserte modeller som Funksjonell familieterapi (FFT), Multisystemisk terapi (MST), Kognitiv atferdsterapi (CBT) og Læringsbasert rusbehandling (CM) viser positive resultater på tvers av grupper, type rusmisbruk, type rusmiddel, komorbide forstyrrelser, alder, kjønn og etniske bakgrunn. Intervensjoner som fokuserer på motivasjon for behandling, for å forebygge frafall og bruke tillærte kognitive og atferdsmessige ferdigheter, samt positive belønningssystemer for å engasjere ungdommen underveis i behandlingsprosessen, utpeker seg som lovende for å fremme gode behandlingsresultater. Dette er metoder som Bufetat har tilpasset og implementert i barnevernet.

Barnevernet har i dag 21 MST team fordelt over hele landet. Fra 2012 har de behandlet ca. 500 ungdommer pr år.

Det finnes i dag fem FFT-team i Norge. Disse finner vi i Bærum, Skien, Stavanger, Sogn og Fjordane og i Sør-Trøndelag.

TFCO (Treatment Foster Care Oregon) er en fosterhjembasert behandlingsmetode for ungdommer i alderen 12–17 år med alvorlige atferdsproblemer. Den er utviklet som et alternativ til institusjonsplassering eller annen gruppebasert plassering. Metoden er den samme som den som tidligere het MTFC (Multidimentional Treatment Foster Care). Atferdssenteret har ansvaret for implementeringen av metoden i Norge i samarbeid med Bufetat. Det er startet to team innenfor Statlig Regionalt Barnevern, lokalisert i henholdsvis Sandvika (Region Øst) og Drammen (Region Sør).

Familie- og nærmiljøbasert behandling vil ikke alltid være virksom for ungdom med rusmiddelproblemer. Når det er aktuelt med institusjonsbehandling, bør den være basert på

personell med tverrfaglig og relevant faglig kompetanse, være systematisk, målrettet og tilrettelagt for ungdom med spesifikke behov, og gjerne integrere virksomme elementer, som bygger på intervensjoner fra behandling. Det gjelder motivasjonsstrategier, belønningssystemer, tilegning av relevante ferdigheter og integrering av familie- og nærmiljøkomponenter. Barnevernet har utviklet to institusjoner som utøver læringsbasert rusbehandling (LBR) og fire MultifunC-institusjoner som driver etter disse prinsippene.

På bakgrunn av arbeidet med retningslinjearbeidet i Helsedirektoratet ble følgende fire hovedanbefalinger valgt på bakgrunn av gjennomgang av forskning på feltet:

- **«Unge med rusmiddelproblemer bør tilbys rask og alderstilpasset behandling og oppfølging tidlig i forløpet.** Ungdomsspesifikke behandlingstilnærminger er særlig viktig da det vil være lettere å behandle tidlig i et behandlingsforløp. Om skadeomfang er utviklet over tid, vil ofte mer omfattende og langvarig behandling være nødvendig. Problemene vil kunne være knyttet til psykiske vansker og/eller familiesituasjonen. I tillegg bør den somatiske helsen vies oppmerksomhet. Kombinasjonen av ung alder og rusmiddelinntak kan medvirke til forhøyet sårbarhet og utvikling av skadelig bruk og avhengighetsproblematikk. Det anses som viktig at denne pasientgruppen får den tiden og fleksibiliteten de har behov for gjennom en sammenhengende behandlingskjede i døgn- og poliklinisk behandling/ambulerende tjenester inkludert aktører som barneverntjeneste og BUP».

- **«Ambulerende tilnærming foreslås for å nå unge med rusmiddelproblemer.** Ambulerende tilnærming kan være et godt tiltak særlig med tanke på å forhindre manglende oppmøte til behandling, etablere en behandlingsrelasjon og for å forebygge frafall i behandling. I etablering av relasjon kan det være sentralt å møte ungdommen der han/hun føler seg mest komfortabel. Unge med rusmiddelproblemer er sårbare og kan ha høy terskel for å møte på en poliklinikk særlig hvis det er første gang, eller er i starten av et forløp. En ambulerende tilnærming hvor begge tjenestenivåer kan være representert vil kunne trygge den unge, og gi rom for en fleksibel tilnærming hvor ungdommens behov lettere vil kunne adresseres. For å nå de yngste vil samarbeid med skole, helsesøster og fritidsmiljøer være særlig aktuelt.»

- **Kartleggingsverktøy som er spesielt utviklet for unge med rusmiddelproblemer bør tas i bruk.** Enkelte kartleggingsverktøy er spesielt utviklet for å kartlegge ungdom. Eksempelvis kartlegger EuroADAD rusmiddelerfaring og problemomfang (rusprofil) i tillegg til å kunne avdekke psykososial profil hos ungdom i institusjonsbehandling. Verktøyet er en ungdomsversjon av EuropASI (Addiction Severity Indeks) og krever sertifisering. En nylig oppsummering av dette verktøyets måleegenskaper finnes her (psyktestbarn.no). Det konkluderes med varsomhet i bruken av instrumentet. Andre kartleggingsverktøy kan også benyttes (rbup.no). Kartlegging vil kunne gi verdifull kunnskap med tanke på utredning og behandlingsutforming.»

- **Det foreslås å tilby familieterapi til unge under 25 år som en del av behandlingen for rusmiddelproblemer**.
  Ungdomsspesifikke behandlingstilnærminger (springer.com) er særlig viktige da det vil være lettere å behandle tidlig i en sykdomsutvikling. Om skadeomfang er utviklet over tid, vil ofte mer omfattende og langvarig behandling være nødvendig. Problemene vil også kunne være knyttet til psykiske vansker og/eller familiesituasjonen. I tillegg bør den somatiske helsen vies oppmerksomhet. Den forskningen som holdt nødvendig kvalitet etter foretatt kunnskapssøk omhandlet svært unge pasienter, dvs. opp til 19 år. Det er særlig de yngste pasientene som vi har grunnlag for å anbefale familieterapi overfor. I vår kultur flytter mange ut av foreldrehjemmet etter 19 år og foreldre utøver ikke samme foreldremyndighet som når barnet bor hjemme og er umyndig.

- Forskningen det er relatert til er 4 manualbaserte metoder:
  - Brief Strategic Family Therapy (BSFT) (drugabuse.gov)
  - Functional Family Therapy (FFT) (atferdssenteret.no)
  - Multi Dimentional Family Therapy (MDFT) (gov.hk, PDF)
  - Multisystemic Therapy (MST) (drugabuse.gov)

Det vil i arbeidet fremover være nyttig å se på hvordan en sammen kan organisere tjenestene for å treffe målgruppens behov. Det kan være behov for å få på plass avtaler og rutiner for samarbeid mellom PHBU, DPS/TSB, kommunale helsetjenester og statlig og kommunalt barnevern. Psykisk helsevern for barn og unge bør få et tydelig ansvar for ungdom opptil 18/23 år med psykiske lidelser. I forbindelse med Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) vil det bli vurdert om det er behov for å etablere flere psykiatriske ungdomsteam (PUT), ROP-tjenester og utvikling av en tverrfaglig spesialisert behandling for barn (TSB-ung).

3.8 Mer forpliktende samarbeidsavtaler

Samarbeid gir bedre tjenester ved behov for både barnevern og helsehjelp, ved at det samlede tjenestetilbudet fremstår helhetlig og samordnet. Dette er sentralt fra barn og unges perspektiv. Et mer forpliktende samarbeid på alle nivåer og en sterkere ledelsesforankring vil bidra til dette, og samtidig gjøre det samlede tilbud mer tilgjengelig. Et mer forpliktende samarbeid mellom sektorene vil også bidra til å avklare forventninger og øke kjennskap til hverandre, noe som er viktig for å lage helhetlige og samordnede tjenester.

Det er gjennomgående gitt positive tilbakemeldinger på anbefalingene om styrket samarbeid.

Anbefaling:

- Det anbefales å benytte nødvendige virkemidler slik at det inngås samarbeidsavtaler mellom barneverntjenestene og helse- og omsorgstjenestene på alle nivåer.
- Det anbefales at det det gis nasjonale føringer for innholdet i avtalene
- Det bør vurderes å innføre lovpålagte avtaler på regionalt nivå mellom regionale helseforetak og Bufetat med krav til innhold i avtalene

Begrunnelse:
Lovgivningen pålegger barneverntjenestene og helsetjenestene å samarbeide på virksomhetsnivå, men angir ikke nærmere hvordan samarbeidet skal etableres og gjennomføres. Det er også i liten grad gitt føringer for hva samarbeidet skal inneholde.

I felles rundskriv Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste anbefaler direktoratene at samarbeidsavtaler og strukturer for samarbeid i regionene videreutvikles, og understøtter lokale samarbeidsavtaler. Det anbefales at det legges til rette for lokale samarbeidsavtaler mellom kommunal barneverntjeneste og psykiske helsetjenester, og tilsvarende for lokale samarbeidsavtaler mellom de enkelte barnevernstiltak (institusjoner) og psykiske helsetjenester.

De regionale helseforetak (RHF) og Bufetats regioner har gjennom flere år hatt et samarbeid på området barnevern-psykisk helse, både på regionalt og lokalt nivå, og dette er dels formalisert gjennom avtaler og faste strukturer for møter mv. Samarbeidet gjelder også barn og unge i barneverninstitusjoner. Også ulike lokale samarbeidsavtaler er etablert eller planlegges etablert, men usikkert i hvilket omfang slike avtaler foreligger.

Tverrfaglig arbeidsgruppe gjennomgikk de regionale avtalene. Gjennomgangen viste bl.a. at avtalene er ulike i form og innhold, synes å mangle tilstrekkelig forankring på ledelsesnivå på de ulike nivåene, er vanskelig tilgjengelig og ofte generelle og lite operative.

Tverrfaglig arbeidsgruppe anbefalte å utnytte samarbeidsavtaler som et langt mer aktivt og strukturert verktøy enn det som er tilfelle i dag. I utredningen fra Haukanes/Søvig påpekes at det kan være nødvendig med lovpålagte avtaler, dersom erfaringer med å legge til rette for forpliktende samarbeidsavtaler ikke fører frem. Et forslag er å hente inspirasjon fra reguleringen helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6.[20] Det vises også til NOU 2016:16 kapittel 8 hvor det foreslås å innføre lovpålagte samarbeidsavtaler på regionalt nivå.

Direktoratene anbefaler på denne bakgrunn, i tråd med anbefalingene fra tverrfaglig arbeidsgruppe, at det benyttes nødvendige virkemidler slik at det inngås samarbeidsavtaler mellom barneverntjenestene og helse- og omsorgstjenestene på alle nivåer.

[20] Helsetjenester i barneverninstitusjoner, Lill Haukanes og Karl Harald Søvig, Universitetet i Bergen 10.06.2016, s. 33

Behovet for et godt og tett samarbeid mellom tjenestene ble også påpekt i Tilsynsrapporten 19. september 2016 om «Ida-saken».

Grensen mellom kommunal og spesialisert behandling er ikke alltid skarp og entydig. Kommunen og spesialisthelsetjenesten må samarbeide om tjenesteutviklingen, og ikke utvikle tjenester uavhengig av hverandre[21]. Tjenestene må sammen sikre at barn og unge og foreldre blir hørt, og at de aktivt tas med i utvikling av tjenestetilbudene. Tjenestene må sees i sammenheng og etableres utfra en felles behovsforståelse[22]. Det kan være betydelige variasjoner i både i kompetanse og kapasitet og i utfordringer og behov mellom kommuner, og nærmere arbeids- og ansvarsdeling bør avklares lokalt. Etablering av formelle samarbeidsarbeidsavtaler, gode rutiner, faste og tilrettelagte samarbeidsarenaer for tverrfaglig samarbeid mellom tjenester og aktører kan legge til rette for et godt samarbeid. Rutiner for samarbeid med spesialisthelsetjenesten kan eksempelvis nedfelles i samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunen, herunder NAV-kontor og kommunenes helse- og omsorgstjenester.

Det er i dag etablert samarbeidsavtaler mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Barne-, familie- og likestillingsdepartementet og mellom Helse- og omsorgsdirektoratet og Barne-, ungdom og familiedirektoratet.

For å sikre et konsistent avtaleverk foreslår direktoratene at det må opprettes/videreføres samarbeidsavtaler på ytterligere tre nivåer:

1. Gjensidig forpliktende avtale mellom de Regionale Helseforetakene og Bufetat region
2. Gjensidig forpliktende avtale mellom lokale helseforetak (PHBU) og barnevernsinstitusjonene i det aktuelle opptaksområdet for BUPene med nødvendige lokale tilpasninger
3. Gjensidig avtale med barneverninstitusjonen og oppholdskommunen for barnevernsinstitusjon.

Når det gjelder punkt 1 bør det vurderes å lovfeste en plikt til å inngå slike regionale avtaler med et nærmere angitt krav til innhold. Lovgivningen stiller krav om at tjenestene skal samarbeide på virksomhetsnivå, men det stilles som nevnt ikke krav om at det skal inngås samarbeidsavtaler. Det er frem til nå benyttet andre virkemidler enn å lovfeste plikt til å inngå samarbeidsavtaler. Vi mener det er behov for å vurdere å innføre lovpålagte avtaler på regionalt nivå for å få tilstrekkelig ønsket effekt og likere praksis nasjonalt.

Det anbefales også at nødvendige virkemidler benyttes for å gi nasjonale føringer om innholdet i avtalene. Det bør legges føringer om at avtalene må inneholde tvisteløsningsordninger som kan

[21] Helse og omsorgstjenesteloven kapittel 6.

[22] Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Helsedirektoratet 2014 s.101

benyttes for å løse uenighet, regulering av økonomisk forhold samt retningslinjer og rutiner for fremgangsmåte ved sektorovergripende plasseringer og tvisteløsning knyttet til dette. Det vises til anbefaling om samarbeid ved behov for døgnopphold i psykisk helsevern. De regionale avtalene bør i utgangspunktet har det samme innholdet, men det må være rom for lokale tilpasninger innenfor rammen av at det skal gis forsvarlig tilbud uavhengig av hvor i landet tilbudet/tjenestene gis.

3.9 Styrke bruken av individuell plan

Individuell plan skal fremme samarbeid, koordinering og medvirkning der barn har behov for hjelp fra flere tjenester. Anbefalingen søker å tydeliggjøre behovet for å harmonisere regelverket og presisere ansvaret knyttet til å etablere individuell plan (utarbeide planen), koordinere tjenestene og for å ivareta barnets rett til å medvirke.

Anbefalingen har fått bred støtte, og det legges vekt på viktigheten av å etablere tiltak som gjør arbeidet med individuell plan dynamisk og «levende». Bruk av elektroniske løsninger trekkes frem som et viktig virkemiddel.

Anbefaling

- Styrke bruken av individuell plan der barn har behov for både barnevern- og helsetjenester.

Begrunnelse

Barn med behov for hjelp fra barneverntjenestene kan ha behov for oppfølging og hjelp også fra andre instanser og tjenester. Av rapporten Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner fremgår det at mange barn i barneverninstitusjon har psykiske lidelser og vansker.[23] Der barn har behov for både barnevern- og helsetjenester er samarbeid mellom barneverntjenesten (den kommunale barneverntjenesten og ev. institusjonen) og helsetjenesten (kommunal/statlig/privat) viktig for at barnet skal få et forsvarlig tilbud. Ofte vil det være nødvendig å samarbeide også med andre tjenester, som for eksempel skole, barnehage, Nav. Utarbeidelse av Individuell plan (IP), og arbeidet som gjøres med utgangspunkt i planen, skal sikre samarbeid, koordinering og brukermedvirkning.

Tverrfaglig arbeidsgruppe anbefaler i sin rapport mer aktiv bruk av IP som virkemiddel for å bidra til bedre samarbeid mellom barnverntjenestene og helsetjenestene der barnet har behov hjelp fra begge tjenestene. Det samme gjøres også i Søvig/Haukanes-utredningen.

Det følger av helse- og omsorgslovgivningen og barnevernlovgivningen at tjenestene har plikt til å tilby IP for pasient/brukere/barn/familier med behov for langvarige og koordinerte tjenester der det er nødvendig for å skape et helhetlig og koordinert tilbud. Planen, og arbeidet med utgangspunkt i

[23] Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner, NTNU/RKBU-Midt, 23.03.2015

planen, skal bidra til et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Utarbeidelse av IP kan kun skje der det foreligger samtykke fra den/de som har myndighet til å samtykke.

Med hjemmel i helselovgivningen er det utarbeidet forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. I forskriften presiseres formålet med IP, pasienter og brukeres rettigheter og tjenestenes plikter, herunder krav til innhold i planen og planprosess. Utdyping av bestemmelsene i denne forskriften er gitt i Helsedirektoratets Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator.

Det er ikke gitt forskrift om IP med hjemmel i barnevernloven. Bufdir har på oppdrag fra BLD utarbeidet utkast til forskrift om IP. Utkastet ble oversendt BLD i august 2016. En forskrift om IP hjemlet i barnevernloven er viktig blant annet for å tydeliggjøre barneverntjenestens ansvar for å utarbeide IP, gjennomføre IP-arbeid og klargjøre innholdet i IP- arbeidet, herunder plikten til å ivareta barnets rett til medvirkning.

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen har det overordnede ansvaret for IP utarbeidet med hjemmel i helselovgivningen. Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven, eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en IP, og at planarbeidet koordineres. Ansvaret for å utarbeide IP etter barnevernlovgivningen er lagt til det kommunale barnevernet. Koordineringsansvaret ligger til barneverntjenesten, men kan ev. overføres til barneverninstitusjonen barnet bor eller til andre tjenester.

Det anbefales å klargjøre hvilken tjeneste som skal ha ansvar for å utarbeide IP og ivareta koordineringsansvaret der det er grunnlag for IP etter både helselovgivningen og barnevernlovgivningen. I veileder om IP utarbeidet av Helsedirektoratet gis det som en anbefaling at koordinerende enhet (hjemlet i helselovgivningen) bør sikre tverrsektorielle rutiner og opplæring, være kontaktpunkt og pådriver for enhetlig praksis på tvers av sektorer.

Etter helselovgivningen skal kommunen tilby koordinator også om pasienten/brukeren takker nei til IP. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte bruker knyttet opp mot helsetjenestene som ytes. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan. Det bør utredes om tilsvarende bør gjelde også for barneverntjenestene.

Helsedirektoratet sendte 26.09.2016 et brev til Helse- og omsorgsdepartementet om en gjennomgang av regelverket for IP og koordinator for å se på om dagens regelverk i tilstrekkelig grad legger til rette for at planen kan sikre en helhetlig koordinering på tvers av fag, nivåer og sektorer.

Etter gjeldende rett er et av vilkårene for at tjenestene skal ha plikt til å tilby IP at barnet har behov for langvarige tjenester. Det fremgår ikke klart, særlig ikke i barnevernlovgivningen, hva som kjennetegner behov for langvarig tjeneste. I Helsedirektoratets veileder utdypes vilkåret om varighet

slik: *«Krav til varighet bør ses i sammenheng med behovet for samordning av tjenestene. Selv om behovet bare strekker seg over noen måneder, eller det er få tjenester, kan behovet for en strukturert planprosess med konkrete mål gjøre at individuell plan er et egnet verktøy. Det ligger i formålet for individuell plan at også behov for tjenester fra andre sektorer hører med i den helhetlige vurderingen.»* Ulik forståelse av vilkåret langvarig kan bidra til at IP- arbeid ikke igangsettes der det er grunnlag for det, og IPIP kan tjene som et viktig virkemiddel for å sikreforsvarlig tjenestetilbud.

Det bør videre vurderes om vilkåret langvarig er hensiktsmessig. Et forsvarlig tjenestetilbud kan betinge et godt samarbeid mellom tjenestene også der behovet kan synes å ikke være langvarig, eller der det er vanskelig å forutsi hvor lenge behovet for hjelp vil være tilstede. Samarbeid ved IP-arbeid tidlig i et hjelpeforløp kan bidra til at barnet ikke vil ha behov for langvarige tjenester, noe som ofte er en målsetning.

Det anbefales at det iverksettes kompetansehevende tiltak for å styrke bruk av IP som virkemiddel for å sikre at barn med behov for hjelp både fra barnevern- og helsetjenestene tilbys forsvarlige tjenester til rett tid. Dette kan f. eks. gjøres ved å utarbeide felles rundskriv og retningslinjer. Mer systematiske kompetansehevende tiltak bør også vurderes. I tillegg bør det vurderes om det skal utvikles e-produkter som kan bidra til å styrke bruken av IP og kvaliteten på IP- arbeidet, som for eksempel elektronisk mal for IP, løsninger der IP kan ligge e-tilgjengelig for involverte osv.

3.10 Avklare juridiske problemstillinger, og vurdere behov for lovendringer

Klare ansvarsforhold og en avklart rettslig situasjon er viktig både for barn og unge, personell og virksomhetene. Hensynet til rettsikkerhet begrunner anbefalingen om å avklare ansvarsforhold og utrede rettslige konsekvenser av at det ytes helsehjelp i barneverninstitusjoner, herunder vurdere behov for lovendringer. Dette kan bidra til at barn og unge med sammensatte vansker ikke faller mellom to stoler, der begge tjenester har et ansvar, og en større forutsigbarhet for alle parter.

I tilbakemeldingene fikk anbefalingen bred støtte.

Anbefaling

- Avklare ansvarsforhold, herunder overlappende ansvarsområder i barnevern- og helselovgivningen og vurdere behov for lovendringer.
- Utrede rettslige konsekvenser av at det ytes helsehjelp i barnevernsinstitusjoner, og vurdere behov for lovendringer.

Begrunnelse

Barnevern- og helselovgivningen regulerer tjenestenes ansvar og oppgaver og barns rettigheter der barn i barneverninstitusjon har behov for helsehjelp. Det reises imidlertid noen juridiske problemstillinger når regelverket skal anvendes f.eks. der det er overlappende ansvar og der det ytes helsehjelp i barneverninstitusjoner.

Direktoratene er enig med tverrfaglig arbeidsgruppe i at det er behov for en bred gjennomgang av de rettslige spørsmålene i skjæringspunktet mellom helsetjenesten og barneverntjenesten. Tverrfaglig arbeidsgruppe begrunnelser sin anbefaling slik: «Et tilpasset regelverk vil kunne sikre tilgjengelige og forutsigbare tjenester for barn, foreldre og personell fra begge fagfelt.»

Direktoratene fikk felles oppdrag om å utrede juridiske problemstillinger knyttet til helsepersonells virksomhet i barneverninstitusjoner, herunder forholdet mellom behandlingsbegrepet i helselovgivningen og barnevernloven. Utredningen er foretatt av Karl Harald Søvig og Lill Haukanes (Søvig/Haukanes-utredningen). Utredningen tar for seg flere juridiske problemstillinger om helsetjenester i barneverninstitusjoner, og bidrar til å klargjøre rettstilstanden på flere områder. I rapporten skisseres imidlertid også problemstillinger som krever videre utredningsarbeid. Nedenfor redegjøres det for problemstillingene direktoratene mener bør utredes nærmere.

Klargjøre ansvarsforhold mellom helse- og barneverntjenesten, herunder overlappende ansvarsområder

Det klare utgangspunktet er at kommunale og statlige barneverntjenester har ansvar for å yte barneverntjenester etter barnevernloven og at kommunale og statlige helse- og omsorgstjenester har ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester etter helselovgivningen.

Der barn har behov for både barneverntjenester og helsetjenester kan det oppstå utfordringer knyttet til hvem som har ansvar for hva. Der barn har behov for hjelphjelp som kan dekkes av både barneverntjenesten etter barnevernlovgivningen og av helse- og omsorgstjenestene med hjemmel i helse- og omsorgslovgivningen, kan det oppstå utfordringer som følge av dobbeltansvaret/ det overlappende ansvaret. Uklare ansvarsforhold og dobbeltansvar kan bidra til uforutsigbarhet og svekket rettsikkerhet.

I rapporten Ansvarsforhold for barn plassert utenfor hjemmet etter barnevernloven med tjenester som hører inn under annet lovverk av Kirsten Sandberg, på oppdrag fra Statens helsetilsyn, pekes det på at dobbeltansvar kan få uheldige konsekvenser. I Søvig/Haukanes-utredningen støttes denne bekymringen.

Et eksempel på et slikt dobbeltansvar er hjelp for rusutfordringer. Barn og unge med rusutfordringer kan ha rett til nødvendig helsehjelp etter helselovgivningen samtidig som tiltak kan ytes etter barnevernlovgivningen, jf. barnevernloven § 4-24 og 4-26. Regelverket om hjelp ved rusutfordringer er ulikt utformet. Et eksempel er muligheten til å bruke tvang for å etablere og gjennomføre hjelpen. Hvilket regelverk hjelpen ytes etter vil følgelig få betydning for muligheten til å benytte tvang, men også innhold til tjenestene, rett til å klage, tilsynsmyndighetens ansvar med videre.

Et annet eksempel er ansvar for barn med nedsatt funksjonsevne som har behov for døgnopphold.

***Helsepersonell ansatt i* barneverninstitusjon**

Barneverninstitusjoner er regulert i barnevernloven og oppgaven til barneverninstitusjonen er å yte barneverntjeneste. I flere barneverninstitusjoner er det ansatt helsepersonell. Dette fører for

eksempel til en uklar rettstilstand når det gjelder å fastslå hva som er helsehjelp når helsepersonell ansatt i barneverninstitusjon utfører ulike handlinger i institusjonen. Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell, jf. helsepersonelloven § 3 tredje ledd. Etter dagens lovverk kan flere handlinger som utøves av helsepersonell ansatt i barneverninstitusjon falle inn under definisjonen handlinger som er helsehjelp. Det er i brev fra Helsedir og Bufdir av 31. januar 2013 konkludert med at Læringsbasert rusbehandling er helsehjelp der behandlingen gjøres av helsepersonell. Det vises også til brev av fra Helsedir av 14. april 2010 der Multisystemisk terapi (MST) ble vurdert som helsehjelp der helsepersonell utførte terapien.

Helsepersonelloven gjelder når helsepersonell yter helsehjelp. Utfordringer ved dette knytter seg særlig til at helsepersonellovens regulering av krav til forsvarlighet, journalføring, medhjelperansvar, taushetsplikt, opplysningsplikt og opplysningsrett er ulikreguleringen av tilsvarende forhold i barnevernlovgivningen.

I rapporten fra tverrfaglig arbeidsgruppe og i Søvig/Haukanes-utredningen foreslås det å vurdere om helsepersonelloven § 25 bør endres slik at helsepersonell kan dele opplysninger med barnevernansatte. Det vises også til NOU 2016:16 om ny barnevernlov, hvor dette foreslås. Direktoratene ser behov for å vurdere i hvilken grad det er hindringer i regelverket for informasjonsutveksling mellom ulike personellgrupper, herunder om forslag knyttet til å endre helsepersonelloven § 25 vil være formålstjenlig.

Reglene om taushetsplikt kan for øvrig generelt oppleves vanskelig tilgjengelig. I Søvig/Haukanes-utredningen løftes dette også frem som et forslag til oppfølging. Direktoratene viser imidlertid til at det som ledd i oppfølgningen av NOVA-rapporten[24] er igangsatt en utredning i regi av Justisdepartementet, hvor reglene om taushetsplikt i forvaltningsloven og særlovgivningen skal gjennomgås og tiltak foreslås, herunder lov- og forskriftsendringer, for å klargjøre, forenkle og hindre utilsiktede forskjeller. Det fremstår derfor hensiktsmessig å avvente denne utredningen før det vurderes om det også er behov for å klargjøre bestemmelsene om helsepersonells taushetsplikt og opplysningsrett.

I helsepersonelloven § 5 åpnes det for at helsepersonell kan bruke medhjelpere. Det oppstår juridiske utfordringer knyttet til at helsepersonell ansatt i barneverninstitusjon som yter helsehjelp kan bruke andre ansatte som medhjelpere for å utøve helsehjelpen. Medhjelpere er underlagt helsepersonellets kontroll. Også der helsehjelp ytes av helsepersonell som ikke er ansatt i barneverninstitusjonen, og der ansatt i barneverninstitusjonen brukes som medhjelper, oppstår juridiske spørsmål knyttet til helsepersonellets og helsetjenestens ansvar opp mot barneverninstitusjonen og den ansattes ansvar som medhjelper etter helsepersonelloven.

[24] Taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt Regelkunnskap og praksis, NOVA rapport nr 3/13

Helsepersonell ansatt i barneverninstitusjoner yter i gitte tilfeller helsehjelp. I slike tilfeller kan det være en utfordring å avklare om virksomhetsansvaret ligger til helse- eller barneverntjenesten. Rettstilstanden her bør avklares, særlig når det gjelder krav til forsvarlighet, barnets rettigheter, institusjonens ansvar og tilsynsmyndighetens ansvar.

Barnets rettigheter der helsehjelp ytes av helsepersonell ansatt barneverninstitusjonen
Pasient- og brukerrettighetsloven gjelder alle som mottar helse- og omsorgstjenester, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1. Det må vurderes hvordan barnets rettsstilling blir i forhold til pasient- og brukerrettighetsloven i de situasjoner hvor det ytes helsehjelp av ansatt helsepersonell i en barneverninstitusjon under rammen av barnevernloven.

Institusjonens ansvar når ansatt helsepersonell yter helsehjelp
Innhold og omfang av virksomhetsansvaret i barnevernlovgivningen reiser også spørsmål når det ytes helsehjelp av helsepersonell ansatt i barneverninstitusjoner.

Et forsvarlighetskrav på individnivå etter helsepersonelloven vil gjelde for helsepersonell som yter helsehjelp også når dette gjøres innenfor rammen av en barnevernsinstitusjon. Et spørsmål er hvordan institusjonen er ansvarlig for helsepersonells virksomhet, eller om kun helsepersonellet selv har et ansvar i henhold til helsepersonelloven på individnivå. Dette er en viktig avklaring også for tilsynsmyndighetene, ved tilsyn med barneverninstitusjoner der helsepersonell yter helsehjelp.

4. ADMINISTRATIVE OG ØKONOMISKE KONSEKVENSER

I det følgende gis en oversikt over forventede økonomiske og administrative konsekvenser av de ulike tiltakene. Her har en primært sett på forventede kostnader. En har ikke vurdert eventuelle gevinster av tiltakene. En har heller ikke vurdert hvordan de ulike tiltakene kan dekkes inn.

Tidlig avdekking og utredning av hjelpebehov

Disse tiltakene må utredes bredere før man kan foreta en analyse av administrative og økonomiske kostnader. Det er usikkert hvordan selve modellen skal utformes. Det er også usikkert hvilken av sektorene som skal bidra med tjenester og personell. I tillegg må det gjøres en analyse av omfang. Det er god grunn til å anta at kostnaden vil bli høy.

Det er igangsatt flere prosjekter hvor det samarbeides mellom tjenestene om utredning av hjelpebehov, som gjennom evaluering vil gi nyttig informasjon om hvordan dette best kan innrettes flere steder i landet. Det vises bl.a. både til prosjektet «Tverrfaglige akuttjenester for barn og unge» i Kristiansand og «Akutten i Nord-Trøndelag». I «Akutten i Nord-Trøndelag» foretas en felles utredning mens barnet har døgnopphold i psykisk helsevern, der det er nødvendig. Begge prosjektene omtales nærmere under punkt 3.5.

Kostnader til utvikling av metode og samarbeidsmodell for tidlig utredning og kartlegging estimeres til ca. 5 mill. i 2017 fordelt på begge direktorater.

«Barnevernslege»

Anbefalingen forutsetter et samarbeid mellom Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Pilotering er ønskelig for å få mer informasjon om eventuelle økonomiske konsekvenser og utfordringer knyttet til implementering av ulike løsninger. Forventet kostnad for piloteringen er 700 000 for 6 måneder med prosjektleder i 20 % stilling.

Hvis piloteringen rulles ut på landsbasis forventer vi en årlig kostnad for «barnevernslege» på 2 mill. Estimatet baserer seg på to månedlig besøk av institusjonene og noe telefontid.

Barnevernansvarlig i PHBU

Pilotene i Helse Sør-Øst er ikke avsluttet og evaluert. Det foreligger således ikke noen konkrete kostnadsanalyser for anbefalingen. Det er derfor valgt å estimere kostnadene for dette tiltaket på basis av funn fra rapporten Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner [25] og SAMDATA 2014[26].

Til veiledning i institusjonene estimeres det et behov for seks nye årsverk på landsbasis som tilsvarer en kostnad på om lag 6 mill kr. Hvis vi tar med i betraktning at barnevernansvarlige vil bidra til å

[25] Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner, NTNU/RKBU-Midt, 23.03.2015
[26] IS-2348, SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2014, Helsedirektoratet, september 2015

avdekke at ytterligere 200-250 flere barn trenger behandling, forventer vi et ytterligere behov på 10 mill. til poliklinisk konsultasjon. Samlet kostnad for anbefalingen knyttet til behandling og veiledning vil dermed være 16 mill.

For å sikre god kjennskap til hverandres ansvarsområder og tjenester, vil det være behov for å heve kompetansen helsetjenesten har om barnevernstjenesten. Det er tatt utgangspunkt i Bufdir sin erfaring med kostnader forbundet med Opplæringsprogrammet. Det antas at det vil trenges ca. 3 mill. til utarbeidelse av informasjonsmateriell og implementering.

Samlet kostnad for hele anbefalingen vil da bli ca. 19 mill kr.

Bruk av digitale verktøy

Det foreslås å legge piloten til et område, der man allerede har videokonsultasjon i bruk i begge tjenestene. Dette vil gjøre at piloten raskt kan settes i gang og det reduserer kostnadene for piloteringen betraktelig, men det vil være behov for prosjektledelse og noe følgeforskning. Kostnadene antas å ligge på om lag 1 mill.

Hvis pilotstudien viser at tjenesten burde rulles ut i hele landet, må det beregnes kostnader til innkjøp av utstyr til barnevernsinstitusjoner og til tilpasning av lokaliteter til videokonferanser. I tillegg forventes det en kostnad knyttet til lisenser for programvaren og til implementering. Det bør opprettes en tilskuddsordning til institusjonene som behov for oppgradering av videoutstyr. Disse forvaltes henholdsvis av Bufdir og Hdir.

Vi har tatt utgangspunkt i at det til sammen er ca. 100 BUPer og PHBUinstitusjoner som mangler videokonferanseutstyr og at dette utstyret koster 40000 pr. stykk, pluss at det er behov for oppgradering av gamle PC. Dette gir en forventet kostnad på om lag 5 mill.

Bufdir må her vurdere hvilke IKT tilpasninger som må gjøres på institusjonene for å tilpasse digitale verktøy i Bufetat før vi kan komme med en kostnadsberegning.

Samarbeid om institusjonstilbud

Det antas at et slikt tilbud vil trenges for 6-10 barn på landsbasis. Målgruppen er ressurskrevende og fordrer mye voksenoppfølging. I henhold til utredningsrapporten fra 2011 – Felles tiltak – Barnevern og psykisk helse[27] foreslås det en bemanning i institusjonen som tilsvarer henimot en voksen pr. barn på ettermiddag i ukedager og i helger. På dagtid er det mindre behov for personell da barna skal gå skole og/eller blir fulgt opp av andre fagpersoner som psykolog og familiekonsulent. I tillegg må det også være personalressurser nok til å sikre mulighet for møter og teamarbeid.

[27] Felles tiltak – Barnevern og psykisk helse - Integrert behandlings- og omsorgstilbud for barn med alvorlige psykiske vansker kombinert med marginal omsorgssituasjon, Bufetat og OUS Senter for psykisk helse barn og ungdom, 04.04.2011

Med utgangspunkt i beskrivelsen av bemanningsbehov i denne rapporten vil de økonomiske konsekvensene ligge på om lag 25 til 42 mill. Estimatet er prisjustert siden 2011.

Det spesialiserte institusjonsbarnevernet videreutvikles og styrkes

Bufdir ønsker gjennom denne anbefalingen å hindre utilsiktede flyttinger samt å gi de unge som er i institusjon best mulig omsorg og hjelp. Dette skal gjøres gjennom økt kompetanse og økt bemanning ved institusjonene. For 2017 vil Bufdir beregne etablering av spisskompetansemiljø for omsorgsinstitusjoner (F3). Dette spisskompetansemiljøet vil foreslås å ha en bemanning på 6 stillinger, med en estimering av 10 mill, hvorav 1 mill. per stilling. Videre styrking av barneverninstitusjoner vil fremmes som eget satsningsforslag for 2018.

Samordne og styrke rustilbud for barn og unge

Anbefalingen går på utredning og vurdering av hvilken utforming som er mest hensiktsmessig. Selve anbefalingen er ikke kostnadsvurdert.
Utredningen kostnadsberegnes til ca. 500 000 i 2017 fra Hdir og 500 000 fra Bufdir.

Mer forpliktende samarbeidsavtaler

Anbefalingen vil ikke ha vesentlige økonomiske eller administrative konsekvenser.

Styrke bruken av individuell plan

Anbefalingen vil ikke ha vesentlige økonomiske eller administrative konsekvenser.
Det bør vurderes om det skal utvikles e-produkter som kan bidra til å styrke bruken av IP, som for eksempel elektronisk mal for IP, løsninger der IP kan ligge e-tilgjengelig for involverte osv.

Bufdir vil vurdere hvordan etatens elektroniske løsninger kan utvikles til dette formålet.

Bedre tilgjengelighet til psykisk helsearbeid i kommunen

Anbefalingen vil ikke ha vesentlige økonomiske eller administrative konsekvenser per nå.

Informasjon og synliggjøring av allerede eksisterende tilbud i kommunen

Oppfølgingsteam er en måte å organisere allerede eksisterende hjelpetjenester for barn og unge på. Dette kan være et tilbud bestående av flere og tverrfaglig tjenester og tjenesteutøvere. Et slikt team kan organiseres uten å foreta større omorganiseringer, ved at det etableres felles samarbeidsstrukturer mellom tjenester, eller det kan befestes gjennom egne felles enheter.

Kostnadene ved en slik omorganisering til oppfølgingsteam kan være å etablere felles arealer, arenaer og evt. felles dokumentasjonssystemer ved oppfølgingsteam, men det er ikke en forutsetning for teamet. På denne bakgrunnen behøver ikke oppfølgingsteam å gi vesentlige kostnader for den enkelte kommune.

Kompetanse

Det er allerede avsatt lønnstilskudd til videreutdanning psykisk helse og rus. Tiltaket vil ikke gi merkostnader. Det er også avsatt midler til lønnstilskudd psykologer og tiltaket vil således ikke gi merkostnader. I budsjettet for 2017 er det foreslått å styrke bevilgningen til rekruttering av psykologer i kommunen med 20 mill, til samlet 165 mill. Styrkingen legger til rette for minst 65 nye årsverk i 2017. Tilskuddet kan benyttes inn i både oppfølgingsteam og lavterskeltilbud. Kompetansesentrene mottar årlige tilskudd i dag og dette vil ikke være et tiltak som gir en merkostnad.

Klargjøre ansvarsforhold og vurdere behov for lovendringer

Det er behov for å utrede nærmere følgende problemstillinger:

- Klargjøre ansvarsforhold mellom helse- og barneverntjenesten, herunder overlappende ansvarsområder
- Helsepersonell ansatt i barneverninstitusjon
- Barnets rettigheter der helsehjelp ytes av helsepersonell ansatt barneverninstitusjonen
- Institusjonens ansvar når ansatt helsepersonell yter helsehjelp

2017 – Kostnad utredninger totalt fra Bufdir for alle fire ca. 1,5 mill.

5. ANDRE RELEVANTE AKTIVITETER I HELSEDIREKTORATET

5.1 Revisjon prioriteringsveileder psykisk helsevern barn og unge, 2015

Prioriteringsveileder psykisk helsevern barn og unge ble revidert i 2015. Det ble omtalt at det skal gis spesiell oppmerksomhet på sårbare grupper, herunder er barn i barnevernet særlig nevnt.

5.2 Hovedtema på BUP leder konferansen, 2015

Både barnevern og BUP feltet er opptatt av at de har en felles utfordring, og samarbeid mellom tjenestene var et hovedtema på BUP leder konferansen i 2015, hvor gode eksempler ble delt.

5.3 Pilotprosjekt i Helse Sør Øst - «barnevernansvarlig» i PHBU

Helse SørØst RHF har i samarbeid med Helsedir etablert et pilotprosjekt med «barnevernansvarlig» rettet mot barneverninstitusjoner ved tre helseforetak i regionen.
Målene er:

- Psykiske lidelser hos barn i barnevernsinstitusjoner oppdages og avdekkes
- Barn i barnevernsinstitusjoner får den helsehjelpen de har behov for
- Man får tilgang til behandling uavhengig av om omsorgssituasjon er uavklart eller ikke
- Hindre brudd i oppfølging av barn /unge henholdsvis fra barnevern og /eller spesialisthelsetjeneste grunnet skifte av oppholdssted
- Kontinuitet sikres fra alle instanser

Forsøket skal evalueres og vurderes som modell for andre helseforetak. En foreløpig evaluering av pilotene gis før sommeren 2017 og sluttrapporten leveres primo 2018.

5.4 Pakkeforløp for psykisk helse, rus og barnevern

Helsedirektoratet har fått i oppdrag i samarbeid med brukerorganisasjoner, regionale helseforetak/relevante fagmiljøer og KS å iverksette et utviklingsarbeid om pakkeforløp både på psykisk helse- og rusområdet.

De overordnete målene for Pakkeforløpene er:

- Gode, sammenhengende og tverrgående pasientforløp for pasienter med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer
- Forutsigbarhet og trygghet for pasienter og pårørende

- Unngå faglig ubegrunnet ventetid for utredning, behandling og oppfølging av pasienter med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer
- Likeverdig tilbud til pasienter og pårørende med psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer uavhengig av hvor i landet de bo
- Bedre ivaretakelse av somatisk helse
- Økt brukermedvirkning og brukertilfredshet

Pakkeforløpet vil bidra til å bedre tjenester innenfor psykisk helse og rus også for barn med tiltak fra barneverntjenesten. Det vises til at et pakkeforløp gjelder utredning av psykiske lidelser hos barn og unge, som startet opp i september 2016. Arbeidsgruppen er i gang og skal levere i løpet av våren 2017. Arbeidsgruppen er bredt sammensatt av fagkompetanse fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Det er også foreslått et felles pakkeforløp for samarbeid mellom barnevern og helsetjenester. Dette kan bidra til å sikre nødvendig helsehjelp og helhetlige og sammenhengende tjenester til barn og unge i barneverninstitusjoner som har sammensatte behov. Et slikt pakkeforløp krever tett samarbeid med barnevernet og det må vurderes om det er Bufdir eller Helsedirektoratet som skal ha hovedansvaret for utarbeidelse og implementering.

Målgruppen for dette pakkeforløp er barn og unge i barneverninstitusjoner. Pakkeforløpet vil blant annet bygge på erfaringer fra tre pilotprosjekter med barnevernansvarlige i BUP. Starttidspunktet er i utgangspunktet fra plassering i institusjonen, men det må vurdere om starttidspunktet bør settes tidligere, i tilfeller hvor det kan være aktuelt med døgnopphold i psykisk helsevern med hjemmel i barnevernloven. En dialog mellom tjenestene er viktig før saken oversendes Fylkesnemnda for å avklare om institusjon i det psykiske helsevern er det riktige faglige tiltaket for barnet og tidsperspektiv for dette, for eksempel for å sikre en forsvarlig utredning før plassering i barneverninstitusjon.

6. ANDRE RELEVANTE AKTIVITETER I BUFDIR

6.1 Midler avsatt til helsesatsing i barnevernet 2016

Som et ledd i arbeidet med å bedre helsetjenester for barn i barnevernet har Bufdir fått bevilget kr. 6 mill til dette formålet i 2016. Disse midlene er benyttet i hovedsak til Opplæringsprogram om psykisk helse rettet mot ansatte ved barnevernsinstitusjoner, og resterende midler er benyttet til følgende prosjekter.

6.1.1 Kunnskapssammenstilling: Rusbehandling til unge 13 – 23 år innenfor barnevern og psykisk helsevern som har rusproblemer eller samtidig rus og psykiatrisk lidelse (ROP).

Det synes som om mange ungdommer med rusproblemer eller samtidig rus og psykiske problemer under 18 år er plassert i barnevernet (NTNU/RKBU midt: Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner) selv om de kvalifiserte for hjelp i innen psykisk helsevern. For å kunne gi disse gruppene et godt tilbud ønsker vi å få en oversikt over hva forskningen sier er de mest effektive tiltak for deres problemområder.

Pr i dag får disse gruppene mange forskjellige tilbud, og ikke alle er basert på hva som kan gi optimal effekt for barnet. Det ønskes utarbeidet en kunnskapsoversikt over effektive behandlingstiltak rettet mot unge med rus og unge med samtidig rus og psykiske problemer (ROP). Heriblant også kunnskap om behandlingsmodeller som er kultursensitive og egnet for ulike grupper av etnisk minoritetsungdom for begge grupper. Hensikten er at barnevernet, spesialisthelsetjenesten eller de to sammen kan møte disse ungdommene med virksomme tiltak/behandlingstilbud (jfr tidligere nevnte helsesatsing).

Forskningen skal danne grunnlag for å systematisere og forbedre tilbudet til disse ungdommene slik at den hjelpen de får ikke er tilfeldig, men basert på forskning. Samtidig, avhengig av resultatene fra forskningen vil den benyttes som et grunnlag i dialogen mellom Hdir og Bufdir (helsesatsingen) for at vi sammen kan møte ungdommene til beste for dem.

Kunskapssammenstillingen gjøres i regi av Seksjon for velferdstjenester – Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet, og er planlagt ferdigstilt i 2017

6.1.2 Studie for å undersøke implementering av ruskomponenten i Læringsbasert rusbehandling (LBR) og behandlingskomponentene i målstyrt miljøterapi (MM)

Dette er et prosjekt som er en del av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratets FoU-arbeid og utviklingen av et kunnskapsbasert barnevern. Formålet med oppdraget er å evaluere implementeringen og praktiseringen av to utviklingstiltak på institusjonsområdet – en modell for rusbehandling; læringsbasert rusbehandling (LBR) og en modell og arbeidsverktøy for systematisk miljøterapeutisk arbeid (Målstyrt miljøterapi).

Læringsbasert rusbehandling (LBR) ble iverksatt i 2010/2011 på to institusjoner på to institusjoner i Norge; Jong ungdomshjem i Bærum og Bjørgvin ungdomssenter i Bergen. En helhetlig

rusbehandlingsmodell på institusjonene er ikke ferdigstilt, men institusjonene er godt i gang med LBR og det kan allerede nå være hensiktsmessig å evaluere implementeringen og praktiseringen av ruskomponenten.

Målstyrt miljøterapi (MM) er et arbeidsverktøy som systematiserer det miljøterapeutiske arbeidet, og som ble iverksatt i Bufetat, region vest i 2010. To institusjoner i Sogn og Fjordane tok metoden i bruk i 2010. Nå har tre nye institusjoner i region vest implementert MM (totalt 5 institusjoner som inkluderer 10 avdelinger og ett enetiltak). Målgruppe for institusjonene er i hovedsak omsorgsplasserte (inkluderer også en institusjon med målgruppe unge med alvorlige atferdsvansker – lav sannsynlighet for fortsatt negativ utvikling). Planen er at flere institusjoner skal ta arbeidsverktøyet i bruk. Direktoratet og region vest ønsker derfor at det skal foretas en implementeringsstudie for å se hvordan de ulike komponenter
er implementert på de 5 institusjonene som allerede er i gang. Målet med MM er å fremme en miljøterapi med god kvalitet med utgangspunkt i ungdommens behov.

6.1.3 Brukerundersøkelse læringsbasert rusbehandling (LBR)

November 2016 er det påbegynt en brukerundersøkelse på de to institusjonene(Jong ungdomshjem i Bærum og Bjørgvin ungdomssenter i Bergen) som driver læringsbasert rusbehandling (LBR) i regi av Bufetat. Man ønsker kunnskap om hvordan brukere som har gjennomført behandlingen opplevde institusjonsoppholdet og hvordan deres situasjon er pr i dag. Dette som en del av direktoratets pågående helsesatsing. Brukerundersøkelsen gjennomføres av HiOA ved Institutt for atferdsvitenskap.

6.1.4 Kunnskapsoversikt over effektive behandlingstiltak/metoder rettet mot barn og unge som a) utøver vold i nære relasjoner (inkludert «peer violence») b) begår seksuelle overgrep og/eller som har krenkende seksuell atferd.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) ønsker en kunnskapsoversikt for å identifisere studier som beskriver effekt av behandlingsmetoder/tiltak for barn og unge som begår vold, seksuelle overgrep og krenkende seksuell atferd. Formålet er å gi barn og unge en så tilpasset og effektiv behandling som mulig.

Gjennom en kunnskapsoppsummering kan direktoratet vurdere hvilke behandlingsmetoder som anses å ha god effekt, og hvilke som ikke har dokumentert effekt. Det vil også være lettere å vurdere hvilke metoder som kan være aktuelle for barnevernet, psykisk helsevern for barn og unge og familievernet.

Kunnskapssammenstillingen gjøres i regi av Seksjon for velferdstjenester – Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet, og er planlagt ferdigstilt i 2017

6.1.5 Bruk av tolk i barnevernet

Barn og unge i institusjoner og omsorgssentre skal sikres forsvarlig omsorg og behandling ved behov. En viktig forutsetning for forsvarlig omsorg og behandling er at barnet forstår informasjonen som blir

gitt og kan gjøre seg forstått. Dersom barnet eller ungdommen ikke kan tilstrekkelig norsk er bruk av tolk nødvendig. Dette er spesielt viktig for at ansatte på institusjonen skal kunne fange opp eventuelle psykiske helseutfordringer hos barnet.

I 2008 utførte IMDi en undersøkelse om bruk av tolk i barnevernet. Undersøkelsen viser at hver fjerde barnevernsansatt opplever at det benyttes tolk for sjelden i forhold til behovet på sitt arbeidssted. Underforbruket er tydeligst i institusjonene. Det finnes også erfaringer med atferdsinstitusjoner som vegrer seg for å ta i mot ungdom som ikke snakker tilstrekkelig godt norsk fordi det fryktes at dette vil vanskeliggjøre behandlingen (særlig ved intensive behandlingsmetoder). Bufdir ønsker mer kunnskap om hvorvidt språkbarrierer hindrer at barn får god omsorg og behandling i institusjonen, og i hvilken grad det benyttes tolk ved behov. Relevante spørsmål vil blant annet være hvorvidt omsorgs- og behandlingsansvaret blir ivaretatt og hvordan institusjonen ivaretar ansvaret for å bidra til at barnet får nødvendig helsehjelp, særlig for psykiske vansker og lidelser. Bufdir ønsker også kunnskap om konsekvenser ved manglende bruk av tolk, og vurdere behov for tiltak.

Bufdir har skrevet kontrakt med NTNU Samfunnsforskning, ved Berit Berg, som nå er i gang med å forske og utrede dette temaet nærmere. Rapport fra forskningsoppdraget er planlagt ferdigstilt i desember 2017.

6.1.6 Prøve ut metode for stressreduksjon blant barn på omsorgssenter mm

Det arbeides med å få i gang inneværende år som er et samarbeidsprosjekt mellom Folkehelseinstituttet (FHI), og Senter for Krisepsykologi (SfK), angående gjennomføring og evaluering av en intervensjon for å redusere traumerelaterte psykiske plager blant barn i omsorgssentre og asylmottak Prosjektet er et lavterskeltiltak som skal øke barns evne til stressmestring Hovedmålsettingen for prosjektet er å implementere metoden Teaching Recovery Techniques (TRT) og evaluere metoden under tre ulike omsorgsbetingelser: 1) barn i omsorgssentre med høyere dekning av barnefaglig ansatte; 2) Mottak for enslige mindreårige, med lavere dekning av barnefaglige ansatte; 3) Ordinære mottak, hvor barna bor med foreldrene sine. Det er noe usikkert om det i første omgang prøves ut innenfor alle nevnte instanser.

En annen målsetning er å fremme etablering av et nettverk av TRT-kursledere i Norge, som kan bidra til opplæring i nye kommuner, slik at TRT kan nå ut til flere asylsøkerbarn og unge også etter at prosjektperioden er ferdig.

TRT er tidligere prøvd ut blant annet i flykningeleire i andre deler av verden, men er ikke tidligere prøvd ut med barn i asylsøkerfasen. Metoden er basert på en strukturert manual, utviklet av representanter for Children and War Foundation (www.childrenandwarfoundation.org) og SfK. TRT manualen tar utgangspunkt i evidensbasert kunnskap om behandling av traumer hos barn, og er utviklet som et primær – og sekundærforebyggende tiltak for barn og unge som har vært utsatt for kompliserte traumer i krigs- og katastrofeområder. Planen er å lære opp en barnefaglig ansatt i de

omsorgssentrene og asylmottakene som deltar i prosjektet og en helsesøster i vertskommunene. Dette vil bidra til kompetanseheving både i omsorgssentre, asylmottak og de lokale helsetjenestene. Både UDI og Hdir stiller seg positive til prosjektet, og UDI har bekreftet at tiltaket kan gjennomføres i asylmottak. FHI har vært i kontakt med omsorgssentre som er positive til å delta i tiltaket.

6.1.7 Medikamentbruk hos barn på barneverninstitusjon

Bufdir ønsker i løpet av inneværende år og komme i gang med en kartlegging av medikamentbruk på barneverninstitusjoner. Hvor mye brukes medisinering, hvem foreskriver disse, hvem administrerer disse mm. Direktoratet er i kontakt med mulig oppdragstaker.

6.2 Andre relevante satsingsområder i Bufdir

6.2.1 Pakkeforløp i barnevernet

Slik Bufdir ser det kan pakkeforløp forstås som en måte å ramme inn det faglige arbeidet på, gjennom å gjøre forutsigbart hvilke prosesser, møteplasser og stoppunkt, og hvilke instanser som skal være engasjert/ knyttet til spesifikke utfordringer/vansker. Anbefalte tidsbruk for definerte deler av pakkeforløpet kan være en sentral faktor i forløpene. Pakkeforløpstenkningen handler vel så mye om hvordan øke samhandling internt og eksternt, og om logistikk, og mindre om styring av det faglige innholdsmessige arbeidet. Innenfor rammen av alle prosesser, må de ulike profesjonenes faglige skjønn benyttes ut fra den enkelte instans mandat.

De overordnende målene for pakkeforløp barnevern er:
- Gode, sammenhengende og tverrgående tilbud/tiltak for barn og familier i barnevernet.
- Forutsigbarhet, trygghet og åpenhet for barn og familier
- Høy faglig kvalitet og likeverdig tilbud til barn og familier uavhengig hvor i landet de bor.
- Økt grad av medvirkning og tilfredshet for barn og ungdom og deres foreldre

Direktoratet konkluderer med at pakkeforløpstekningen kan være nyttig for å styrke kvaliteten i arbeidet med særlig sårbare barn og ungdom i barnevernet. Direktoratet vurderer det hensiktsmessig å arbeide videre med å utvikle pakkeforløp i barnevernet med konkret utgangspunkt i spesifikke og avgrensete prosesser i barnevernssaker, hvor følgende gjør seg gjeldende:

- situasjoner som er komplekse og utfordrende for barn og ungdom
- der barn og ungdom har sammensatte behov
- der barn og ungdom er i eller står overfor ulike former for overganger
- der barnevernets innsats er sentral
- der det er behov for tverretatlig innsats

Det er to konkrete områder direktoratet ønsker å starte ut med planleggingen av utvikling av pakkeforløp innenfor:

- Etablering i fosterhjem: pakkeforløpet inntrer fra beslutning om hvilket fosterhjem er tatt, til de er vel etablert i fosterhjemmet, og omsorgspersonene, nettverket, instansene og systemet er reetablert rundt barnet.
- Barn i akutte situasjoner hvor det vurderes om de må hasteflyttes: fra beslutning om hasteflytting til den akutte situasjonen er avklart og videre tiltak er besluttet og iverksatt.

Koordinatorrollen er en sentral forutsetning for at pakkeforløp skal fungere, og mener at koordinatoren må tilhøre det kommunale barnevernet.

Direktoratet vurderer videre at begrepet pakkeforløp er problematisk, og bør vurderes byttet ut med et begrep som er forståelig og knyttet opp mot hensikten med tiltaket. Direktoratet vil i det videre arbeidet se på en annen begrepsbruk.

Direktoratet vurderer at å videreutvikle pakkeforløp for avgrensede og spesifikke prosesser i en barnevernskontekst vil gi kunne gevinster i form av større forutsigbarhet for alle parter og bedre faglig kvalitet, samt bedre samarbeid, involvering og medvirkning.

Direktorat ser det som en klar fordel om Helsedirektoratet får i oppdrag gjennom tildelingsbrevet fra HOD etter å nærmere avtale bistå direktoratet i arbeidet med de ulike pakkeforløpene.

Det samarbeides også med Helsedirektoratet om et felles pakkeforløp psykisk helse og rus – barnevern. Det er viktig at det er et tett samarbeid mellom Hdir og Bufdir i dette arbeidet.

6.2.2 Nasjonalt kvalitetssystem

For å bidra til en likere og mer kvalitetssikret utøvelse av barnevernfaglig praksis i barneverntjenestene vil Bufdir i 2017 starte utviklingen av et felles kvalitetssystem i barnevernet.

Med «nasjonalt kvalitetssystem» forstås et felles nasjonalt barnevernfaglig system eller struktur som har til hensikt å bidra til en likere og mer kvalitetssikret utøvelse av barnevernfaglig praksis i barneverntjenestene, herunder også avdekking av behov for videre kartlegging og utredninger av psykiske lidelser fra helsetjenesten. Systemet skal sette rammer for, og gi veiledning til, det barnevernfaglige arbeidet som skal utføres. Kvalitetssystemet skal tilby faglig støtte til samtlige av de arbeidsprosesser saksbehandlere går gjennom i en barnevernssak; fra melding mottas, undersøkelse igangsettes, vurderinger og beslutninger fattes til tiltak velges, iverksettes, følges opp og evalueres. Arbeidet med kvalitetssystemet vil starte i 2017 og vil organiseres og driftes av Bufdir. Det vil være nødvendig å knytte tett kontakt med forskere og praksisfeltet. Ved inngangen til 2018 vil en større del av det faglige innholdet i kvalitetssystem være klart, basert på siste og beste tilgjengelige forskning.

6.2.3 Det spesialiserte institusjonsbarnevernet

Det statlige barnevernet har gjennom mange år arbeidet med å spesialisere omsorgs- og endringsarbeidet i barnevernsinstitusjoner for ulike målgrupper. Fortsatt videreutvikling og styrking av det spesialiserte institusjonsbarnevernet sammen med de øvrige foreslåtte anbefalinger, kan bidra til å forebygge psykiske vansker og lidelser samt bedre mulighetene for å komme i posisjon til at barnet kan nyttiggjøre seg helsehjelp.

Bufdir har siden 2004 bestilt, finansiert og formidlet kunnskap om virksomme programmer både for omsorgs- og endringsarbeid.

I 2008 startet direktoratet et systematisk utviklingsarbeid for å bedre kvaliteten på tilbudet i barneverninstitusjoner. I 2010 avleverte en arbeidsgruppe en omfattende rapport med anbefalinger om videre utvikling av institusjonsbarnevernet basert på den best tilgjengelige kunnskapen (Kvalitet i barneverninstitusjoner, Bufdir 2010)[28]. Kunnskapsgrunnlaget er senere videreutviklet. Målgruppedifferensieringen i statlige institusjoner er i stor grad i samsvar med anbefalingene i rapporten. Tilsvarende gjelder for private barneverninstitusjoner gjennom kontrakt.

Arbeidet med å spesialisere omsorgs- og endringsarbeidet i barnevernsinstitusjoner, er basert på kunnskap fra forskning, erfaringer fra praksisfeltet og fra barn og unge og deres familier.
Det statlige barnevernet har blant annet vektlagt kartlegging for riktig tiltaksvalg, differensiering av institusjoner for ulike målgrupper, standardisering av forløp, faglige anbefalinger, retningslinjer for god praksis og utvikling av spisskompetansemiljøer for trygghet og sikkerhet, akutt, veiledning mm, som vesentlige bidrag for å spesialisere omsorgs- og endringsarbeidet ytterligere. Det statlige barnevernet har også i en årrekke implementert og tilpasset familieråd som en del av institusjonsutviklingen.

Metodene som anvendes i barneverninstitusjoner er systemisk og utviklingsøkologisk orientert, og støtter opp under barnets kognitive, emosjonelle og sosiale utvikling. Metodene inkluderer og har fokus på perspektiver som barnets relasjon til familie- og nettverk, barnets venner, fritidsaktiviteter, betydningsfulle andre og skole eller arbeid. Metodene som anvendes i institusjonene legger til rette for medvirkning og har et styrkefokus. De fremmer prososiale ferdigheter og bidrar til etablering av prososiale nettverk. Det er også vesentlig at institusjonen klarer å forhindre en negativ ungdomskultur med negativ og asosial atferd og holdninger. Institusjonen bør derfor også arbeide for å etablere gode holdninger og atferd i hele barnegruppen.

Omsorgsbegrepet i barnevernet har vært diskutert i mange år. Direktoratet har igangsatt et større forskningsprosjekt « Barneverninstitusjoner som arena for omsorg» hvis oppdraget er gitt NOVA/HIOA. Formålet med oppdraget er å framskaffe kunnskap som kan bidra til arbeidet med

[28] https://www.bufdir.no/Bibliotek/Bufdirs_publikasjoner/?q=RAPPORT+FRA+BARNE-%2c+UNGDOMS-+OG%20and%20lko=BUFDIR%20and%20da=2010&num=10&start=0

kvalitetsutvikling av barneverninstitusjoner som arena for omsorg og endring. Kunnskapen som forskningen genererer, vil utgjøre en viktig del av det fagstrategiske arbeidet i direktoratet, og skal bidra til utviklingen av gode tiltak av riktig kvalitet for barn, unge og deres familier. Oppdraget fokuserer på noen områder som etter er relevant for en god omsorg. Aktuelle tema er trygghet og trivsel, medvirkning og innflytelse, kontinuitet i omsorg og områder som fysisk helse.

Direktoratet har samtidig igangsatt et større utviklingsarbeid for å standardisere forløp i statlige omsorgsinstitusjoner, og har på denne bakgrunn gitt Bufetat, region nord to nasjonale oppdrag på fagområdet; etablering av et kunnskapsgrunnlag for differensiering og standardisering av omsorgsplasseringer, samt å utarbeide forslag til standardiserte forløp i omsorgsinstitusjonene (omsorgsplasseringer). Region nord leverer rapport fra arbeidet i desember 2016.

Omsorgs- og endringsmodellen er utviklet over de siste fem årene i tett samarbeid mellom Region nord, RBUP Øst og sør og Universitetet i Washington, USA. Modellen er implementert i alle omsorgsinstitusjoner i regionen, og omfatter med det også alle statlige familiehjem. Modellen søker å tilby god omsorg og virkningsfullt endringsarbeid med høy grad av brukermedvirkning, i et målrettet og godt koordinert forløp. Moduler i modellen er a) bruk av standardiserte kartleggingsverktøy, b) brukermedvirkning og løpende tilfredshetsmålinger, c) ferdighetstrening gjennom endringsarbeid, d) familieintegrert overføring, og e) pre-post effektmålinger. Det pågår en pilot for videreutvikling av modellen i tett samarbeid med 8 kommuner i Nord-Norge, hvor ferdighetstreningen og den familieintegrerte overføringen baseres på systemisk DBT-metodikk (dialektisk atferdsterapi), hvor opplæring og kvalitetssikring skjer i tett samarbeid med psykisk helse.

Omsorgs- og endringsmodellen er slik vi ser det, et godt svar på hvordan man kan ivareta svært mange barn og unge med store omsorgsbehov og alvorlige sammensatte problemer gjennom å videreutvikle egen kompetanse og etablere systematisk samarbeid med psykisk helse i barnevernets institusjoner, uten å måtte gå til det skritt å endre lovverk og etablere fellesinstitusjoner. Kunnskapsgrunnlaget, samt en rekke andre rapporter, viser at en stor del av denne målgruppen i dag enten ikke får virkningsfull hjelp der de er eller blir «kasteballer» mellom barnevern og psykisk helse i et for lite koordinert og samorganisert forløp. Bufdir vurderer å etablere et spisskompetansemiljø for omsorg og endringsarbeid i barneverninstitusjon knyttet til region Nord med en nasjonal funksjon. Barn og unge med svært utfordrende eller alvorlige psykiske lidelser, som utviklede spiseforstyrrelser, psykoser, alvorlig suicidalitet- og selvskadingsproblematikk og/eller alvorlig symtombelastning innenfor autismespekteret, må få spesialisert utredning og behandling i regi av psykisk helse.

Disse forsknings- og utviklingsprogrammene skal også inngå i direktoratets arbeid med å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer for barneverninstitusjonene i Norge. Det er samtidig grunn til og, som tverrfaglig arbeidsgruppe gjør, å peke på interessante og lovende internasjonale tilnærminger og perspektiver, som for eksempel Therapeutic Residential Care for Children and Youth (TRC). Dette

perspektivet var hovedtema for en nylig avholdt internasjonal konferanse i Spania. Det vises for øvrig til oppsummeringen[29], som er et konsensusnotat fra den internasjonale arbeidsgruppen som forsker og arbeider på TRC. Bufdir oppfatter at dette perspektivet i stor grad i varetar det sosialøkologiske perspektivet som ligger til grunn for kvalitetsutviklingen av barneverninstitusjoner i Norge.
Videre har det statlige barnevernet gjennom år utviklet større kompetansehevingsprogram som skal bidra til å møte barn og unge på en traumesensitiv måte[30].

Barnevernet har utviklet to institusjoner som utøver læringsbasert rusbehandling (LBR) og fire MultifunC-institusjoner som driver etter disse prinsippene samt en i Danmark og to i Sverige[31]. Kunnskapsgrunnlag for LBR- modellen er basert på en kunnskapsoversikt gitt av Atferdssenteret i 2011. ("Modeller for rusbehandling. En Kunnskapsoversikt"). Statlig barnevern har også tilpasset og implementert tilsvarende modeller for omsorgs- og endringsarbeid som alternativer til institusjonsopphold. Dette omfatter kunnskapsbaserte hjelpetiltak som: Funksjonell familieterapi (FFT), Multisystemisk terapi (MST), Parent management training (PMTO), Webster Stratton (WS) og Læringsbasert rusbehandling (CM). Felles for disse programmene er at de arbeider med familien i hjemmet. Statlig barnevern har også tilpasset og implementert TFCO (behandlingsfosterhjem). Intervensjoner fokusert på motivasjon for endring, for å forebygge frafall og bruke tillærte kognitive og atferdsmessige ferdigheter, samt positive belønningssystemer for å engasjere ungdommen underveis i endringsprosessen, er gode modeller for å bedre foreldreferdigheter og prososiale ferdigheter hos den unge.

6.2.4 Felles veileder for barnevernet og helse- og omsorgssektoren vedrørende barn og unge med nedsatt funksjonsevne.

Barn og unge med nedsatt funksjonsevne kan ha behov for ulike tjenester fra stat og kommune. Barnet kan ha rett til både statlige spesialisthelsetjenester, kommunale helse- og omsorgstjenester og tjenester etter barnevernloven.

Oppgavefordeling og samhandling på tvers av sektorer og nivå er viktig for å få til et helhetlig og kvalitativt godt tilbud til barn- og unge med nedsatt funksjonsevne. Målet med veilederen er å klargjøre barneverntjenesten og helse-omsorgstjenestens forskjellige roller og ansvar i møte med barn med nedsatt funksjonsevne. Gjennom en avklaring og tydeliggjøring av roller og ansvarsoppgaver ønsker vi å gi et bedre grunnlag for samarbeid mellom sektorene.

[29] Se: http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0886571X.2016.1215755
[30] Se: www.handle-kraft.no og www.handle-kraft.no/vekst
[31] Effektstudien av MultifunC- institusjonene vil foreligge sommeren 2017. Effektstudien utføres av Norges Arktiske universitet i Tromsø(UIT)

7. KORT BESKRIVELSE AV SEKTORENE MED STATISTIKK

7.1 Barnevernet

Barnevernets ansvar og oppgaver følger av barnevernloven med tilhørende forskrifter. Barnevernets oppgave er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. Hjelpen skal bidra til at barn og unge får trygge oppvekstsvilkår.[32] Barnevernet er delt mellom statlig og kommunalt nivå. Kommunene har ansvar for å utføre oppgaver som etter barnevernloven ikke er lagt til et statlig organ[33]. Ansvaret til barneverntjenesten i kommunen omfatter blant annet:

- foreta undersøkelser/utredninger/kartlegginger av barnet og barnets situasjon
- gi råd og veiledning, treffe vedtak om frivillige hjelpetiltak og midlertidige akuttvedtak
- forberede tvangssaker for behandling i Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker (fylkesnemnda)
- iverksette og følge opp barn i tiltak, også når de er plassert utenfor hjemmet

Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat), skal bistå den kommunale barneverntjenesten med plassering av barn utenfor hjemmet. Bufetat har også ansvar for at det til enhver tid finnes et tilgjengelig og tilstrekkelig differensiert fosterhjems- og institusjonstilbud[34].

Tjenester og tiltak som iverksettes etter barnevernloven skal være forsvarlige, jf. barnevernloven § 1-4. Forsvarlighetskravet omfatter både det statlige og det kommunale barnevernet.

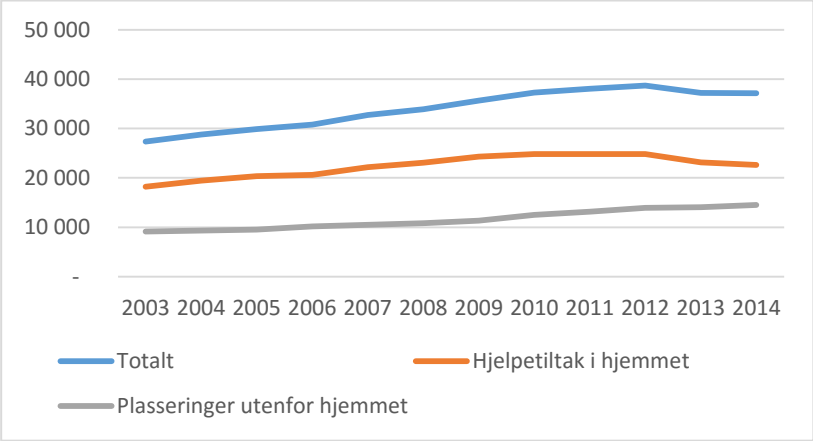
Institusjonen plikter å ha skriftlige rutiner som ivaretar beboerens rett til nødvendig medisinsk tilsyn og behandling, og barn og unge som blir akuttplassert skal tilses av lege før inntak, snarest mulig etter inntak eller senest i løpet av inntaksdøgnet.[35] Rutinene skal være tilpasset institusjonens målgruppe. [36]

7.1.1 Utviklingen i antall barn med hjelp fra barnevernet – det nasjonale bildet

For flertallet som trenger hjelp fra barnevernet, er det tilstrekkelig med hjelpetiltak i hjemmet. De øvrige barna plasseres utenfor hjemmet, enten i barnevernsinstitusjon, i fosterhjem, eller i bolig med oppfølging. Fordi barn og unge kan motta flere tiltak innenfor samme år benyttes tall ved utgangen av året for å vise bruken av de ulike barnevernstiltakene. Figur 1 viser at vel 37 000 barn hadde tiltak fra barnevernet ved utgangen av 2014.

[32] Barnevernloven § 1-1
[33] Barnevernloven § 2-1 første ledd
[34] Barnevernloven §§ 2-3 andre ledd, 5-1 og 5-8
[35] Forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i barneverninstitusjon § 7
[36] Forskrift om krav til kvalitet og internkontroll i barneverninstitusjoner § 8

Figur 1: Antall barn og unge 0-22 år med tiltak fra barnevernet etter tiltakstype ved utgangen av året. 2003-2014 [37]



Kilde: Statistisk sentralbyrå, Barnevern

Av disse mottok 61 prosent hjelpetiltak i hjemmet, mens 39 prosent var plassert utenfor hjemmet. Det vil alltid være flere barn som mottar tiltak i løpet av ett år enn på et bestemt tidspunkt. Over tid har stadig flere barn og unge i Norge fått hjelp fra barnevernet, men antallet har de tre siste årene stabilisert seg på 53 000 i løpet av året. I 2014 utgjorde dette nesten 4 prosent av befolkningen i alderen 0–22 år.

Stadig flere barn og unge plasseres utenfor hjemmet, og veksten må ses i sammenheng med utviklingen blant barn som barneverns-tjenesten overtar omsorgen for. Av barn under 18 år plassert utenfor hjemmet, var 74 prosent under barnevernets omsorg ved utgangen av 2014. Tall fra fylkesnemnda viser at antall barn med omsorgsovertakelse de senere årene har stabilisert seg. Allikevel forventes det at antall barn under barnevernets omsorg vil øke fordi barnevernet i større grad enn tidligere overtar omsorgen for yngre barn som blir værende i barnevernets omsorg over tid. Det er en positiv utvikling at barnevernet griper inn tidligere for barn som lever med omsorgssvikt.

7.1.2 Barn med barnevernstiltak gjennom Bufetat

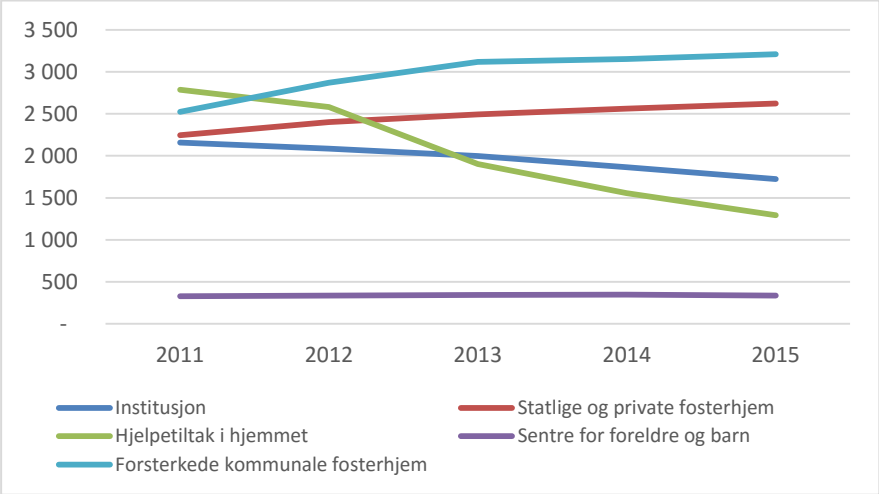
Bufetats ansvar omfatter institusjonsplasser, fosterhjem med særlige rammebetingelser for å gi tilbud til barn med store utfordringer, og et begrenset antall forskningsbaserte hjelpetiltak. Barn og unge som Oslo kommune har ansvar for, er ikke inkludert. Tallene som presenteres her omfatter barn og unge som mottar statlige eller private barnevernstiltak gjennom Bufetat.

Om lag 8 300 barn og unge mottok ett eller flere tiltak gjennom Bufetat i løpet av 2015. Det er noen færre enn året før. Av figur 2 ser vi hvordan fordelingen av antallet barn og unge med ulike tiltak fra Bufetat har endret seg i perioden 2011 til 2015. Den overordnede utviklingen er at det blir flere barn

[37] Grunnet omlegging av statistikken er det et tidsseriebrudd mellom 2012 og 2013

i plasseringstiltak og færre barn med hjelpetiltak. Av plasseringstiltakene økte antallet barn i fosterhjemstiltak i 2015, mens antallet barn i institusjon har gått noe ned

Figur 2: Antall barn og unge med barneverntiltak fra Bufetat etter tiltakstype. 2011-2015



Kilde: Bufetats fagsystem BiRK

At flere barn gis tilbud i fosterhjem mens færre ivaretas i institusjon, er i tråd med overordnede føringer og resultat av en ønsket utvikling. Nedgangen i bruk av Bufetats hjelpetiltak i hjemmet har sammenheng med utfasing av ikke-lovpålagte oppgaver. De hjelpetiltakene som fortsatt settes inn fra Bufetat er kunnskapsbaserte hjelpetiltak som MST, FFT og PMTO. Bufetat fortsetter å opprettholde og videreutvikle spisskompetanse på spesialiserte hjelpetiltak.

Tabell 1: Antall barn i tiltak utenfor hjemmet fordelt på plasseringshjemmel og tiltakstype. Per 31.12.2015

	Totalt	Institusjoner		Fosterhjem		
		Statlige institusjoner	Private institusjoner	Statlige beredskaps-hjem	Statlige familiehjem	Private fosterhjem
Totalt	**2 304**	**394**	**504**	**375**	**459**	**572**
Akutthjemler	**512**	**93**	**50**	**225**	**9**	**135**
Frivillig	**106**	27	13	37	5	24
Tvang	**406**	66	37	188	4	111
Atferdshjemler	**184**	**69**	**107**	**0**	**3**	**5**
Frivillig	**75**	31	36	0	3	5
Tvang	**109**	38	71	0	0	0
Omsorgshjemler	**1598**	**232**	**346**	**149**	**444**	**427**
Frivillig	**372**	94	127	18	78	55
Tvang	**1 226**	138	219	131	366	372
Hjemmel ikke registrert	**10**	0	1	1	3	5

Kilde: Bufetats fagsystem BiRK

7.2 Helse- og omsorgstjenester

Helse- og omsorgstjenesters ansvar og oppgaver følger av helse- og omsorgslovgivningen. Barn og unge har rett til øyeblikkelig hjelp og nødvendig helsehjelp både fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Rett til nødvendig helsehjelp mv. er regulert i pasient og brukerettighetsloven, mens tjenestenes plikt til å sørge for forsvarlige tjenester er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven.

De regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon. Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) dekker primært alderen 0 – 18 år, men hvor påbegynt behandling før 18 år kan videreføres til 23 år. Hovedvekten ligger på poliklinisk aktivitet (BUP), men også ambulant behandling, samt dag- og døgnbehandling, er en del av tilbudet. Helsepersonells yrkesutøvelse er regulert i helsepersonelloven, med bl.a. krav til forsvarlighet, taushetsplikt opplysningsrett/plikt og dokumentasjonsplikt. Det er et krav om at den helsehjelp som gis skal være forsvarlig, både på systemnivå og av det enkelte helsepersonell. Dette gjelder også for helsepersonell som yter helsehjelp innenfor rammen av et barnevernstiltak.

Hvis det ikke foreligger en øyeblikkelig hjelp situasjonen må det som utgangspunkt sendes en henvisning til psykisk helsevern for å få vurdert behov for helsehjelp. Barnevernleder kan henvise til

spesialisthelsetjenesten, men det anbefales en samordnet henvisning med fastlegen.[38] Det er viktig at henvisningen inneholder de nødvendige opplysninger for å vurdere behov for helsehjelp og hvilken helsehjelp som er aktuell, jf. henvisningsveilederen.

BUP vurderer om barnet har rett til nødvendig helsehjelp og benytter Prioriteringsveileder psykisk helsevern for barn og unge som beslutningsstøtte. Barn med tiltak fra barnevernet har samme rett til helsehjelp som andre barn, det foretas en individuell vurdering av behovet. En sårbar omsorgssituasjon kan påvirke barnets psykiske helse negativt, og kan generelt tilsi et økt behov for helsehjelp. En uavklart omsorgssituasjon vil ikke være en grunn til å avslå henvisningen.[39]

Psykiske lidelser må avgrenses mot normale utviklingsvansker, normal omsorgsproblematikk og normale livskriser/"livslidelser". Utredning og behandling må ofte ses som habiliterende, med fokus på tilrettelegging for barnet/ungdommen i familie, barnehage, skole og fritid. Det legges vekt på en god dialog med foreldre, og det er ofte nødvendig å samarbeide med andre tjenester for barn og unge i kommunen, som pedagogisk-psykologisk tjeneste, helse- og omsorgstjenesten, helsestasjoner, fastleger og barneverntjenesten. Når barn og unge bor utenfor hjemmet i fosterhjem eller i institusjon må det også legges til rette for god dialog med fosterforeldre og personell i barneverninstitusjonen.

Ved behov for spesialisthelsetjeneste for barn og unge med samtidige psykiske- og rusmiddelproblemer, skal dette i hovedsak ivaretas av psykisk helsevern for barn og unge. Noen steder finnes også egne polikliniske ungdomsteam som har et særlig fokus på unge med psykiske vansker og rusmiddelproblemer.

I utgangspunktet vil det ikke foreligge rettsgrunnlag til å yte helsehjelp etter helselovgivningen hvis det ikke foreligger samtykke enten fra barnet, foreldrene eller barnevernet, med mindre det er en øyeblikkelig hjelp situasjon. Psykisk helsevern må i slike tilfeller vurdere om det foreligger opplysningsplikt til barneverntjenesten, slik at de kan undersøke og vurdere tiltak etter barnevernloven. Videre kan det vurderes om det er grunnlag for tvungent psykisk helsevern i henhold til psykisk helsevernloven kapittel 3 (aktuelt for barn over 16 år med alvorlig sinnslidelse)

7.2.1 Grunnlagstall om PHBU

Tall fra SAMDATA i 2015 ble 58 234 pasienter behandlet i det psykiske helsevernet for barn og unge noe som utgjør 5,2 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen. Fastlegen står for ca. 60 % av henvisningene til BUP og ca. 10-12 % prosent kommer fra barnevern og sosialtjeneste[40]. Tall fra Norsk pasientregister 2015 viser at over 97 % får vurdert henvisningen sin innen fristen på 10 dager og ca. 99 % hadde oppstartet helsehjelpen innen

[38] Ref. felles rundskriv fra direktoratene om Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste punkt 6.3
[39] Ref. felles rundskriv fra direktoratene om Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste punkt 6.5.
[40] Samdata 2015, Helsedirektoratet IS-2485

fristen på 65 dager. Avhengig av region får mellom 83 % og 98 % av de som henvises innvilget rett til helsehjelp. Ventetidene har gått gradvis nedover de siste årene[41]. Rundt 2000 pasienter mottok et døgntilbud i løpet av 2015 og de hadde 3 000 utskrivninger og 82 000 oppholdsdøgn fordelt på 295 døgnplasser.

Det har vært en økning i antall polikliniske konsultasjoner disse årene (se tabell 2). Dette er i tråd med ønsket om å tilby mer behandling poliklinisk og ambulant. Innen det psykiske helsevernet for barn og unge har det vært en betydelig økning i pasientraten i offentlig virksomhet (drøyt 150 prosent) etter opptrappingsplanens start i 1999. De siste årene har veksten stoppet opp, men fra 2014 til 2015 finner vi igjen en økning. I PHBUs tjenester til barn og unge i 2015 utgjorde hyperkinetiske forstyrrelser (28 prosent), nevrotiske lidelser (25 prosent) og atferdsforstyrrelser (20 prosent) de største gruppene.

Tabell 2. PHBU tall 2010-2015

Tall PHBU	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Antall pasienter BUP i offentlig institusjoner	54 012	54 838	55 582	55 304	55 263	56 162
Antall pasienter BUP totalt (inkl avtalespes) (estimert)	56 240	57 416	57 745	57 380	57 355	58 234
Poliklinisk konsultasjoner BUP	707 118	720 456	729 217	761 435	783 015	817 529
Prosent barnepopulasjon i BUP	5,0	5,1	5,1	5,1	5,1	5,2
Døgnplasser	326	313	301	305	293	295
Oppholdsdøgn per 1000 innbygger BUP	75	69	-	70	72	73

7.2.2 Grunnlagstall kommunale helsetjenester

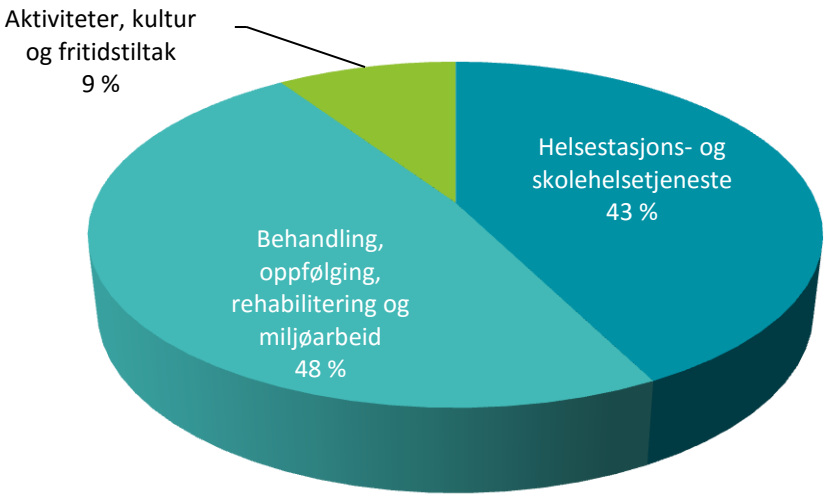
Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 3. Kommunen har et overordnet ansvar for å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Psykisk helsetjeneste for barn og unge er ikke en spesifikk enhet i kommunen, og tilbudet er ulikt organisert i kommuner. Psykiske helsetjenester ytes av flere, og sentrale aktører er fastlege, helsestasjon, skolehelsetjeneste, psykisk helsearbeidere og pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) m.fl.[42]

[41] Ventetider og pasientrettigheter 2015 IS-2448

[42] *Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunen, Helsedirektoratet, IS-1405/2007*

Kompetanse- og utdanningsnivå blant ansatte innenfor kommunale psykisk helse- og rustjenester har styrket seg gjennoms siste femårsperiode. I tjenester til barn og unge var det i 2015 totalt 88 prosent av personellet som hadde relevant høyskole-/universitetsutdannelse. Psykologer inngår i økende grad som faggruppe i kommunenes flerfaglige innsats rettet mot barn og unge, og høy kompetanse blir prioritert i tjenestetilbudene. I perioden 2007-2013 var det en vekst på 51 prosent i antall psykologårsverk i tjenestene. Psykologer/psykologspesialister utgjør nå 9 prosent av samlet årsverksinnsats overfor barn og unge.

I 2015 ble det rapportert 2 702 årsverk i tjenester til barn og unge (IS-24/8, Sintef). Fordelingen på ulike tiltak er vist i figuren under. Tilnærmet halvparten av årsverkene ytes innenfor kategorien *behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid*, og 43 % av årsverkene er innenfor *helsestasjon- og skolehelsetjenesten*. De resterende 9 prosent av årsverkene var lokalisert innenfor ulike *aktiviteter, kultur- og fritidstiltak*.



Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en lovpålagt helsetjeneste som skal ivareta det helhetlige forebyggende og helsefremmende arbeidet rettet mot barn og unge i aldersgruppen 0-20 år. Tjenesten skal gi barn og unge et stabilt og lett tilgjengelig lavterskeltilbud, slik at de får tidlig hjelp eller blir henvist til riktig behandlingsinstans.

En rekke deltjenester er opplistet som lovpålagte deler av det kommunale helse- og omsorgstjenestetilbudet. For eksempel gjelder dette skolehelsetjeneste, helsestasjon og fastlege. Psykisk helsetjeneste er ikke en lovpålagt deltjeneste, men loven fremhever kommunens ansvar for å integrere hjelp for psykiske problemer og rusmiddelproblemer i det ordinære tjenestetilbudet. Uansett hvordan kommunen velger å organisere sine tjenester må hjelpen organiseres på en slik måte at det sikres tilstrekkelig kompetanse og kvalitet i tilbudet, herunder et tverrfaglig perspektiv som sikrer helhetlige tjenestetilbud. Stadig flere kommuner velger å ha felles enhet/avdeling/team

for sine psykisk helse- og rustjenester, som en del av det ordinære tjenestetilbudet. I 2013 hadde 59 prosent av landets kommuner valgt en slik organisasjonsform for tjenestene. 25 prosent av kommunene har organisert det psykososiale tjenestetilbudet til barn og unge i en enhet/tjeneste for psykisk helsearbeid. Ca. 50 prosent av landets kommuner, og nesten alle de store byene, har etablert integrerte kommunale tjenester for barn og unge, ofte i form av samarbeidsmodeller som Familiens hus eller Familiesenter. De resterende 25 prosent av kommunene har andre organisasjonsformer.

Enhver som er bosatt i en norsk kommune har rett til å stå på liste hos en fastlege. En av intensjonene med fastlegeordningen er å sikre kontinuitet i forholdet mellom fastlege og pasient, slik at legen kan følge personer gjennom et livsløp. Statistikk fra SSB viser at barn og unge 0-19 år i gjennomsnitt hadde 1,44 konsultasjoner hos fastlegen i 2015. Gjennomsnittlige antall konsultasjoner har holdt seg stabilt i perioden 2012-2015.

Tabell 3: Antall konsultasjoner hos fastlege

	Antall konsultasjoner hos fastlege			
	2012	**2013**	**2014**	**2015**
0-5 år	690 114	655 223	669 144	642 545
6-15 år	696 761	691 427	723 689	725 116
16-19 år	422 977	419 852	435 052	443 246
Totalt	1 809 852	1 766 502	1 827 885	1 810 907
Konsultasjoner per person	**1,45**	**1,41**	**1,45**	**1,44**

Kilde: SSB/KOSTRA

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et viktig lavterskel helsetilbud for barn og unge. I Ungdataundersøkelsen fra 2016 oppgir 29 % (ungdomsskoletrinnet) og 35 % (videregåendetrinnet) at de har benyttet seg av helsesøster eller skolelege i løpet av det siste året. I samme undersøkelse oppgir 17 % (ungdomsskoletrinnet) og 9 % (videregåendetrinnet) at de har benyttet seg av tilbudet om helsestasjon for ungdom.

Referanseliste

Ansvarsforhold for barn plassert utenfor hjemmet etter barnevernloven med tjenester som hører inn under annet lovverk. Kirsten Sandberg, på oppdrag fra Statens helsetilsyn 2015

Children At Risk Evaluation, forskningsprosjekt ved Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

«Dei forsto meg ikkje» Tilsynsrapport Fylkesmennene i Hordaland, Rogaland og Troms, 19.09.2016.

Erfaringer med etablering av felles institusjoner for psykisk helsevern og barnevern. Jim Lurie, RKBU Midt/NTNU 2016

Felles tiltak – Barnevern og psykisk helse - Integrert behandlings- og omsorgstilbud for barn
med alvorlige psykiske vansker kombinert med marginal omsorgssituasjon, Bufetat og OUS Senter for psykisk helse barn og ungdom, 2011

Fremtidens kunnskap- og kompetansesentre – en tjeneste for tjenestene. Sluttrapport og anbefalinger fra Kompetanse og kvalitetsutvalget 2016

Generell kommentar nr. 15 (2013) om barns rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandarden, FNs komite for barns rettigheter og Helse på barns premisser, Barneombudets fagrapport 2013

Grenseløs omsorg – om bruk av tvang i psykisk helsevern og barnevern. Fagrapport fra Barneombudet, 2015

HandleKraftVekst - et vekst- og vedlikeholdsprogram for å opprettholde Handlekraftkompetansen utviklet av RVTS Sør på vegne av Bufdir. 2016

Prosjektplan for pakkeforløp psykisk helse og rus, Helsedirektoratet

Helsetjenester i barneverninstitusjoner. Jannike Kaasbøll, Anne Karen Aanonli, SINTEF 2015

Helsetenester i barneverninstitusjonar. Lill Haukanes og Karl Harald Søvig, UiB, Det juridisk fakultet, 2016

Kvalitet i barneverninstitusjoner, Bufdir 2010

Mental Disorders in Foster Children, a Study of Prevalence, Comorbidity and Risk Factors. Dotoravhandling. Stine Lehmann, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, University of Bergen, 2015

Modeller for rusbehandling. En kunnskapsoversikt. Christine Hassel Kristoffersen, Per Holth og Terje Ogden. Atferdssenteret, april 2011

Mytar og anekdotar eller realitetar? Barn med tiltak frå barnevernet og tenester frå psykisk helsevern for barn og unge Ei kunnskapsoppsummering. Statens helsetilsyn. (2012). *Rapport 5/2012* Helsetilsynet.

Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)

Rapport fra tverrfaglig arbeidsgruppe. Hdir, Bufdir 2015

Resultater fra forskningsprosjektet psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner- NTNU Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, Psykisk helse og barnevern, 23. mars 2015

SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2014. Helsedirektoratet 2015

Samhandling og samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern – en kunnskapsoversikt, RKBU Nord 2014

Therapeutic Residential Care for Children and Youth: A Consensus Statement of the International Work Group on Therapeutic Residential Care. James K. Whittaker (USA) m fl. 2016

Taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt
Regelkunnskap og praksis. Elisabeth Gording Stang, Hilde A. Aamodt, Sidsel Sverdrup, Lars B. Kristoffersen & Aina Winsvold. NOVA Rapport 3/2013

Tilsynsrapport fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus, 22.06.2015

Ungdommer i barneverninstitusjoners erfaringer med bruk av fastlegeordning, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Nanna S. Kayed og Thomas Jozefiak, RKBU Midt/NTNU 2015

Ventetider og pasientrettigheter 2015 IS-2448

ÅRSRAPPORT 2015, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet 2015

NOU/MELDINGER/PROP
NOU 2009:22 Det du gjør, gjør det helt (Flatø utvalget)

NOU 2016:16 Ny barnevernslov. Sikring av barnets rett til omsorg og beskyttelse

Meld.St.26 (2014 – 2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, HOD 2015

Prop 106 L (2012-2013) Endringer i barnevernloven, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet

Lover
Lov 17 juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester (barnevernloven). Barne- og likestillingsdepartementet

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Helse- og omsorgsdepartementet, LOV-2015-12-11-97

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Helse- og omsorgsdepartementet, LOV-2015-12-11-97

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Helse- og omsorgsdepartementet, LOV-2016-05-20-10

Lov om spesialisthelsetjenester m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) Helse- og omsorgsdepartementet, LOV-1999-07-02-61

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), Helse- og omsorgsdepartementet, LOV-1999-07-02-62

Forskrifter
Forskrift om medvirkning og tillitsperson 1. juni 2014 nr 697

Forskrift om fastlegeordning i kommunen, Helse- og omsorgsdepartementet, 2012 hefte 10

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
Helse- og omsorgsdepartementet2011 hefte 13

Forskrift om krav til kvalitet og internkontroll i barneverninstitusjoner. Barne- og likestillingsdepartementet.

Forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i barneverninstitusjon. Barne- og likestillingsdepartementet.

Retningslinjer og rundskriv
Retningslinjer om helseansvarlig i barneverninstitusjon og omsorgssenter for enslige mindreårige asylsøkere.

Rundskriv om Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste. IS-nummer-11/2015

Veiledere
Henvisningsveileder: Nasjonal veileder for henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet 2015

Prioriteringsveileder - Psykisk helsevern for barn og unge Helsedirektoratet 2015

Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunen, Helsedirektoratet, IS-1405/2007)

Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Helsedirektoratet 2015

Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Helsedirektoratet 2014