

Mytar og anekdotar eller realitetar?
Barn med tiltak frå barnevernet og tenester
frå psykisk helsevern for barn og unge

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene



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

November 2012

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)
ISBN: 978-82-90919-51-3 (elektronisk)
ISBN: 978-82-90919-52-3 (trykt)

Denne publikasjonen finnes på Helsetilsynets nettsted
www.helsetilsynet.no

Design: Gazette
Trykt og elektronisk versjon: 07 Gruppen AS

Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway
Telefon: 21 52 99 00
Faks: 21 52 99 99
E-post: postmottak@helsetilsynet.no

Forkortingar

ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder	NOU Noregs offentlege utgreiingar
BLD Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet	NOVA Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
BFE Barne- og familieetaten i Oslo	NPR Norsk pasientregister
Bufdir Barne-, ungdoms- og familie-direktoratet	PHBU Psykisk helsevern for barn og unge
Bufetat Barne-, ungdoms- og familie-etaten	PPT Pedagogisk-psykologisk teneste
BUP barne- og ungdomspsykiatri; barne- og ungdomspsykiatrisk poli-klinikk	RBUP Regionsenter for barn og unges psykiske helse
BUS Barnevernets utviklingssenter	RegRot Register for Rettighetsklager og Tilsynssaker
CBCL Child Behavior Checklist	RKBU Regionalt kunnskapssenter for barn og unge
CGAS Children's Global Assessment Scale	SDQ The Strengths and Difficulties Questionnaire
HF Helseføretak	SSB Statistisk sentralbyrå
HOD Helse- og omsorgsdepartementet	YSR Youth Self Report
Helsedir Helsedirektoratet	
NESTOR Nettbasert System for Tilsyns- Og Rettighetssaker, fagsystem i Statens helsetilsyn	
NIBR Norsk institutt for by- og region-forskning	
NTNU Noregs teknisk-naturvitskaplege universitet i Trondheim	

Innholdsoversyn

Forkortingar	3
1 Samandrag	9
Manglande kunnskap	9
Tilvisingar av barn med tiltak frå barnevernet.....	10
Samarbeidsutfordringar.....	10
Kunnskap frå tilsynserfaringar.....	10
Mykje er foreslått, men oppfølging av mange framlegg er ikkje avgjort eller sett i verk.....	11
Har barn med tiltak frå barnevernet vanskelegare tilgang til PHBU enn andre barn og unge?	11
2 Mytar og anekdotar eller realitetar?	12
3 Kunnskapsinnhenting med «tilsynsbriller»	13
3.1 Utval og metode.....	13
3.2 Bruk av kunnskap frå tilsynserfaringar.....	14
4 Kommunalt og statleg barnevern	15
5 Kva veit vi om barn og unge med tiltak frå barnevernet?	16
5.1 Talet på og prosentdelen av barn og unge med barnevernstiltak.....	16
5.2 Grunnlag for å setje i verk tiltak frå barnevernet.....	17
5.3 Oppsummering kapittel 5.....	17
6 Kva veit vi om omfanget av psykiske lidningar hos barn og unge med og utan tiltak frå barnevernet?	18
6.1 Overslag over psykiske lidningar hos barn og unge	18
6.2 Omfang av psykiske lidningar hos barn og unge med tiltak frå barnevernet .	19
6.3 Psykiske vanskar hos heimebuande barn med tiltak frå barnevernet.....	19
6.4 Psykiske problem hos barn plasserte utanfor heimen	20
6.4.1 Psykiske problem hos barn i fosterheim	20
6.4.2 Psykiske problem hos barn og unge i barnevernsinstitusjonar	21
6.5 Oppsummering kapittel 6.....	24
7 Kva veit vi om tilvisingar til PHBU for barn med og utan tiltak frå barnevernet?	25
7.1 Kven tilviser til PHBU?	25
7.2 Tilvisingsgrunnar for barn og unge til PHBU.....	26
7.3 Kva veit vi om avslag av tilvisingar?.....	27

7.4 Blir avviste tilvisingar til PHBU grunngitte med uavklart omsorgssituasjon og/eller manglande motivasjon?.....	28
7.5 Oppsummering kapittel 7.....	29
8 Kva veit vi om talet på barn og unge med og utan tiltak frå barnevernet som får behandling frå PHBU?.....	31
8.1 Talet på barn og unge som får behandling i PHBU	31
8.2 Barn og unge i PHBU som også får tiltak frå barnevernet	31
8.3 Oppsummering kapittel 8.....	32
9 Kva veit vi om samarbeid mellom barnevern og PHBU?	34
9.1 Ulike perspektiv på samarbeidsutfordringar	34
9.2 Kva kan barnevernsstatistikken seie om samarbeidet mellom barnevern og PHBU?	36
9.3 «Verden ser ulik ut avhengig av hvor man befinner seg i tjenestesystemet, og hvordan man definerer problemet»	36
9.4 Samarbeid slik dei tilsette ser det.....	37
9.5 Samarbeid slik brukarane ser det	38
9.6 Betre enn før, men framleis utfordringar	38
9.7 Oppsummering kapittel 9.....	39
10 Status for sentrale utgreiingar og tiltak	40
10.1 NOU 2009:22 Det du gjør, gjør det fullt og helt. Bedre samordning av tjenester til utsatte barn og unge	40
10.2 Kvalitet i barnevernsinstitusjonar	41
10.3 «Sammen for barn og unge»	41
10.4 Rapport frå barnevernspanelet	42
10.5 Evaluering av barnevernsreforma	42
10.6 Strategi for den psykiske helsa til barn og unge	42
10.7 Oppsummering kapittel 10.....	43
11 Tilsynserfaringar	44
11.1 Oppsummeringsrapportar frå landsomfattande tilsyn	44
11.1.1 Utsette barn og unge – behov for betre samarbeid. Landsomfattande tilsyn i 2008	44
11.1.2 Kommunalt barnevern – undersøking og evaluering. Landsomfattande tilsyn 2011	44
11.2 Revisjonsrapportar frå tilsyn utførte av fylkesmennene etter lokal prioritering og risikovurdering	45
11.3 Samtalar med tilsette hos fylkesmennene	45
11.4 Tilsynssaker om psykisk helsevern for barn og unge behandla av Statens helsetilsyn.....	46
11.5 Klager til Fylkesmannen på rett til nødvendig helsehjelp	46
11.5.1 Gjennomgang av saker i to fylkesmannsembete	46
11.6 Klager til Fylkesmannen om ulovlege forhold i barnevernstenesta.....	48
11.7 Årsrapport 2011 frå Fylkesmannens tilsyn med barnevernet	51
11.8 Oppsummering kapittel 11.....	52
12 Tilsynsmessige vurderingar	53
12.1 Barn med tiltak frå barnevernet og tilgang til PHBU	53
12.2 Behov for meir kunnskap.....	54
12.3 Barn med tiltak frå barnevernet med psykiske vanskar: Får dei den hjelpa dei treng frå kommunalt barnvern?.....	55
12.4 Får barn med psykiske lidingar god nok hjelp i barnevernsinstitusjon?	56
12.5 Samarbeidsutfordringar eller manglande tilbod?.....	56
12.6 Samarbeidsutfordringar eller systemhindringar?	57
12.6.1 Tydeleggjering av samarbeid.....	58
12.6.2 Samarbeidsproblem eller strukturproblem?.....	59

13 Forslag til tiltak frå Statens helsetilsyn.....	60
14 Referansar	62
Čoahkkáigeassu	65
English Summary	66

Tabellregister

Tabell 1: Tilvisingsdata psykisk helsevern barn og unge helseføretak A.....	27
Tabell 2: Tilviste med og utan barnevernsstatus i helseføretak B	27
Tabell 3: Avslag med og utan barnevernsstatus helseføretak A	28
Tabell 4: Avslag med og utan barnevernsstatus helseføretak B	28
Tabell 5: Nokre typar barnevernstiltak 2007–2009	36

1 Samandrag

Er det slik at barn med tiltak frå barnevernet har vanskelegare tilgang til psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) enn andre barn og unge? Statens helsetilsyn ønskjer med denne rapporten å oppsummere kunnskap frå statistikk, forskning/utgreiing og tilsynserfaringar for å kaste lys over om barn med tiltak frå barnevernet får dei tenestene frå PHBU dei har behov for og rett til, om dei blir avviste i større grad enn andre barn og unge, eller om tenestetilbodet er mangelfullt.

Manglande kunnskap

Arbeidet med denne rapporten har avdekt at vi ikkje har gode data verken om omfanget av psykiske vanskar, psykiske problem eller psykiske lidingar hos barn med tiltak frå barnevernet, kva slags hjelp dei treng, eller kva slags tilbod dei får. For å finne relevant kunnskap som kunne kaste lys over problemstillinga vår, har vi gått gjennom ei rekkje kjelder. Vi har søkt etter relevant kunnskap i barnevernsstatistikken frå Statistisk sentralbyrå og Aktivitetsdata frå psykisk helsevern for barn og unge frå Norsk pasientregister. Vi har søkt gjennom artiklar, rapportar og utgreiingar om barnevern og PHBU, og har kontakta forskarar og tilsette i offentleg forvaltning, tilsette i kommunalt barnevern og tilsette ved to helseføretak. Vi har også gått gjennom ei rekkje kjelder med tilsynserfaringar.

Gjennomgangen vår av ulike kunnskapskjelder viser at mange barn og unge med tiltak frå barnevernet også treng tenester frå PHBU. Kor mange dei er, veit vi ikkje. Dei studiane som ligg føre om omfang av psykiske vanskar, psykiske problem eller psykiske lidingar hos barn med tiltak frå barnevernet, tyder på at problemomfanget er større for barn med frivillig eller tvungen plassering – både i fosterheimar og i barnevernsinstitusjon – enn for barn som bur heime. Vi veit vidare at det totale talet på barn og unge som får behandling frå PHBU, har vakse. Men kor mange av desse som barnevernet òg har sett i verk tiltak overfor, veit vi ikkje sikkert. Det materialet vi har gått gjennom, tyder på at prosentdelen barn med tiltak frå barnevernet er høgare i PHBU-institusjonar enn i poliklinikkar.

Barn og unge som «fell mellom stolane» i tenesteapparatet er viktige, og vi må sjå dei. Kvart enkelt barn og familien må få den hjelpa dei treng. For å vurdere relevante tiltak på systemnivå er det likevel viktig å vite meir om omfanget av problemet, og om nasjonale verkemiddel er innretta slik at dei tek hand om dei behova desse barna har for ei forsvarleg omsorg og behandling.

Vi rår derfor ansvarlege styringsorgan til å prioritere vidare kunnskapsutvikling om psykisk helse og behov for tenester hos barn med tiltak frå barnevernet som bur heime eller i fosterheimar.

Tilvisingar av barn med tiltak frå barnevernet

Mistanke om åtferdsforstyrningar, mistanke om depresjon og mistanke om angst utgjorde tre fjerdedelar av tilvisingsgrunnane for nytilviste pasientar til PHBU i 2010 og 2011. Tilvisingsdata frå eitt helseforetak viser at tilvisingsgrunnane er dei same for barn med og utan tiltak frå barnevernet ved dette helseforetaket.

Tilvisingsdata for tre år frå to helseforetak – totalt 12 000 tilvisingar – viser at enkelte tilvisingar av barn både med og utan tiltak frå barnevernet blir avslått av PHBU. Dersom vi skal byggje på materialet frå desse to helseforetaka, kan vi ikkje dokumentere at tilvisingar av barn med tiltak frå barnevernet blir avviste oftare enn andre barn.

Barnevernsleiar har formell tilvisingsrett til PHBU. Dette kjem ikkje tydeleg fram i regelverket, men «Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge» viser til «Forskrift om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak». Her går tilvisningsretten fram indirekte.

Kommunalt barnevern kjem fram som tilvisande instans i relativt få tilvisingar. Vi har ikkje grunnlag for å hevde at manglande tilvisingar frå barnevernstenesta til PHBU kjem av at barnevernstenesta ikkje er kjend med at dei har dette myndet. Men vi vil rå til at tilvisingsmyndet til PHBU blir synleggjort i regelverket for barnevernstenesta og spesialisthelsetenesta – under dette den retten barnevernstenesta skal ha til å tilvise til tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.

Samarbeidsutfordringar

Det ligg føre fleire rapportar frå større og mindre prosjekt, utgreiningar og forsøk om samarbeid mellom barnevern og PHBU dei siste ti åra. Samarbeidsutfordringar blir analyserte ut frå ulike perspektiv, og det ligg føre fleire større

og mindre framlegg om tiltak. Materialet vårt gir ikkje grunnlag for å hevde at samarbeidsutfordringar fører til at barn med tiltak frå barnevernet får dårlegare tilgang til tenester frå PHBU enn andre barn og unge.

I gjennomgangen vår av litteratur og enkeltsaker hos tilsynsorganet finn vi eksempel på barn, unge og deira føresette som treng hjelp som ingen i dag har ansvar for å tilby eller utvikle. Vi sluttar oss til framlegga om å vidareutvikle ulike samarbeidsmodellar og ein felles institusjon for dei med lågt psykososialt funksjonsnivå. Bebuarar i barnevernsinstitusjonar er ei samansett gruppe. Vi oppmodar Helse- og omsorgsdepartementet og Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet til å vurdere behovet for å prøve ut institusjonar med eit heilskapleg omsorgs- og behandlingstilbod også for andre barn og unge med samansette problem.

Vi vil også rå dei to departementa til å vurdere korleis kompetansen om barn med samansette problem kan aukast, og eventuelt spele dette inn for Kunnskapsdepartementet.

Kunnskap frå tilsynserfaringar

Ved gjennomgangen av tilsynserfaringar finn vi eksempel på samarbeidsutfordringar i fleire kjelder. Vi har funne enkeltsaker der barn, unge og deira føresette opplever at dei ikkje får den hjelpa dei sjølv meiner dei treng, verken frå barnevernet eller PHBU.

Dei enkeltsakene vi har gått gjennom, viser barn, unge og familiar med vanskelege livssituasjonar og omfattande problem. Sakene var kompliserte, med store utfordringar og mange involverte. Sjølv om ulike tenester var involverte, ofte over fleire år, såg det ut til at ansvaret heller blei skuva mellom dei ulike tenestene enn at nokon tok på seg eit hovudansvar eller at fleire tenester prøvde å løyse problema i fellesskap.

I fleirtalet av dei sakene vi gjekk gjennom, fann ikkje Fylkesmannen at

det var brot på dei aktuelle lovkrava. Fleire fylkesmenn har likevel uttrykt uro for om barnevernsinstitusjonane gir eit godt nok tilbod til barn med psykiske problem, åtferdsvanskar eller rusproblem.

Mykje er foreslått, men oppfølging av mange framlegg er ikkje avgjort eller sett i verk

Det ligg føre fleire rapportar frå sentrale utgreiingar med framlegg om tiltak som handlar om ulike sider ved barnevernet. Somme av utgreiingane omtaler også PHBU eller samarbeidet mellom dei to tenestene. BLD arbeider med å konkretisere vidare oppfølging av fleire av forslaga i eit stortingsdokument som departementet skal sende over til Stortinget i 2013.

Har barn med tiltak frå barnevernet vanskelegare tilgang til PHBU enn andre barn og unge?

Som nemnt har det totale talet på barn og unge som får tilbod frå PHBU, vakse. Aktivitetsdata for PHBU tyder på at prosentdelen PHBU-barn som også mottok tiltak frå barnevernet, har vore stabil rundt 17 prosent i perioden 2002–2010. Resultat frå fleirtalet av forskingsprosjekta vi har gått gjennom, viser at mange barn og unge hadde, eller hadde hatt, kontakt med PHBU.

Vi har funne eksempel på barn, unge og deira føresette som kjenner seg avviste av anten barnevernstenesta eller PHBU, eller av begge tenestene. Vi har påvist store kunnskapshol, men basert på det samla materialet vi har gått gjennom, medrekna tilvisingsdata frå to helseføretak, kan vi likevel ikkje dokumentere at tilvisingar av barn og unge med tiltak frå barnevernet blir avviste i større grad enn tilvisingar av andre barn og unge.

2 Mytar og anekdotar eller realitetar?

Er det slik at barn med tiltak frå barnevernet har vanskelegare tilgang til psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)¹ enn andre barn og unge? Blir barn med tiltak frå barnevernet avviste med grunnivinga at omsorgssituasjonen er uavklart, eller at barnet/ungdommen ikkje er motivert? Mange hevdar dette: «Barnet/ungdommen blir sett på vent.» (1)

Vi ønskjer med denne rapporten å oppsummere kunnskap frå statistikk, forskning/utgreiing og tilsynserfaringar for å kaste lys over om barn og unge med tiltak frå barnevernet får dei tenestene frå PHBU dei har behov for og rett til, om dei blir avviste i større grad enn andre barn og unge, eller om tenestetilbodet er mangelfullt. Vi fokuserer i denne rapporten på psykiatrisk spesialisthelseteneste og ikkje på psykisk helsearbeid i kommunen. Utfordringar som følgjer av eventuelle kapasitetsproblem eller kva slags tenestetilbod PHBU gir, blir heller ikkje omtalte.

Det ligg føre overslag over psykiske lidingar blant barn og unge generelt, men vi har ikkje funne tilsvarende overslag for barn med tiltak frå barnevernet.

Statistisk sentralbyrå (SSB) publiserer barnevernsstatistikk som blant anna viser talet på barn og unge som *mottek tiltak frå barnevernet*, kva barnevernstenesta opplyser om som grunnlag for å setje i verk tiltak, og kva tiltak dei får.

Det ligg ikkje føre nokon nasjonal statistikk eller noka nasjonal forskning eller

utgreiing som gir ei samla oversikt over barn og unge med tiltak frå barnevernet og behov for tenester frå PHBU.

Aktivitetsdata for PHBU publiserer statistikk over talet på barn og unge som *mottek tenester frå PHBU*, men det ligg ikkje føre pålitelege tal for kor mange av dei som *mottek tenester frå PHBU*, som også *mottek tiltak frå barnevernet*.

Det ligg føre nokre studiar som seier noko om omfang av *psykiske vanskar, psykiske problem eller psykiske lidingar* hos nokre utval av barn med tiltak frå barnevernet. Somme studiar bruker omgrepet *psykiske vanskar*, andre studiar bruker omgrepet *psykiske problem* eller *psykiske lidingar*. Omgrepa blir vanlegvis brukte slik at symptombøra er lågast ved *psykiske vanskar* og størst ved *psykiske lidingar*. Omgrepsbruken er likevel ikkje heilt konsistent. Når vi viser til ulike studiar eller utgreiingar, har vi valt å bruke det omgrepet som den aktuelle publikasjonen nyttar.

Studiane er til dels nokre år gamle, og somme av utvala er små. Studiane har fokusert på barn med tiltak frå barnevernet som bur heime, i fosterheimar eller i barnevernsinstitusjon.

1) Vi vel å bruke nemninga psykisk helsevern for barn og unge forkorta PHBU og ikkje nemninga barne- og ungdomspsykiatri forkorta BUP, unntatt i dei tilfella der det sistnemnde blir brukt i sitat.

3 Kunnskapsinnhenting med «tilsynsbriller»

Statens helsetilsyn har det overordna faglege tilsynet med helse-, omsorgs- og barnevernstenester. Dette inneber å overvake område med fare for svikt, å følgje med på korleis tenestene utøver verksemda si, og å gripe inn dersom tenester blir utøvde i strid med lovgivinga. Dette føreset eit godt kunnskapsgrunnlag.

Når vi som tilsynsorgan hentar inn og vurderer kunnskap, gjer vi det med «tilsynsbrillene» våre på, og vi vurderer kva kunnskapen kan seie oss om:

- det ligg føre tilstrekkelege tenester i omfang, innhald og innretning
- brukarar/klientar/pasientar får dei tenestene dei har behov for og rett til
- det ligg føre udekte behov eller uønskte variasjonar i tilgang til tenester
- det ligg føre uønskte dreingar i prioriteringar i tenestene
- tenester og personell yter tenester i tråd med lovgivinga
- tenesta er forsvarleg

Vi vurderer kunnskapen ut frå tilsynsperspektivet vårt. Det inneber å undersøkje om det er svikt eller fare for svikt, og på kva måtar tenestene sviktar. Vi ser etter sårbare område og brukarar og konsekvensar av svikt for brukarar og pasientar. Vi vurderer om det er brot på regelverket, og om det er behov for tiltak frå tilsynsorganet, eller om det er behov for tiltak innan ansvarsområdet for andre aktørar.

3.1 Utval og metode

For å finne relevant kunnskap som kan belyse problemstillinga vår, har vi henta inn kunnskap frå følgjande kjelder:

Statistikk:

- barnevernsstatistikk frå Statistisk sentralbyrå
- aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge
- tilvisingsdata frå to helseføretak²

Forskning og utgreiing:

- rapportar og artiklar
- heimesider for ulike forskingsmiljø
- samtalar med aktuelle forskarar

Tilsynserfaringar:

- oppsummeringsrapportar frå landsomfattande tilsyn
- revisjonsrapportar frå tilsyn som fylkesmennene har utført etter lokal prioritering og risikovurdering
- samtalar med tilsette i fylkesmanns-embeta
- tilsynssaker om psykisk helsevern for barn og unge i Statens helsetilsyn
- klager til Fylkesmannen om ulovlege tilhøve i barnevernstenesta
- klage til Fylkesmannen på rett til nødvendig helsehjelp
- årsrapportar frå fylkesmennene for 2011

Biblioteket i Statens helsetilsyn har søkt på barnevern og psykisk helsevern for barn og unge i diverse databasar.

2) Helseføretaka er tilfeldig valde og ligg i kvar sin helse-region.

Vi har nytta ein «snøball-metode».

Når vi har funne relevante rapportar og artiklar, har vi sjekka referanselista og såleis funne enda fleire artiklar og rapportar.

Vi har kontakta diverse forskingsmiljø i tillegg til medarbeidarar i Helsedirektoratet, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD), Barne- og ungdomsdirektoratet (Bufdir), Barne- og familieetaten i Oslo kommune (BFE), nokre kommunale barnevernstenester og to helseføretak.

Det utvalet av rapportar, artiklar og statistikk som vi baserer denne rapporten på, bidreg på litt ulike måtar med kunnskap om barna i barnevernet og tilgangen til PHBU.

Vi har valt å trekkje fram det som verkar mest relevant, for å kaste lys over problemstillinga frå ulike sider. Framstillinga av empirien kan verke noko fragmentert og med store kunnskapshol. Det er brokkar av kunnskap, og mange detaljar, framfor dei store linjene. Men det er den kunnskapen vi har funne.

Omtalen vår og bruken av barnevernstatistikken frå Statistisk sentralbyrå, ventelistedata frå to helseføretak og «Prosjekt barnevern for psykisk helse» er sjekka ut med saksbehandlarar i dei aktuelle verksemdene.

3.2 Bruk av kunnskap frå tilsynserfaringar

Vi har undersøkt ulike kjelder med tilsynserfaringar. Våre tilsynserfaringar er i hovudsak kvalitativ kunnskap. Funn og erfaringar kan såleis ikkje generaliserast.

Planlagt tilsyn

Tilsynsorgana vel verksemdar det skal gjennomførast tilsyn med, ut frå kvar vi meiner det er størst fare for svikt. Det vil seie at funna ikkje kan generaliserast, men dei fortel noko om svikt i tenesta der tilsynet er gjennomført.

Enkeltsaker

Vi veit ikkje om dei sakene vi har gått gjennom, er typiske eller unntak, men dei er med som døme og kunnskapsbrokkar som bidreg til å belyse kva utfordringar barn som treng hjelp frå både barnevern og PHBU, og deira føresette, står overfor.

4 Kommunalt og statleg barnevern

Ansvar for å yte barnevernstenester er regulert av barnevernlova. Barnevernet skal arbeide for at barn og unge skal ha trygge oppvekstvilkår, og hjelpe barn og unge som lever under tilhøve som kan skade helsa og utviklinga deira. Ansvar er delt mellom stat og kommune.

Tiltak frå det kommunale barnevernet kan delast inn i hjelpetiltak og omsorgstiltak. Hjelpetiltak omfattar blant anna råd og rettleiing, støttekontakt, besøksheimar/avlastningstiltak, økonomisk hjelp osv jf. barnevernlova § 4–4. Dersom eit barn blir plassert utanfor heimen, men utan at barnevernet overtek omsorga for barnet, blir dette rekna som hjelpetiltak.

Dersom det er fare for at barnet lir monaleg skade dersom det held fram med å bu heime, kan barnevernsleiar gjere mellombels vedtak om å plassere barnet utanfor heimen, jf. barnevernlova § 4–6. Barnevernet kan også overta omsorga for barnet dersom hjelpetiltaka ikkje er gode nok for å sikre at barnet får god omsorg. Barnevernet kan berre overta omsorga for eit barn etter vedtak i fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker.

Statlege barnevernsmyndigheiter består av Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, Fylkesmannen og statleg regionalt organ (Barne-, ungdoms- og familieetaten, kortform Bufetat³⁾).

Bufetat er delt inn i fem regionale einingar og har ansvaret for å hjelpe

kommunane med å plassere barn utanfor heimen og å rekruttere og formidle fosterheimar. Bufetat har også ansvaret for å etablere og drive barnevernsinstitusjonar, eventuelt med tilknytte spesialisttenester for omsorg og behandling av barn. Det er sparsamt med kjelder om kva «tilknytte spesialisttenester for omsorg og behandling av barn» vil seie. Lova presiserer at ansvaret til det statlege barnevernet gjeld institusjonar som høyrer inn under barnevernlova. Vi legg til grunn at tilknytte spesialisttenester er tenester som er knytte til dei oppgåvene som institusjonane eller barnevernet skal ta hand om.

For barn som ein vurderer å plassere i ein institusjon under ei anna lov, skal Bufetat sørge for at det blir etablert eit samarbeid mellom barnevernstenesta, regionale organ og desse institusjonane, jf. §5–6 i barnevernlova.

Fylkesmannen fører tilsyn med kommunale barnevern og barnevernsinstitusjonar og skal hjelpe kommunane med råd og rettleiing. Tilsynsansvaret til Fylkesmannen omfattar ikkje korleis Bufetat skal løyse oppgåver, eller korleis ein skal sørge for at ansvaret blir skjøtta. Fylkesmannen har derimot tilsyn med barn og unge i Bufetats institusjonar etter barnevernlova.

3) Bufetat er leidd av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), som har ansvar for økonomisk og fagleg styring av det statlege barnevernet.

5 Kva veit vi om barn og unge med tiltak frå barnevernet?

Statistisk sentralbyrå (SSB) har ein omfattande barnevernsstatistikk. Kva kan denne statistikken fortelje oss om barn med tiltak frå barnevernet og PHBU? Kan statistikken bidra med kunnskap om problemstillinga vår?

problemet. Vi har vært vant til å tenke at barnevernklientene utgjør rundt 30 000–40 000 klienter. At dette akkumuleres til 120 000 personer i løpet av 16 år har vi ikke kjent til. Dette er kunnskap som ikke bare berører barnevernssektoren, men hele samfunnet.»⁷

5.1 Talet på og prosentdelen av barn og unge med barnevernstiltak

4) Ei barnevernssak startar ofte med ei uromelding (bekymringsmelding) til barnevernet. Barnevernet skal så snart som mogleg og innan ei veke avgjere om dei skal undersøkje tilhøva rundt barn og foreldre nærare (setje i verk ei undersøking) eller om meldinga skal leggjast vekk. Ei undersøking skal så snart som råd og innan tre månader konkludere med om det skal setjast i verk barnevernstiltak, eller om saka skal leggjast vekk.

5) SSB Barnevernsstatistikk 2010, alle tala refererer til aldersgruppa 0–22 år.

6) Presentasjon av Lars B. Kristofersen (NOVA), på arbeidsmøte i Statens helse-tilsyn 15. februar 2012.

7) NOVA-nytt nr. 1, 2008.

8) For å berekne tidslengda er det viktig å ta omsyn til to ting. For det første må ein kontrollere når barnet/ungdommen kom inn under barnevernet. Er barnet til dømes 14 år da det får tiltak frå barnevernet, kan det maksimalt oppnå ein karriere på fire år. Tidsrommet for studien er det andre tilhøvet ein må ta omsyn til. Dersom ein debuterte i barnevernet i 2004, kan barnevernskarrieren i denne studien maksimalt vere to år.

9) Foredrag av Joakim Palme på «Barneverndagene» i Stavanger mai 2008.

I 2010 var det i Noreg i overkant av 1,4 millionar barn og unge i alderen 0–22 år. Same året var det rundt 50 000 barn og unge som mottok tiltak⁴ frå barnevernet, ein auke på 7,1 prosent frå 2009. Delen av barn med tiltak frå barnevernet var 25,9 per 1000 31. desember 2010.⁵ På same tidspunktet var 12 500 barn plasserte utanfor familien, anten som hjelpetiltak eller omsorgstiltak. 1373 var plasserte i barnevernsinstitusjon.

Om lag ti prosent av alle barn og unge i Noreg får eitt eller fleire barnevernstiltak gjennom oppveksten fram til dei er 18 år. I tillegg kjem kontaktar med barnevernstenesta (undersøkingar) som ikkje fører til vedtak om tiltak.⁶ Mange barn og unge har altså kontakt med barnevernet gjennom oppveksten.

Clausen og Kristofersen fann i studien sin «Barnevernklienter i Norge» (2) at 120 000 barn og unge i perioden 1990–2005 hadde fått tiltak, eller fekk tiltak frå barnevernet. I ein omtale av rapporten uttaler Clausen:

«Kanskje det viktigste vi kan lære av denne studien, er størrelsen på

Denne studien gir også kunnskap om kor lenge tiltaka frå barnevernet varer.⁸ Dersom ein definerer langtidsklientar som dei som har vore i barnevernet meir enn fire år, var 36 prosent av klientane i dette materialet langtidsklientar.

Ein hovudkonklusjon frå studien er at personar med fortid som barneverns-klientar har dårlegare levekår enn samanlikningsgruppa som ikkje har motteke tiltak frå barnevernet.

Tidlegare barneverns-klientar hadde:

- lågare utdanning
- lågare inntekt
- høgare prosentdel av sosialhjelpsmottakarar
- høgare prosentdel av arbeidsledige
- høgare prosentdel av mottakarar av grunn- og hjelpestønad
- høgare prosentdel av uføretrygda
- høgare døyingstal

Tilsvarande funn er også dokumenterte i ein svensk registerstudie frå «Instituttet for framtidsstudier»⁹ i Stockholm.

5.2 Grunnlag for å setje i verk tiltak frå barnevernet

frå barnevernet over lang tid, og mange endar i vaksen alder opp med dårlegare levekår enn jamaldringane sine (2).

Basert på barnevernsstatistikken til SSB for 2010 har vi laga ei oversikt over dei viktigaste årsakene til at det blei sett i verk barnevernstiltak dette året (n=13 727). Det kan registrerast fleire årsaker i kvar sak.

Tilhøve i heimen og foreldra var gitt opp som grunnlag for å setje i verk barnevernstiltak i 95 prosent av sakene.

Dei viktigaste årsakene var:

- tilhøve i heimen, særlege behov¹⁰
- mishandling og overgrep
- manglande omsorgsevne
- somatisk sjukdom, psykiske lidningar og rusmisbruk hos foreldra
- kriminalitet
- vald

Sjukdom hos barnet var registrert som grunnlag for å setje i verk barnevernstiltak hos 18 prosent av barna.

- barnet funksjonshemma
- psykiske problem hos barnet
- rusmisbruk hos barnet
- åtferda til barnet

Kulepunkta nedanfor viser den relative fordelinga av alle aktive barnevernstiltak i 2010:

- «Råd og rettleiing» (34 prosent)
- «Besøksheim/avlastingstiltak» (22 prosent)
- «Økonomisk hjelp» (21 prosent)
- «Andre tiltak» (33 prosent).

5.3 Oppsummering kapittel 5

Barnevernsstatistikken gir inga oversikt over omfanget av psykiske lidningar hos barn med tiltak frå barnevernet.

Statistikken gir heller ikkje ei oversikt over kor omfattande samarbeidet mellom barnevern og PHBU er. Men statistikken viser at mange barn og unge får tiltak frå barnevernet, og talet har stige dei siste ti åra. SSB publiserer årleg ein omfattande barnevernsstatistikk. Denne statistikken viser blant anna omfanget, grunnlaget for å setje i verk tiltak og kva slags tiltak som blir sette i verk. Tilhøve ved heimen og foreldra er den vanlegaste grunnen til å setje i verk tiltak frå barnevernet. Mange får tiltak

10) Tilhøve i heimen, særlege behov blir nytta i statistikken frå SSB. Særlege behov er ikkje nærare definert.

6 Kva veit vi om omfanget av psykiske lidningar hos barn og unge med og utan tiltak frå barnevernet?

Kva kan vi finne av kunnskap om omfanget av psykiske lidningar hos barn og unge med tiltak frå barnevernet? Har dei større utfordringar med den psykiske helsa si enn jamaldringane har?

Det finst ulike overslag over kor stort omfanget av psykiske lidningar hos barn og unge er, men vi har ikkje tilsvarende overslag over omfanget av psykiske lidningar hos barn med tiltak frå barnevernet. Vi har derfor måtta gå til ulike kjelder som, på litt ulike måtar, kan gi brokkar av kunnskap om omfanget av psykiske lidningar hos denne gruppa av barn og unge.

6.1 Overslag over psykiske lidningar hos barn og unge

Folkehelseinstituttet publiserte i 2009 ein rapport om psykiske lidningar i Noreg (3). Rapporten reknar med at omkring åtte prosent av barn og unge i Noreg har ei *psykisk liding* som kan diagnostiserast. Rapporten seier at 15–20 prosent av barn og unge har *psykiske vanskar* med så mange symptom at dette går ut over trivsel, læring, daglege gjeremål og samvær med andre. Symptombelastninga ved psykiske vanskar er likevel ikkje så stor som ved psykiske lidningar, der ein kan stille diagnosar som alvorleg depresjon, angstliding eller åtferdsforstyrring. Hos mange er symptoma mellombels, og kvar tredje 16-åring oppfyller kriteria for ein psykiatrisk diagnose ein eller annan gong i barneåra. Barn med tiltak frå barnevernet er ikkje særskilt omtalte (3).

Opptrappingsplanen for psykisk helse opererte med eit måltal for dekningsgrad frå PHBU på fem prosent av barn og unge under 18 år.

Graham Clifford hevda at sosiale faktorar og levkår var vesentlege når ein skulle vurdere behovet for tenester både frå barnevernet og frå PHBU. Han berekna behovsestimat som målte kor sårbar barne- og ungdomspopulasjonen var, og han vekta populasjonstal for barn og unge 0–17 år i kommunar og helseføretaksområde med levkårsindeksverdiar frå SSB. Hovudkonklusjonen i analysane hans var:

«Det er for lite differensiering mellom tilbud til levkårsutsatte populasjoner av barn og unge, og populasjoner som har gode eller meget gode levkår. Dette gjelder både kommunalt barnevern og poliklinisk BUP.» (5)

Oppsummeringsrapporten frå forvaltningsevalueringa av barnevernet etterlyser behovsanalysar for det statlege barnevernet. Det blir tilrådd at ein klarlegg kva behov barnevernet skal møte, slik at ein kan hente inn prognosar for korleis behova kjem til å utvikle seg. Aktuelle prognosar kan vere framskriving av barnebefolkninga i ulike delar av landet, og prognosar for bruk av spesialisthelsetenester innan rus og psykiatri. Det blir tilrådd at denne behovsanalysen blir gjennomført av eit nøytralt organ med brei forankring både *«i offentligheten og blant interessenter og fagorgan»*, i tillegg til fagmiljø

innanfor barnevern og psykisk helsevern (51, s. 39).

6.2 Omfang av psykiske lidningar hos barn og unge med tiltak frå barnevernet

Det ligg føre norske, skandinaviske og internasjonale studiar som har undersøkt omfanget av psykiske vanskar, psykiske problem eller psykiske lidningar. Studiane nyttar til dels ulike omgrep og metodar. Utvala varierer i storleik, og studiane er utførte på ulike tidspunkt. Somme studiar tek til å bli gamle. Resultat og konklusjonar må vurderast ut frå dette. Felles for studiane er at dei viser at barn og unge med tiltak frå barnevernet har større omfang av psykiske vanskar, psykiske problem eller psykiske lidningar enn jamaldringane sine (8, 12, 13, 14, 15).

«Barn i Bergen studien»¹¹ har publisert data som viste at førekomen av *psykiske lidningar* hos barn var rundt sju prosent i småskolealder i dette utvalet.¹²

Ei arbeidsgruppe¹³ sett ned av Helse- og omsorgsministeren avleverte i juni 2006 rapporten «Tidligere hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer». Her blir det på side 27 vist til at: «*Gjentatte studier*¹⁴ indikerer et underforbruk av psykiske helse-tjenester blant barn og unge med tiltak i barneverntjenesten.»

Psykiske problem hos barnet er nemnt som grunngevinga for å setje i verk barnevernstiltak for berre 3,6 prosent (eller 499) nye barn med tiltak i barnevernet i 2010. Ut frå dei andre grunngevingane – mishandling, overgrep, omsorgssvikt osv. – er det rimeleg å tru at fleire barn har psykiske problem enn det som blir opplyst ved oppstart av eit barnevernstiltak, eller at dei utviklar psykiske problem etter kvart. Mange blir barnevernsklientar i fleire år, jf. Kristofersen og Clausens studie (2).

Nokre norske studiar viser kor stort omfanget av psykiske problem er hos eit utval av barn med tiltak frå barnevernet. Utvala er ulike, og dei fokuserer på barn og unge med ulike barnevernstiltak. Vi

har derfor valt å presentere studiane éin for éin.

6.3 Psykiske vanskar hos heimebuande barn med tiltak frå barnevernet

Over 50 prosent av eit utval heimebuande barn og unge mellom 10 og 13 år med tiltak frå barnevernet hadde psykiske vanskar. Dette kjem fram i delprosjektet «Psykiske vansker hos hjemmeboende barn med tiltak fra barnevernet». Prosjektet er ein del av «Barn i Bergen studien»¹⁵ og omfatta 82 barn som budde heime med den eine forelderen eller begge foreldra, og som fekk tiltak frå barnevernet. Omfanget av psykiske vanskar hos desse barna blei samanlikna med vanskan til barn på same alderen.

Psykiske vanskar blei kartlagde ved hjelp av SDQ spørjeskjema.¹⁶ Det blei også henta inn data frå foreldra om utdanninga deira, den økonomiske situasjonen, helsetilstanden og familiestrukturen.

Analysane viste at over halvparten av barna med tiltak frå barnevernet hadde psykiske vanskar. Mange av barna hadde omfattande og kompliserte problem på fleire livsområde. Analysane viste at over 50 prosent av barna i barnevernsgruppa hadde rapporterte åtferdsproblem. Forskjellen i problembelastning mellom barnevernsgruppa og samanlikningsgruppa var tydelegare i foreldrerapporteringa enn i eigenrapporteringa frå barna.

Nesten 70 prosent av barnevernsgruppa rapporterte at dei hadde kontakt med barne- og ungdomspsykiatrien, for samanlikningsgruppa var delen tre prosent.

Foreldrerapporteringa viste at foreldre til barn med tiltak frå barnevernet hadde lågare inntekt, lågare utdanning og var oftare einslege foreldre enn foreldra til dei andre barna, og det var også meir sannsynleg at dei rapporterte om dårleg helse.

11) «Info brosjyre fra RBUP Vest: Funn fra Barn i Bergen». «Barn i Bergen studien» starta i 2002 og er ei av dei mest omfattande undersøkingane som er gjort av den psykiske helsa og utviklinga til barn. Formålet med studien var å få kunnskap som kunne medverke til å betre det psykiske helsetilbodet for barn og unge. Undersøkinga omfattar fleire delprosjekt, og det finst mange publikasjonar, men berre nokre få om barnevernsbarn.

12) «RKBU aktuelt fra RKBU Vest, Uni helse», november 2011 s. 4

13) Arbeidsgruppa blei leidd av Stein-Are Agledal. Mandatet var å komme med forslag til korleis ein kan styrkje retten som barn og unge med psykiske lidningar – og unge rusavhengige – har til nødvendig helsehjelp frå spesialisthelsetenesta.

14) Det er ikkje nemnt kva studiar det blir vist til.

15) Undersøkinga er organisert i fire rundar. Den første runden var i 2002/03, og den fjerde runden blir gjennomført i 2011/12. Eit delprosjekt har kartlagt omfanget av psykiske problem hos ti – tretten år gamle barn med tiltak frå barnevernet som budde heime, samanlikna med jamaldringane deira. Regionsenter for barn og unges psykiske helse Vest (RBUP Vest) har hatt ansvaret for å gjennomføre studien.

16) The Strengths and Difficulties Questionnaire symptomskala består av 25 utsegner som dekkjer fem område: emosjonelle symptom, åtferdsproblem, hyperaktivitet, problem med venner, og sosial åtferd.

Forskarane konkluderte med at sjølv om dårlege sosioøkonomiske tilhøve var knytte til psykiske vanskar, kunne økonomiske tilhøve åleine ikkje forklare at barnevernsbarna hadde meir omfattande psykiske vanskar.

6.4 Psykiske problem hos barn plasserte utanfor heimen

Internasjonale studiar viser at barn og unge som er plasserte utanfor heimen, har høg førekomst av psykiske problem.¹⁷ Det blir referert til resultat frå forskning som viser at mellom 31 og 82 prosent av barna hadde psykiske problem (8, 15).

Ein norsk studie viste at barn som var plasserte utanfor heimen,¹⁸ hadde fem gonger så stor risiko for å få psykiske vanskar samanlikna med andre barn¹⁹ (9). Eigenrapporteringa frå «plasserte» barn i denne studien viste at minst 70 prosent hadde symptom på psykiske lidingar, gutar oftare enn jenter. Gutane hadde mest åtferdsvanskar og hyperaktivitet. Gutane og jentene hadde like mykje kjenslemessige vanskar.²⁰

Studien omfatta eit representativt utval av alle barn mellom seks og tolv år som var plasserte «out of home» av det kommunale barnevernet i 1999²¹. Informasjonen blei henta inn frå både foreldre, barnevernstilsette og lærarar, og rett etter at barna var plasserte utanfor heimen.

Studien viste også at årsakene til at barna var plasserte utanfor heimen, var nøkkelen til å forstå dei psykiske problema deira. I ein omtale av prosjektet i 2009 heiter det:

«Overraskende for mange er det at barn som er plassert utenfor hjemmet på grunn av foreldrenes egne problemer har mindre psykiske vansker enn dersom de er plassert på grunn av forholdet mellom foreldre og barn.»²²

Utvida analysar av dataa indikerer at barn som er plasserte utanfor heimen på grunn av rusproblema til foreldra (parental substance abuse), hadde mindre psykiske problem enn barn som

var plasserte av andre årsaker (10). Det blir likevel framheva at begge gruppene av barn hadde mykje høgare førekomst av psykiske problem enn andre barn. Barna som er omtalte i artikkelen, har enno ikkje nådd puberteten, og ein veit ikkje om forskjellane held stand også når barna er komne i puberteten.

Artikkelen viser at barn med rusavhengige foreldre sjeldnare blir plasserte utanfor heimen som følge av eigne problem, enn barn av foreldre som ikkje er avhengige. Forskarane fann også at barn med rusavhengige foreldre hadde ein mykje høgare «prosocial behavior» enn barn med foreldre utan misbruk. Forskarane skriv at dette kan indikere at «prosocial behavior» kan sjåast på som ein vernande faktor mot å utvikle psykiske problem. Dei konkluderer i artikkelen med at det er naudsynt å forske meir på korleis ein kan betre meistringsstrategiane til barn.

6.4.1 Psykiske problem hos barn i fosterheim

Toril Havik gjennomførte i 2005 ei spørjeskjemaundersøking av fosterforeldre som hadde fosterbarn hos seg på undersøkingstidspunktet²³ (11). Utvalet var representativt og landsdekkjande og besto av 867 fosterfamiljar.²⁴ Formålet med undersøkinga var blant anna å få fram kunnskap om kor omfattande problema til fosterbarna var. Undersøkinga presenterer problema til barna slik fosterforeldra vurderte dei på plasseringstidspunktet og på kartleggingstidspunktet.

Korleis fosterforeldra vurderte omfanget av problema til barna og endringane i omfanget, var svært lik vurderingane som fosterforeldra gjorde i ei tilsvarende undersøking i 1994.

Berre eitt av ti barn blei av fosterforeldra vurdert til å vere utan nokon av dei problemområda som fosterforeldra blei bedne om å vurdere. Det blei ikkje funne nokon særleg forskjell mellom gutar og jenter når det gjaldt omfanget av problem på det tidspunktet da dei blei plasserte i fosterheim.

17) Dei to studiane bruker «Mental health functioning» og «Psychiatric disorders».

18) Plassert utanfor heimen omfattar plassering både frivillig og med tvang i fosterheim og i barnevernsinstitusjon.

19) Uni helse, RBUP Vest, oppdatering 07.12.2009

20) Dette funnet må vurderast ut frå at barna enno ikkje hadde nådd puberteten.

21) (n=109)

22) Uni helse, RBUP Vest 07.09.2009

23) Denne undersøkinga er ein replikasjon av ei undersøking som blei gjennomført i 1994, altså elleve år tidlegare. Ein gjer replikasjonar av undersøkingar for å forsikre seg om at konklusjonen frå ei anna undersøking er korrekt.

24) Lovhjemmel for plasseringen Prosentvis fordeling. N = 843
78 prosent: Paragraf 4–12
20 prosent: Paragraf 4–4.5
0,5 prosent: Paragraf 4–6
I rapporten står det s. 47:
«Lovhjemmel for plasseringen er uten noen sammenheng med fosterforeldrenes vurdering av barnas problemomfang.»

Psykiske problem hos barn i fosterheim

Plasseringstidspunktet	Kartleggingstidspunktet
<ul style="list-style-type: none">• kjenslemessige vanskar 84 %• åtferdsvanskar 63 %• lære vanskar 54 %• manglande ferdigheiter/kunnskapar 67 %	<ul style="list-style-type: none">• 65 %• 45 %• 47 %• 43 %

Kjelde: «Slik fosterforeldrene ser det»

Slik fosterforeldra vurderer det, skjedde det positive endringar den tida barnet var i fosterheimen. Dei fleste fosterforeldra svarte at problemomfanget til barna blei reduserte medan dei budde i fosterheimen. Men nokre få meinte at barnet hadde fått fleire alvorlege problem i denne perioden.

Studien gir også ei oversikt over kor stor prosentdel av fosterbarna som hadde kontakt med andre undersøkings-/behandlingsinstansar²⁵:

- barne- og ungdomspsykiatrien: 41 prosent
- pedagogisk psykologisk teneste: 35 prosent
- privatpraktiserande psykolog: 7 prosent
- spesialpedagog: 12 prosent
- sjukehus/medisinsk spesialitet: 30 prosent

6.4.2 Psykiske problem hos barn og unge i barnevernsinstitusjonar

Europeisk og amerikansk forskning viser at det er svært utbreidd med psykiske helseplager blant barn i institusjon, og at barna ikkje får hjelp for dette²⁶.

Nasjonal statistikk frå England viser at 68 prosent av barn i institusjon²⁷ hadde psykiske problem²⁸ (12, s. 10). Vi har funne to norske prosjekt om psykisk helse hos bebuarar i barnevernsinstitusjon. Begge er frå Oslo, og det første prosjektet, «Dobbeltklientprosjektet» er frå 1999. Begge prosjekta konkluderte med at barn og unge i barnevernsinstitusjon hadde omfattande psykiske problem. Vi har valt å presentere prosjekta kvar for seg.

I 2010 var det i overkant av 2600 barn som hadde opphald i norske barnevernsinstitusjonar. Barn og unge som blir plasserte i barnevernsinstitusjon, er inga

homogen gruppe. Det er ulike grunner for ei slik plassering. Felles for desse barna og ungdommane er at dei har hatt utfordringar i livet som gjer at dei treng ekstra hjelp og støtte.

«Dobbeltklientprosjektet»

Utvalet i «Dobbeltklientprosjektet» omfatta brukarar av Barne- og familie-etatens (BFE) fylkeskommunale barnevern og barne- og ungdomspsykiatriske tenester, i tillegg til ulike typar av private barnevernstiltak som var formidla og finansierte av BFE. Totalt omfatta prosjektet 1106 barn og unge i alderen 0 til 20 år som trong tenester både frå barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien, dei såkalla dobbeltklientane. Problemstillingar som blei belyste, var blant anna:

- Kva kjenneteiknar dobbeltklientane med omsyn til omfang, bakgrunn, problematikk og dei tenestene dei får, samanlikna med barn som får tiltak berre frå barnevernet eller berre frå PHBU?
- Kva kjenneteiknar barn og unge i barnevernstiltak samanlikna med barn og unge som får tenester frå barne- og ungdomspsykiatrien?
- I kva grad blir hjelpebehova til dei ulike klient- og pasientgruppene dekte?

Undersøkinga nytta fleire metodar, blant anna spørjeskjema og internasjonalt standardiserte screeninginstrument.

Studien hadde ei tredelt metodisk tilnærming:

- kartlegging av brukarar og tenester ved hjelp av spørjeskjema til tilsette i PHBU og barnevernet
- kartlegging av klientar/brukarar ved hjelp av screeninginstrumentet Child Behavior Checklist
- sjølvrapportering (Youth Self Report)

25) Dataa over behandlingstaktar må vurderast med varsemd. For det første kan fosterforeldra mangle oversikt over behandlingstaktar før barnet blei plassert i fosterheim. For det andre kan dei ha gløymt kontaktar, særleg dersom ikkje kontakten blei sett på som viktig, eller med særlege konsekvensar. For det tredje er det ikkje nødvendigvis samanheng mellom det å vere til undersøkning/behandling for et problem og det å ha et problem. Fleire av barna har hatt kontakt med fleire instansar.

26) Sitert frå grunngiving for oppstart av nytt prosjekt om psykisk helse hos barn i barnevernsinstitusjon som blei starta opp i 2011. Prosjektet er eit samarbeid mellom NTNU Samfunnsforskning AS og NTNU.

27) Residential care.

28) Mental disorder

Prosjektet fann at 66 prosent av klientane²⁹, som i september 1999 var fire år og eldre, blei identifiserte som behandlingstrengande (26). Studien viste at barnevernsklientane i dette utvalet hadde like stor belastning med problemåtfærd og psykiske problem som pasientar ved barne- og ungdomspsykiatriske institusjonar i Oslo på same tidspunktet.

Rapporten stilte også spørsmål om psykisk helsevern for barn og unge kunne tilby den typen behandling som desse klientgruppene hadde behov for.

«Er det slik at man i praksis driver en form for psykososial behandling ved ulike BV-tiltak, selv om man ikke alltid liker – eller tør – å beskrive dette arbeidet i termer av ”behandling”? Og at man mener at den ”behandlingen” man selv gir klientene kanskje ikke kan tilbys av BUP, men at BUP i gjengjeld kan bidra med den form for behandling BV selv ikke kan gi (individualterapi) som supplement til BVs egen behandling?» (26 s. 98)

Her blir det i rapporten vist til at det er behov for meir forskning.

«Prosjekt barnevern for psykisk helse» Ei kartlegging av bebuarar på tre barnevernsinstitusjonar i Oslo i 2007 viste at det var omfattande psykiske problem blant bebuarane (16).

Prosjektet blei gjennomført av Barne- og familieetaten (BFE) i perioden 2006 til 2011. I rapporten blir formål og målsettingar for prosjektet *«Barnevern for psykisk helse»* skildra slik:

«Hovedmål for prosjektet var å bedre tilbudet til barn og unge med psykiske problemer som befant seg i tiltak i regi av BFE.

***Delmål** var i første omgang:*

- *Forsterke tilbudet ved tre barnevernsinstitusjoner gjennom tilførsel av barne- og ungdomspsykiatrisk kompetanse, direkte og indirekte.*
- *Utprøving av et tett samarbeid mellom BUP og to barnevernsinstitusjoner.*

- *Utrede og utvikle et opplæringsprogram for å sikre en minimumskompetanse i psykiatri for alle ansatte ved barnevernsinstitusjonene.*

Ytterligere delmål kom til:

- *Å utvikle barnevernsinstitusjonenes kompetanse for i størst mulig grad å gi de plasserte barn og unge den psykologiske hjelp de trenger innen BFEs egne rammer.*
- *Å beskrive eventuelle hindringer for nødvendig behandling av psykisk helseproblematikk hos institusjonsplasserte barn og unge i BFE.*

For å kunne ha en mening om type nødvendig behandling, ble prosjektets oppgave å beskrive de unges behandlingsbehov i forhold til behandlingstilbudet i psykisk helsevern og hva som vil kunne gjøres av barnevernsinstitusjonene selv. Gjennom dette arbeidet ville prosjektet også kunne beskrive spesifikke kompetansehevsingsbehov hos barnevernspersonalet.» (16, s. 5)

Prosjektet skulle byggje bru mellom systema for å sikre brukarane mest mogleg heilskapleg hjelp gjennom å bidra til eit godt samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern (16).

I 2008 gjekk prosjektet gjennom alle søknader om institusjonsplassering til BFE. Prosjektet nytta Children's Global Assessment Scale (CGAS) som kartleggingsverktøy³⁰. Gjennomgangen viste at 78 prosent av barn og unge i dette utvalet hadde CGAS på under 50 prosent, som var den grensa prosjektet sette for å bruke samtaleterapi som metode. Ei etterundersøking³¹ av pasientar ved Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri i 1995 avdekte eit CGAS-gjennomsnitt på 35. Pasientdata frå innleggingane blei samanlikna med Strafferegisteret, Rikstrygdeverkets uføreregister og Dødsårsaksregisteret. I alt 52 prosent av pasientane blei funne att i Strafferegisteret, 38,5 prosent var uføretrygda og 13,6 prosent var døde (25). Problemprofilen til klientane i denne undersøkinga viste høg grad av samsvar med det som kjem fram i

29) 69 prosent gutar og 63 prosent jenter

30) CGAS er den skalaen som no blir brukt som akse 6 (psykososialt funksjonsnivå) i det europeiske diagnosesystemet. CGAS er ein skala frå 0 til 100 der om lag 60 set ei grense for behandlingsbehov i helsevesenet. Dess lenger under 60 dei unge blir plasserte, dess større innsatsnivå blir venta av behandlingssystema, og dess dårlegare prognose har ungdommen utan behandling. Dei som ligg under 20, nærmar seg gradvis pleiepasientstatus. Som ein skala for sosial kompetanse set han blant anna omtrentlege grenser for når språket er funksjonelt nok til å eigne seg for bruk i samtaleterapi (16, s. 8).

31) Alle pasientar som var lagde inn ved Ungdomspsykiatrisk klinikk ved Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri i Oslo i perioden 1963–81, totalt 1095 barn og unge.

NOVAs levekårsanalyse av tidlegare barnevernsklientar (2). Felles for begge undersøkingane (16 og 25) er at dei påviser eit lågt psykososialt funksjonsnivå.

I rapporten frå prosjektet «Barnevern for psykisk helse» står det at lågt psykososialt funksjonsnivå inneber at pasienten har mangelfull sosial kompetanse og dermed ikkje høve til å lære av erfaring. Det inneber at språkleg rettleiing er eit hovudproblem.

«Spesielt gir mangel på mer grunnleggende tilknytningserfaringer gjennom omsorgssvikten store 'hull' i mellommenneskelig læring og trening. Uten traumer i tillegg er dette ingen diagnose innen psykisk helsevern. Men situasjonen vil skape psykiske lidelser ved at stadige tilkorkommenhetsopplevelser i møte med dagliglivets utfordringer gir seg utslag i symptomer hos de unge. Behandling av disse symptomene endrer imidlertid ikke den grunnleggende tilknytningsskaden som i sitt vesen ikke er et symptom, men en mangel i grunnlaget for et vanlig liv. Det dreier seg om en mangel på allmenne tilknytningserfaringer som hindrer barnet i å lære av erfaring og i å utvikle et funksjonelt språk for å hanskles med egen virkelighet.» (16, s. 11)

Det vil seie at berre eit fåtal av dei som blei kartlagde, kunne gjere seg nytte av ei behandling med samtaleterapi. Gjennomgangen viste at alle barna hadde hatt eit tilbod frå psykisk helsevern, og i rapporten står det at det ikkje hadde vore noko problem i samarbeidet mellom barnevernsinstitusjonane og psykisk helsevern for å få dette til. Derimot gav psykisk helsevern berre tilbod om poliklinisk samtaleterapi for ungdommar, og berre i nokre tilfelle leiketerapi for barn i aldersgruppa under tolv år.

I rapporten står det skrive at prosjektet gjekk gjennom eit skifte frå å forstå psykiske lidningar til å forstå manglar i normalutvikling, og at «behandling og god omsorg er synonymar for de aktuelle barn og unge».

Ei vurdering i prosjektet er at det å heve det psykososiale funksjonsnivået liknar såpass på ei naturleg omsorgsoppgåve at behandlinga bør skje gjennom ei individuell tilrettelegging av miljøterapeutisk arbeid innanfor rammene til barnevernet. Det miljøterapeutiske arbeidet bør differensierast etter grad av tilknytingsmanglar, jf. appendiksen til rapporten (16, s. 10).

«Dette vil antakelig kunne gi bedre resultater enn det helsevesenet og barnevernet synes å ha oppnådd tidligere.» (16, s. 10)

«Utviklingsplan 2010–2012» for Oslo kommune inneheld eit forslag om å opprette ein institusjon for ungdom med psykiske helseproblem:

«Med utgangspunkt i erfaringene fra prosjektet og fra forskningshold har BFE og Ullevål universitetssykehus, psykisk helsevern for barn og unge utarbeidet en idéskisse for et institusjonstilbud. Skissen inneholder et helhetlig omsorgs- og behandlingstilbud for denne målgruppen som tjenesteapparatet mangler i dag. Institusjonen er tenkt opprettet som en kommunal barneverninstitusjon der barnevernet har driftsansvar, og finansieringen fordeles likt mellom psykisk helsevern og Oslo kommune.»

Når rapporten vart skriven ligg forslaget til behandling i Oslo kommune.

Nytt prosjekt om psykisk helse hos barn i barnevernsinstitusjon

For å kaste lys over den psykiske helsa til barn i barnevernsinstitusjon er det etablert eit forskingsprosjekt i samarbeid mellom NTNU Samfunnsforskning AS og NTNU. Prosjektet skal fram mot 2014 kartleggje 500 barn og unge mellom 12 og 23 år som bur i barnevernsinstitusjon over heile landet. Barna skal intervjuast og testast, og det blir også henta inn informasjon frå institusjonstilsette og lærarar, og gjennom registerdata. Målsettinga for prosjektet er å:

- få kunnskap om psykiske lidningar og psykososial utvikling hos barn og unge i barnevernsinstitusjon

- identifisere tilhøve ved institusjonen som kan ha noko å seie for helsa, tilpassinga og utviklinga til barna og ungdommane
- få kunnskap om kva slags helsetenester for psykiske helseplager ungdommen har behov for, og kva helsetenester dei gjer seg nytte av

Det er gjennomført ein pilot i prosjektet, men det er ikkje publisert resultat frå prosjektet når denne rapporten blir skriven.

6.5 Oppsummering kapittel 6

Det ligg føre overslag for omfanget av psykiske lidingar blant barn og unge generelt, men ikkje for barn og unge med tiltak frå barnevernet spesielt. Vi har heller ikkje klart å finne kunnskap som viser ei samla oversikt over omfanget av psykiske vanskar, psykiske problem eller psykiske lidingar hos gruppa barn og unge med tiltak frå barnevernet.

Det er gjennomført studiar av kor stort omfanget er av psykiske vanskar, psykiske problem eller psykiske lidingar både i Noreg og internasjonalt. Studiane er til dels små, og til dels gamle.

Det biletet som både norske og internasjonale studiar teiknar, viser likevel at mange barn og unge med tiltak frå barnevernet er sårbare og har omfattande problem, både psykisk og somatisk.

7 Kva veit vi om tilvisingar til PHBU for barn med og utan tiltak frå barnevernet?

Kan vi finne kunnskap som indikerer at tilvisingar av barn og unge med tiltak frå barnevernet blir oftare avslåtte enn tilvisingar av andre barn og unge?

Vi har per i dag ikkje påliteleg statistikk på landsbasis som viser kor mange barn og unge som blir tilviste til PHBU, som også får tiltak frå barnevernet.³² Vi har derfor gått gjennom ulike kjelder om tilvisingar av barn og unge til PHBU for å sjå om vi kunne finne kunnskap som kan belyse tilvisingar av barn med tiltak frå barnevernet. Vi ser på kven som tilviser, tilvisingsgrunnar, omfanget av avslag på tilvisingar og moglege grunnar for avslag.

7.1 Kven tilviser til PHBU?

Vi har funne at mange barn med tiltak frå barnevernet har dårlegare psykisk helse enn sine jamaldringar. Fører dette til at barnevernet tilviser mange barn til PHBU? Både lege og barnevernsleiar kan tilvise til PHBU.

I det standardiserte tilvisingsskjemaet som blir nytta ved tilvising til PHBU, er det sett av eit eige felt for å føre opp tilvisande instans³³. I tillegg skal skjemaet signerast av anten lege eller barnevernsleiar. Tidlegare studiar har vist at det er ulik registreringspraksis når det gjeld korleis desse felta blir fylte ut. Somme gonger signerer tilvisande lege/barnevernsleiar også feltet «tilvisande instans». Det går derfor ikkje alltid fram av tilvisingsdokumentet kva

instans(ar) som har vore den/dei sentrale og ansvarlege utgreiar(ane) i saka.

Vi har funne fire kjelder som har data om kven som er tilvisande instans til PHBU.

Ein studie av kvalitet og innhald i blant anna tilvisingar til PHBU poliklinikk hausten 2006 viste at fastlegen var registrert som tilvisande instans i 58 prosent av tilvisingane i dette utvalet. Utvalet som blei gjennomgått, bestod av 478 tilvisingar. Skolehelsetenesta var tilvisande instans i 14 prosent av tilvisingane og barnevernet i 12 prosent (37).

Som eit ledd i ei undersøking av pasientar og behandlingstilbod i PHBU gjennomførte Sintef ei tverrsnittregistrering av alle barn og unge som fekk eit institusjonstilbod i psykisk helsevern 20. november 2007³⁴, og ei registrering av alle som fekk eit poliklinisk behandlingstiltak gjennom ein 14-dagars periode våren 2008³⁵ (22). Rapporten frå denne studien presenterer detaljerte opplysningar om kven som var tilvisande instans til etter tur PHBU poliklinikkar og PHBU institusjonar.

32) Informasjon om barnevernsstatus kan finnast på tilvisingsskjemaet. Det blei innført nytt tilvisingsskjema 1. januar 2009. Det nye skjemaet inneheld nytt kodeverk for tilvisingsgrunnar (Barnet, Barnets miljø) som gjer det vanskelegare å samanlikne med tidlegare statistikkar. Informasjon om *barnevernets* rolle er ikkje ført vidare i det nye skjemaet. Informasjon om barnevernsstatus kan likevel komme fram i tilvisingsskjemaet, til dømes i informasjon om miljøet til barnet og omsorgssituasjonen.

33) Tilvisande instans omfattar den/dei sentrale utgreiar(ane) i saka.

34) Pasientregistreringa er gjennomført ved 53 av 59 institusjonar og omfatta 393 barn og unge.

35) Registreringa omfatta i alt 9403 barn og unge frå 74 PHBU poliklinikkar.

Tilvisande instans til PHBU

Poliklinikk: n=9 163	Institusjon: n=389
<ul style="list-style-type: none"> • fastlege/allmennlege: 49 % • PP-teneste: 14 % • skolehelset./helsestasjon: 11 % • barnevern kommune: 10 % • somatisk sjukehus: 5 % • annan BUP-poliklinikk: 5 % • pasient/familie: 1 % • SFO/barnehage: 1 % • andre: 4 % 	<ul style="list-style-type: none"> • poliklinikk PHBU: 60 % • fastlege/allmennlege: 9 % • allmennlegevakt: 5 % • anna dag-/døgneining: 5 % • somatisk spesialisthelseteneste: 3 % • sosialteneste: 2 % • andre: 5 %

Vi ser at fastlege/allmennlege var tilvisande instans i rundt halvparten av tilvisingane til PHBU poliklinikk i denne undersøkinga, mens kommunalt barnevern er tilvisande instans i ti prosent av tilvisingane, og PHBU poliklinikk var tilvisande instans til PHBU institusjonar i 60 prosent av tilvisingane (22).

Rapporten frå Helsedirektoratet om barn og unge i det psykiske helsevernet 2009–2010 (17) har ikkje like detaljerte data. Men det viser seg at fastlege var tilvisande instans for i 51 prosent av *alle* tilvisingane til PHBU. Talet på eller prosentdelen av tilvisingar frå barnevernet er ikkje ført opp.

Somatisk og psykiatrisk spesialisthelseteneste (poliklinikk/dag) var tilvisande instans i 45,7 prosent av tilvisingane til *døgnbehandling*, mens fastlege stod for 30 prosent av tilvisingane (17).

Tilvisingsdata til PHBU-behandling ved eitt helseføretak frå 2008, 2009 og 2010 viser at lege var tilvisande instans i 36 prosent av tilvisingane, mens kommunalt barnevern stod som tilvisande instans i litt over tre prosent av tilvisingane. Somatisk sjukehus var tilvisande instans i litt over 22 prosent.

Våre fire kjelder viser at fastlegen var tilvisande instans til PHBU-poliklinikkane i rundt halvparten av tilvisingane. Det er litt varierende tal når det gjeld kor ofte barnevernet står som tilvisande instans i dei tre kjeldene som har data om dette, men prosentdelen verkar overraskande låg. Men som nemnt tidlegare, kan barnevernet ha medverka i utgreiinga av barnet før tilvisinga,

sjølv om dette ikkje kjem fram i tilvisingsskjemaet.

7.2 Tilvisingsgrunnar for barn og unge til PHBU

I tilvisingsskjemaet til PHBU skal ein føre opp tilvisingsgrunnar som omfattar barnet og miljøet til barnet. Aktivitetsdata for psykisk helsevern³⁶ for barn og unge viser at «mistanke om adferdsforstyrrelser», «mistanke om depresjon» og «mistanke om angst» utgjorde tre fjerdedelar av tilvisingsgrunnane for nyttilviste pasientar i 2010 og 2011.

Tilvisingsgrunnar varierer med kjønn og alder. Til dømes er mistanke om ADHD den dominerande tilvisingsgrunnen for gutar mellom sju og tolv år. For jenter over tolv år er mistanke om depresjon den dominerande tilvisingsgrunnen. Mistanke om angstlidingar var også ein hyppig tilvisingsgrunn for denne aldersgruppa.

Rapporten frå Helsedirektoratet om barn og unge i det psykiske helsevernet (17) viser at blant *døgnpasientane* var mismot, depresjon og sorg eller mistanke om depresjon den største tilvisingsgrunnen til det psykiske helsevernet for barn og unge i 2009–2010. Dette gjaldt begge kjønn, men prosentdelen var større blant jenter (27,2 prosent) enn gutar (18,9 prosent). Psykotiske trekk eller mistanke om psykose var den nest største tilvisingsgrunnen. 8,8 prosent av *døgnpasientane* var tilviste på bakgrunn av dette. I denne pasientgruppa utgjorde gutar (11,1 prosent) ein høgare del enn jenter (6,8 prosent). Blant gutar

36) Nyttilviste pasientar i 2010 og 2011 etter nytt kodeverk, data om miljøet til barnet er mangelfullt rapportert og derfor ikkje gjengitt.

utgjorde også åtferdsvanskar (9,7 prosent), mistanke om hyperkinetiske forstyrningar (10,2 prosent) eller trassling/åtferdsforstyrning (7,5 prosent), og mistanke om gjennomgripande utviklingsforstyrningar (3,9 prosent) ein større del enn blant jenter. Jentene blei oftare enn gutane tilviste for mistanke om spiseforstyrningar (9,1 prosent), suicidalfare (3,4 prosent) eller vedvarande og alvorleg sjølvskading (2,6 prosent).

Gjennomgang av tilvisingsdata frå eitt helseføretak viser at dei tre viktigaste tilvisingsgrunnane ved dette helseføretaket i perioden 2008–2010 var åtferdsvanskar, hyperaktivitet/konsentrasjonsvanskar og mismot/depresjon/sorg³⁷. Desse tre tilvisingsgrunnane omfatta i underkant av 60 prosent av tilvisingane for barn og unge med og utan barnevernsstatus.

Materialet vårt tyder på at dei hyppigaste tilvisingsgrunnane ser ut til å vere relativt uendra dei siste åra. Materialet

vårt om tilvisingsgrunnar for barn med tiltak frå barnevernet er avgrensa til tilvisingsdata frå eitt helseføretak. Ut frå desse dataa ser tilvisingsgrunnane likevel ganske like ut for barn med og utan tiltak frå barnevernet.

7.3 Kva veit vi om avslag av tilvisingar?

For å undersøkje om tilvisingar av barn og unge med tiltak frå barnevernet blir avviste i større grad enn andre barn og unge, har vi henta inn tilvisingsdata for tre år frå to helseføretak.

Tabellane nedanfor er baserte på utskrift frå det pasientadministrative systemet ved dei to helseføretaka³⁸. Vi har laga ein tabell for kvart helseføretak. Tabell 1 og 2 viser det totale talet på tilvisingar per år og samla tal for perioden 2008–2010. Vi har også berekna tal på og prosentdel av tilvisingar med og utan barnevernsstatus.

Tabell 1: Tilvisingsdata psykisk helsevern barn og unge helseføretak A

	2008	2009	2010	2008–2010
Tal på barn tilvist til psykisk helsevern	2084	2283	2523	6890
av desse:				
tal utan barnevernsstatus	1782	2048	2353	6183
tal med barnevernsstatus	302	235	170	707
prosentdel utan barnevernsstatus	86 %	90 %	93 %	90 %
prosentdel med barnevernsstatus	14 %	10 %	7 %	10 %

Tabell 2: Tilviste med og utan barnevernsstatus i helseføretak B

	2008	2009	2010	2008–2010
Tal på barn tilviste til psykisk helsevern	1558	1743	1811	5112
av desse:				
tal utan barnevernsstatus	1410	1640	1740	4790
tal med barnevernsstatus	148	103	71	322
prosentdel utan barnevernsstatus	91 %	94 %	96 %	94 %
prosentdel med barnevernsstatus	9 %	6 %	4 %	6 %

37) Som ledd i arbeidet med rapporten har vi henta inn tilvisingsdata frå to helseføretak. I materialet frå det eine helseføretaket kom det også fram tilvisingsgrunn og tilvisande instans.

38) Informasjon om barnevernsstatus er henta frå tilvisingsskjemaet. Nokre behandlarar kan også ha fylt ut barnevernsstatus i løpet av behandlingstida, men dette er ingen fast rutine. Tal for barnevernsstatus må derfor sjåast på som minimumstal. Truleg er det fleire barn med tiltak frå barnevernet som både blir tilviste og mottekne i PHBU, som også mottek tenester frå barnevernet.

Vi ser at det totale talet på tilvisingar til psykisk helsevern for barn og unge har auka i begge helseføretaka i perioden 2008–2010. I same perioden har det vore ein nedgang i talet på tilviste med

barnevernsstatus. Det er rimeleg å tru at dette kjem av at rolla til barnevernet blei teke ut av tilvisingsskjemaet frå 2009. Tala for barnevernsstatus før 2009 er også svært usikre.

Tabell 3 og 4 viser kor mange tilvisingar som får avslag. Vi har berekna tal

på og prosentdel av avslag for tilvisingar med og utan barnevernsstatus.

Tabell 3: Avslag med og utan barnevernsstatus helseføretak A

Avslag av tilviste barn	2008–2010
Tal på tilviste barn utan barnevernsstatus	6183
av desse: tal på avslag på tilvising prosentdel av avslag på tilvising	905 15 %
Tal på tilviste barn med barnevernsstatus	707
av desse: tal på avslag på tilvising prosentdel av avslag på tilvising	117 17 %

Vi ser at prosentdelen avslag av tilviste barn med barnevernsstatus i helseføretak A er noko høgare enn prosentdelen

avslag for barn utan barnevernsstatus. Tala er små og svært usikre.

Tabell 4: Avslag med og utan barnevernsstatus helseføretak B

Avslag av tilviste barn	2008–2010
Tal på tilviste barn utan barnevernsstatus	4790
av desse: tal på avslag på tilvising prosentdel avslag på tilvising	629 13 %
Tal på tilviste barn med barnevernsstatus	322
av desse: tal på avslag på tilvising prosentdel avslag på tilvising	27 8 %

Vi ser at prosentdelen avslag av tilviste barn med barnevernsstatus i helseføretak B er noko lågare enn prosentdelen avslag for barn utan barnevernsstatus. Tala er små og svært usikre.

Med utgangspunkt i tilvisingsdata frå desse to helseføretaka finn vi ikkje grunnlag for å hevde at barn og unge med tiltak frå barnevernet blir avviste i større omfang enn andre barn og unge.

7.4 Blir avviste tilvisingar til PHBU grunngitte med uavklart omsorgssituasjon og/eller manglande motivasjon?

Det har frå fleire hald vore hevda at barn og unge med tiltak frå barnevernet er blitt avviste av PHBU fordi omsorgssituasjonen var uavklart eller at barnet eller ungdommen ikkje var motivert (1, 28, 41).

Helsedirektoratet publiserte i 2008 ein rettleiar for poliklinikkar for psykisk helsevern for barn og unge som presiserte at barn med tiltak frå barnevernet

skal få bistand frå PHBU på lik linje med andre barn og unge (42):

«Barn og ungdommer i barnevernet skal henvises, vurderes og tas i mot i poliklinikken på samme måte som andre barn og ungdommer. Dette gjelder også familier hvor foreldres omsorgsevne er under vurdering. Disse barna og ungdommene kan ha særlege hjelpebehov på grunn av den aktuelle situasjonen og fordi omsorgssituasjonen kan ha vært mangelfull over lang tid.»

Uavklart omsorgssituasjon skal såleis ikkje nyttast som grunn til å avslå ei tilvising. Vi har ikkje funne nyare forskning som har undersøkt dette etter at rettleiaren blei publisert. Det vi har funne, er ei mindre, internetbasert spørjeundersøking frå Midt-Noreg (32).

Denne undersøkinga blei gjennomført i august og september 2010. Informantar frå både PHBU og barnevernet fylte ut spørjeskjemaet³⁹. Begge tenestene var usamde⁴⁰ i at ein uavklart omsorgssituasjon ikkje skulle påverke tilgangen til PHBU. Men dei var ikkje einige i korleis prinsippa blei praktiserte. Mange informantar frå barnevernstenesta svarte at tilgangen til PHBU ofte kunne blir utsett for barn og unge med ein uavklart omsorgssituasjon, iallfall til omsorgssituasjonen var betra. Mange meinte også at dette nokre gonger blei brukt som grunniving for å avslå hjelp til barna (32, s. 11).

Motivasjonen til pasientane for å ta imot hjelp frå PHBU var eit anna spørsmål som skilde informantane frå barnevernet og PHBU. Prioriteringsrettleiaren til Helsedirektoratet drøftar dette spørsmålet (43, punkt 2).

«Mangelfull motivasjon for helsehjelp hos pasient og/eller dennes foresatte kan ha betydning for helsehjelpen som poliklinikker innenfor psykisk helsevern for barn og unge kan tilby. Mangelfull motivasjon kan vise seg ved at pasienten/familien motsetter seg henvisning, avviser at det foreligger behov for helsehjelp, eller ved uteblivelse fra konsultasjoner/avtaler. I enkelte tilfeller kan

problemenes karakter, eller familiens situasjon, redusere deres evne til å møte opp til avtaler. Spesialisthelsetjenesten må i slike situasjoner være oppmerksom på behovet for å samarbeide med andre tjenester, for å avklare årsakene til manglende motivasjon. Dette kan bidra til at pasient eller familie/foresatte på en bedre måte kan nyttiggjøre seg helsehjelpen. Spesialisthelsetjenesten må kunne bidra aktivt i arbeidet med å øke motivasjon for helsehjelp dersom dette anses nødvendig.»

Informantar frå barnevernet og PHBU hadde ulike synspunkt på korleis manglande motivasjon skulle påverke tilbodet frå PHBU – både prinsipielt og når det gjaldt gjennomføringa i praksis. Eit fleirtal av PHBU-informantane meinte at ein ikkje burde setje i gang hjelp til barn med tiltak frå barnevernet før barn og foreldre var motiverte for hjelp. Svært få av informantane frå barnevernet var einig i dette (32, s. 11–12).

Dei fleste informantane frå begge tenestene meinte at det var vanskeleg for barn med tiltak frå barnevernet å få tilgang til døgnstenester frå PHBU, og at dei hadde vanskeleg tilgang til PHBU-poliklinikkar utanom vanleg opningstid. Mange informantar frå barnevernet meinte at hjelp til umotiverte barn med tiltak frå barnevernet ofte blei utsett. Ingen av informantane frå PHBU var einig i at det skjedde ofte, men nokre svarte at det skjedde av og til.

Denne undersøkinga har eit avgrensa utval og låg svarprosent. Resultata må derfor tolkast med varsemd, men undersøkinga viser at uavklart omsorgssituasjon og mangelfull motivasjon framleis blir diskutert blant tilsette i barnevern og PHBU.

7.5 Oppsummering kapittel 7

Sjølv om barnevernsleiar har formell tilvisingsrett, står kommunalt barnevern som tilvisande instans i relativt få tilvisingar.

Tilvisingsgrunnane til PHBU ser ut til å ha vore stabile dei siste åra.

39) Spørjeskjemaet blei sendt til alle barnevernstenester (64) og PHBU poliklinikkar (12) i Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal. 32 barnevernstenester og 7 PHBU poliklinikkar svarte på undersøkinga. Dette gir ein svarprosent på 51 prosent.

40) Spørjeskjemaet var utforma med faste svaralternativ, og ein skulle krysse av for om ein var einig eller ueinig i ulike utsegner.

Tilvisingsdata frå eitt helseføretak viser at dei hyppigast brukte tilvisingsgrunnane var dei same for barn med og utan tiltak frå barnevernet ved dette helseføretaket.

Tilvisingsdata for tre år frå to helseføretak, totalt 12 000 tilvisingar, viser at tilvisingar av enkelte barn, både med og utan tiltak frå barnevernet, får avslag frå PHBU. Ut frå dette materialet kan vi ikkje dokumentere at tilvisingar av barn med tiltak frå barnevernet oftare blir avviste enn andre barn.

Eit mindre utval av tilsette frå barnevern og PHBU har ved utfylling av eit elektronisk spørjeskjema sagt seg samde i at uavklart omsorgssituasjon ikkje skal påverke tilgangen til PHBU, men dei var ueinige i korleis dette blei praktisert. Det var også ulikt syn mellom dei tilsette i barnevernet og PHBU på kor viktig manglande motivasjon var for oppstart av psykiatrisk behandling.

8 Kva veit vi om talet på barn og unge med og utan tiltak frå barnevernet som får behandling frå PHBU?

Den forskinga som ligg føre, indikerer ein høgare førekomst av psykiske vanskar, psykiske problem eller psykiske lidingar hos barn med tiltak frå barnevernet enn hos andre barn og unge. Kva kan vi finne av kunnskap som kan belyse om dei får den hjelpa dei treng for dei psykiske utfordringane sine?

Det blir årleg publisert statistikk over talet på barn og unge som får behandling i PHBU, men vi har ikkje pålitelege data over kor mange av dei som får behandling frå PHBU, som også får tiltak frå barnevernet.

For å belyse dette må vi gå til ulike kjelder. Ingen av kjeldene gir ei samla og påliteleg oversikt over talet på barn og unge som mottek tenester både frå barnevern og PHBU. Kvar av kjeldene gir noko kunnskap, men det er vanskeleg å samanlikne funna. Utval og metodar er ulike, og kvaliteten på dataa varierer.

8.1 Talet på barn og unge som får behandling i PHBU

Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2011 viser at over 55 000 barn og unge fekk behandling i psykisk helsevern for barn og unge i 2011. Dette svarer til ein auke på 2,6 prosent frå 2010. Fem prosent av befolkninga under 18 år fekk behandling i psykisk helsevern i 2011. Dette inneber at målsettinga i Opptappingsplanen er innfridd. Poliklinisk omsorg var det

dominerande behandlingstilbodet, og omfatta 96 prosent av pasientane som var behandla. Dekningsgraden varierer mellom helseregionane.

Få pasientar får døgn- eller dagbehandling. På nasjonalt nivå er det berre poliklinisk omsorg som har auke i talet på pasientar. Når det gjeld ulike typar tiltak, er det ein auke for poliklinikk både i terapi og samarbeid med andre instansar.

I 2011 fekk 1774 pasientar døgnbehandling. Talet på døgnopphald er relativt lite endra i perioden, mens gjennomsnittleg opphaldstid er redusert frå 2010. Det har vore ei utvikling over tid mot kortare opphald, og opphalda er elleve dagar kortare i 2011 enn i 2009.

8.2 Barn og unge i PHBU som også får tiltak frå barnevernet

Dei siste åra har det vore ein vekst både i talet på barn og unge som får behandling i PHBU, og barn og unge som får tiltak frå barnevernet.

Fram til og med 2008 publiserte Norsk pasientregister (NPR) aktivitetsdata for PHBU der rolla til barnevernet skulle registrerast. Kvaliteten på desse dataa varierte. Informasjon om rolla til barnevernet var ofte ikkje registrert, eller det var kryssa av for «veit ikkje». Rolla til barnevernet er derfor teke ut av tilvisings-skjemaet for 2009.⁴¹ Aktivitetsdata for psykisk helsevern over talet på barn og unge med tiltak frå barnevernet er

41) Jf. fotnote 33

derfor ikkje samanliknbare før og etter 2008. Tala er usikre og må tolkast med varsemd, med truleg viser statistikken minimumstal for talet på barn med tiltak frå barnevernet både før og etter 2008.

Vi har gått gjennom nokre publikasjonar som presenterer tal for prosentdelen av barn og unge som får behandling frå PHBU, og som også får tiltak frå barnevernet.

Kristofersen fann at rundt 17 prosent av barn og unge som mottok tenester frå PHBU i perioden 2002–2005, hadde status som barnevernsklientar (19). Rapporten frå Helsedirektoratet «Barn og unge i det psykiske helsevernet 2009–2010» viste at barnevernet var involvert i nesten 16 prosent av dei som tok imot tenester frå PHBU i perioden 2009–2010 (17). Dette tyder på at prosentdelen pasientar i PHBU som også hadde tiltak frå barnevernet, var om lag den same i 2002 som i 2010.

To studiar viser at barnevernet var involvert i fleire pasientar i PHBU døgningstusjonar enn i poliklinikkar eller PHBU sett som heilskap. Ei tverrsnittregistrering⁴² utført av SINTEF Helse hausten 2007 fann at barnevernet ved inntak i PHBU var involvert i 35 prosent av dei som tok imot dag- eller døgntilbod i denne undersøkinga (22). Rapporten frå Helsedirektoratet viser at barnevernet var involvert i nesten 26 prosent av barn og unge som var i døgnbehandling i PHBU i perioden 2009–2010 (17).

Resultata frå de ulike publikasjonane kan ikkje samanliknast direkte. Dei er henta inn på ulike tidspunkt, og utvala er forskjellige. I tillegg er dataa usikre når det gjeld rolla til barnevernet. Men dataa tyder på at prosentdelen av barn med tiltak frå barnevernet som også får ei eller anna form for tilbod frå PHBU, har vore relativt stabilt dei siste ti åra. Det ser også ut til å vere ein høgare prosentdel barn med tiltak frå barnevernet som får dag- og/eller døgntilbod enn poliklinikktilbod.

I kapittel 6 har vi referert nokre forskingsprosjekt som har undersøkt

omfanget av psykiske vanskar, psykiske problem eller psykiske lidingar hos forskjellige utval av barn med tiltak frå barnevernet. Nokre av rapportane frå desse prosjekta omtaler også kor mange av desse barna som får behandling frå PHBU. I og med at dei ulike prosjekta er omtalte tidlegare, refererer vi her berre kort det som kjem fram av relevant kunnskap om tilbod frå PHBU frå dei ulike prosjekta.

«Dobbeltklientprosjektet»

80 prosent av dei behandlingstrengande barnevernsklientane i «Dobbeltklientprosjektet» hadde ikkje eit tilbod frå psykisk helsevern for barn og unge på det tidspunktet undersøkinga ble gjennomført (september 1999) (26).

«Psykiske vanskar hos barn som bur heime» (6)

68 prosent av barn med tiltak frå barnevernet hadde kontakt med PHBU.

«Slik fosterforeldra ser det» (11)

41 prosent barn og unge i fosterheim hadde eller hadde hatt kontakt med PHBU.

«Barnevern for psykisk helse»

Alle barna i studien hadde hatt tilbod frå PHBU.

Barn og unge i barnevernsinstitusjon (31, s. 87)

Buifdir gjennomførte ei minikartlegging i januar 2010 om barn og unge i barnevernsinstitusjon. Totalt var det på det tidspunktet registrert 1200 barn og unge i offentlege og private barnevernsinstitusjonar. Det blei svart for 950. Om lag 400 barn og unge fekk behandling eller hjelp frå psykisk helsevern.

8.3 Oppsummering kapittel 8

Det har vore ein vekst i det totale talet på barn og unge som får behandling frå PHBU. Aktivitetsdata for PHBU tyder på at prosentdelen av barn som får tilbod frå både PHBU og barnevernet, har vore stabil rundt 17 prosent i perioden 2002–2010. Det materialet vi har gått gjennom, tyder på at prosentdelen av barn med tiltak frå barnevernet

42) Ei anonym tverrsnittregistrering av alle barn/unge som fekk dag- eller døgnbaserte tilbod per 20. november 2007. N=293 pasientar

er høgare i PHBU-institusjonar enn i poliklinikkar.

«Dobbeltklientprosjektet» viser at eit fåtal hadde tilbod frå PHBU. Dette prosjektet blei gjennomført i 1999, og det har vore ein omfattande kapasitetsauke i PHBU sidan da. Resultat frå fleirtalet av seinare forskingsprosjekt viser at mange barn og unge hadde, eller hadde hatt, kontakt med PHBU.

9 Kva veit vi om samarbeid mellom barnevern og PHBU?

Samarbeidet mellom barnevernet og PHBU har vore omtalt som utfordrande og til dels problemfylt både i media og i fleire forskingsrapportar/utgreiingar (19, 22, 23, 24, 28, 30, 34, 35, 36, 37, 40, 49, 50, 51). Samarbeidet blir analysert og forstått ut ifrå ulike perspektiv.

Er det samarbeidsproblem mellom barnevernet og PHBU som er med på å avgrense tilgangen til PHBU for barn med tiltak frå barnevernet? Kva kan vi finne av kunnskap som belyser dette?

9.1 Ulike perspektiv på samarbeidsutfordringar

I «Evaluering av Storbysatsingen i psykisk helse»⁴³ blir dette uttrykt slik:

«Ulike normer og ulike fokus i ulike tjenester kan også gjøre samarbeid vanskelig. I barnevernet er det f.eks. barnets beste som står i sentrum, mens psykiatrien er opptatt av behandlingsrelasjonen til sine pasienter. Dette kan innebære at de psykiske hestetjenestene ikke melder fra til barnevernet fordi det kan skade behandlingsrelasjonen. Her gjør også ulike lovverk samarbeidet vanskelig. Mens barnevernet kan gripe inn med tvang, er psykiatrien mye mer avhengig av frivillighet og motivasjon fra pasientenes side. Et annet problem i samarbeidsrelasjonen som nevnes fra tiltakene⁴⁴ er knyttet til ulik vektlegging av brukerens behov for hjelp. Mens ansatte som arbeider med tunge rusmisbrukere mener at folk som er en

fare for seg selv må få hjelp, legger helsevesenet vekt på at pasienten må være mottakelig for hjelp og at hjelpen må ha en rimelig god forventet effekt. Erfaringen i tiltakene vi har sett på er at det er enklere å få til et samarbeid om hjelp til unge med psykiske problemer enn til etablerte brukere med dobbeltdiagnose, spesielt hvis de ikke har permanent bosted. Hjelpeapparatet oppleves å være lite tilpasset denne gruppen, slik at selv ved gode intensjoner om samarbeid strander ofte forsøket på å skaffe hjelp på manglende tilbud» (44 s. 306).

I rapporten «Den vanskelige samhandlingen», ein av rapportane frå evalueringa av barnevernet, står det at samarbeid kan analyserast i lys av eit strukturelt og eit kulturelt perspektiv (40, s. 297). *Det strukturelle perspektivet* legg vekt på at samarbeidsproblem har bakgrunn i at organisasjonar har ulike ressursar, makt/påverknad, interesser, mål, styringssystem og arbeidsformer. *Det kulturelle perspektivet* tek utgangspunkt i kulturelle særdrag ved organisasjonane som barrierar for samarbeid. Alle organisasjonar utviklar eigne verdiar, normer og haldningar. Dette kan medverke til å skape kommunikasjonsproblem og konflikter.

Generalsekretær Randi Talseth i Voksne for Barn uttalte ved presentasjonen av rapporten «Sårbar og sist i køen» (1):

43) «Storbysatsingen i psykisk helse»: I statsbudsjettet for 2005 blei det sett av 50 millionar kroner frå Opptappingsplanen for psykisk helse til dei fire største norske byane – Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger. Formålet var å styrkje innsatsen overfor dei som hjelpeapparatet ikkje når (44, s. 11).

44) Tiltak her viser til dei tiltaka som blei sette i verk som ledd i «Storbysatsingen i psykisk helse».

«Det er vanskelig å få et helhetlig tjenestetilbud for barn med behov fra flere hjelpeinstanser. Det at et barn får hjelp ett sted, blir argument for avvising andre steder – selv om barnet kan ha dokumentert behov for hjelp begge steder.»

I oppsummeringen frå ei internettbasert undersøking⁴⁵ som leiarar og tilsette frå den kommunale barnevernstenesta og PHBU poliklinikkar svarte på i august og september 2010, blir det peikt på nokre sentrale tilhøve og utfordringar (32):

- Problembelastninga i omsorgssvikt-saker er ofte ekstrem.
- Undersøkningsprosessar må komme i gang tidleg og samkøyrast og integrerast frå barnevern og barne- og ungdomspsykiatri.
- Ein viktig premiss for undersøking, behandling og avgjerdsprosess er å utvikle ein heilskapleg observasjons- og analysemodell der barnevern og barne- og ungdomspsykiatri gjensidig bidreg.
- Dei to tenesteområda har ulikt grunnlag for å nytte formell autoritet, både lovmessig og ideologisk. Ein bør likevel prøve å likestille den faglege autoriteten i dei to tenesteområda.
- Samarbeidet blir nesten alltid komplisert fordi det blir etablert for seint.
- Barne- og ungdomspsykiatrien er ein akademisk disiplin med medisin, psykiatri og psykologi, mens barnevernet har sosialfagleg kompetanse på høgskolenivå. Dette skaper forskjellar i status og prestisje, og desse bør ein prøve å utjamne.

I ei pressemelding frå prosjektet om «plasserte barn», jf. kapittel 6.2, uttaler Karen Havnen:

«– En måte å bedre situasjonen for barn med tiltak fra barnevernet vil kunne være en utviding av samarbeidet mellom barnevernet og spesialisthelsetjenesten (PHBU). Eller en kan tenke seg en bedre psykologisk kompetanse integrert i barnevernet.

– Det er også underlig at det i dag ikke finnes noen systematisk vurdering av barns psykiske helse i forbin-

delse med plassering utenfor hjemmet. For å identifisere barna som har behov for utredning og behandling, bør det etableres en praksis med kartlegging av psykisk helse hos alle barn som vurderes for plassering utenfor hjemmet, anbefaler Havnen.»

Forslag om å kartlegge barn og unge som blir plasserte i barnevernsinstitusjon, blir også diskutert og lagt fram i tilrådingar frå «Prosjekt barnevern for psykisk helse» (16) og utgreiinga frå Bufdir om kvaliteten i barnevernsinstitusjonar (31).

I evalueringsrapporten frå forvaltningsreforma i barnevernet blir det vist til at det er utvikla fleire samarbeidsavtalar på ulike nivå, primært mellom barnevernet og helsesektoren: avtalar mellom departementet (BLD) og KS, avtalar mellom direktorat, avtalar mellom regionkontora i Bufetat og dei regionale helseføretaka, og avtalar mellom fagteam og PHBU. Rapporten viser til at desse avtalane er relativt unge, og at effekten av avtaleverket må vurderast på lengre sikt.

«Mangel på grunnleggende kunnskap om hva de ulike tjenestene kan tilby og hvordan de er organisert, og derfor urealistiske forestillinger om hva andre tjenester kan og bør tilby, fremstår som et problem for samhandlingen. Spesielt mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge synes det å eksistere noen myter om den andre tjenesten som antakelig bidrar til samarbeidsproblemer noen steder. Et enkelt og tydelig informasjonsmateriale om de aktuelle tjenestene – nivåene, systemene, lovverket, kravene og rutinene – ville antakelig vært hensiktsmessig. En slik enkel, gjerne felles, brosjyre kunne lages sentralt, og distribueres til alle enheter innen både BUP og barnevern.» (40 s. 301)

45) 32 av 64 barnevernstenester og sju av tolv PHBU poliklinikkar svarte på undersøkinga.

9.2 Kva kan barnevernsstatistikken seie om samarbeidet mellom barnevern og PHBU?

Vi har sett nærare på barnevernsstatistikken til SSB for å sjå om, eller korleis, denne statistikken kan indikere eit samarbeid mellom barnevernet og PHBU. Barnevernsstatistikken til SSB har ingen kategori som viser samarbeid med PHBU, men han viser at psykiske problem hos barnet var gitt som grunn

for å setje i verk barnevernstiltak for 3,6 prosent av barn og unge i 2010.

Somme av tiltaka som barnevernsteinesta set i verk, kan – slik det kjem til synes i barnevernsstatistikken til SSB – indikere eit samarbeid med PHBU, til dømes tiltaket «Poliklinisk psykiatrisk behandling»⁴⁶ og «Andre behandlingstinstitusjonar». Desse omfattar relativt få vedtak, sjå tabellen nedanfor.

Tabell 5: Nokre typar barnevernstiltak 2007–2009⁴⁷

År	Tal på barn	Poliklinisk psykiatrisk behandling	Andre behandlingstinstitusjonar	Ansvarsgruppe
2007	42 626	527	391	823
2008	44 167	329	297	3 053
2009	46 487	279	165	4 845
2010	49 781	351	122	6 550

Vi har vore i kontakt med nokre kommunale barnevernstenester som svarer at samarbeid mellom barnevernet og PHBU ofte blir registrert anten under «Andre tiltak» eller i tilknytning til «Vedtak om deltagelse i ansvarsgruppe». Barnevernsleiar kan tilvise til PHBU, men barnevernet kan ikkje avgjere at barnet skal ta få eit slikt tilbod. Kven som skal få tilbod frå PHBU, er bestemt av leiaren i den aktuelle PHBU-verksemnda, blant anna ut frå behovet til barnet og kva nytte barnet kan ha av hjelpa. Dette følgjer av den retten barnet har til nødvendig helsehjelp.

og PHBU at det er behov for tenester frå både. «Ikke enten eller, men både og» (28).

Om problemet blir definert som sjukdom hos barnet eller mangelfull omsorg frå foreldra si side, får konsekvensar for barn og foreldre, men også for tenestene. I boka blir det poengtert korleis definisjonen av problemet som anten barnevern eller psykiatri på kvar sin måte er med på å ansvarleggjere eller frita anten tenester, barn eller foreldre. Dersom barnet har ei psykisk lidning, er problemet barnet og PHBU sitt, og foreldra treng i mindre grad å stille spørsmål ved si omsorg for barnet. Det er barnet det er noko gale med. Dersom problemet til barnet er definert til å vere ei følgje av omsorgssvikt frå foreldra, kan barnet på tilsvarande måte frita seg sjølv for eventuell utagerande åtferd. Det er foreldra det er noko gale med, og eventuell utagering vil kunne definereast som ein normalreaksjon på ein mangelfull omsorgssituasjon. «Myndighetenes krav om entydiggjøring av det komplekse og sammenflette skaper, som vi ser, problemer

46) Frå 2007 blei det gjort endringar i statistikken, og «Vedtak om deltagelse i ansvarsgruppe» og «Vedtak om råd og veiledning» blei tekne inn i statistikken. Det var også drøfta å ta ut vedtak om tiltaket «Poliklinisk psykiatrisk behandling» fordi dette ikkje kan reknast som eit tiltak etter barnevernlova. Tiltaket blei likevel ikkje teke ut av statistikken (munnlig informasjon på telefon frå tilsett i SSB, mai 2011).

47) Tala er henta frå SSB-statistikken «Barn med barnevernstiltak i løpet av året, etter alder og tiltak for årene 2007, 2008, 2009 og 2010».

9.3 «Verden ser ulik ut avhengig av hvor man befinner seg i tjenestesystemet, og hvordan man definerer problemet»

I boka «Samhandling mellom barnevern og BUP» uttrykkjer både barnevernet

ikke bare for familien, men også for aktørene i barnevernet og BUP» (28, s. 290).

I prosjektet «Sammen for barn og unge»⁴⁸ blir det påpeikt at vi må slutte å snakke om *gråsonerbarn* og heller omtale dei som *fellessonebarn* når det er snakk om barn som treng tverrfaglege og sektorovergripande tenester (23, s. 4). Vi bør sjå på psykisk helsevern og barnevern som to sider av same saka.

9.4 Samarbeid slik dei tilsette ser det

Dei fleste prosjekta har fokusert på korleis dei tilsette i barnevernet og PHBU ser på samarbeidet, eller dei er evalueringar av ulike forsøk på samarbeid.

Eitt prosjekt såg på samhandling mellom barnevern og psykisk helsevern i arbeidet med tilvisingar. Rapporten omtaler gråsoner og uavklart rollefordeling mellom PHBU og kommunalt barnevern. Eitt spørsmål som blei drøfta, var blant anna kor mykje informasjon barnevernet eller andre kommunale tenester skulle hente inn i tilvisingsprosessen. Somme oppfatta dette som «sekretæroppgåver» som PHBU burde utføre sjølv, mens andre aksepterte i langt større grad dei forventningane PHBU hadde til at kommunen skulle komme med utfyllande og koordinerte opplysningar (37).

Samarbeidet mellom PHBU og barnevernet blir noko ulikt skildra av dei to tenestene i rapporten, som har sett på tilgjengelegheit og samarbeid (19). Rapporten kjem med fleire sitat frå intervju. Éin leiar frå PHBU sa blant anna:

«... barnevernet har av og til nesten et umettelig behov kan vi oppleve ... at de ønsker veiledning. Og da skal de ikke ha veiledning fra hvem som helst, men de skal ha veiledning fra erfarne psykologer.» (s. 165)

Frå intervju med barnevernsleiarar blir det referert til at somme meinte at mykje av auken i talet på stillingar i PHBU dei seinare åra var blitt fylte med fleire sosionomar/barnevernspedagogar og kliniske pedagogar. Det blir vist til at fleire barnevernsleiarar sakna å kunne konferere med psykologar dersom dei kontakta PHBU om ei vanskeleg sak.

«De mislikte hvis de fikk følelsen av å 'måtte gå en ny runde' med sosionom/barnevernspedagog innledningsvis på en BUP hvis de mente at barnet og familien det gjaldt hadde vært tilstrekkelig utredet barnevernfaglig i egen tjeneste.» (s. 148)

I oppsummeringsrapporten frå evalueringa av barnevernet blir samarbeidsutfordringar mellom det statlege barnevernet og PHBU skildra slik:

«I den grad det eksisterer samarbeidsproblemer med BUP, påpeker NIBR/ Telemarksforskning at dette i følge ansatte i det statlige barnevernet skyldes mangel på kunnskap om og forståelse for ulikheter i roller, organisering, lovverk og tilbud mellom de to tjenestene. Blant ansatte i BUP oppleves uenighet om tiltaksbruk og ulik faglig forankring som årsaker. Gråsonesaker der barn og unge kan ha rettigheter etter flere lovverk og saker preget av uenighet om barn skal plasseres i institusjon i regi av barnevernet eller psykisk helsevern, er sentrale kilder til utfordringer i samarbeidet. Felles fagbakgrunn eller yrkeserfaring i de to tjenestene anses som viktig for samarbeid, så vel som utvikling av rutiner og avtaler for samarbeid. Kontakten mellom BUP og fagteam er svært liten, og dreier seg i hovedsak om fordeling av finansieringsansvar. Mangel på ressurser til samarbeid nevnes også hyppig som en begrensende faktor for samarbeid.» (51, s. 32)

48) Prosjektet «Sammen for barn og unge – bedre samordning av tjenester til utsatte barn og unge» er eit treårig prosjekt som har vore finansiert over statsbudsjettet og drive i samarbeid mellom KS og BLD. Målsetninga for prosjektet har vore å utvikle samarbeidsmodellar som fungerer i praksisfeltet, og som kan fungere som inspirasjon og rettleiing for andre kommunar. 15 kommunar har delteke i prosjektet.

9.5 Samarbeid slik brukarane ser det

Det er gjort få undersøkingar om kva erfaring brukarane har med barnevernet og PHBU og samarbeidet mellom dei to tenestene. Det vi har funne, er ei mindre undersøking frå Barnevernets utviklingscenter (BUS). Dei har gjennomført ei brukarundersøking blant ungdom og deira foreldre eller føresette som har fått hjelp frå barnevernet og PHBU (50). Data blei henta inn gjennom kvalitative intervju med ti familiar frå Nord- og Sør-Trøndelag. Det vil seie at utvalet er lite, og resultatane må tolkast med varsemd.

Dei fleste informantane, både ungdom og foreldre eller føresette, oppfatta barnevern og PHBU som to åtskilde og separate tenester, og dei visste eigentleg ikkje kor mykje dei samarbeidde.

Undersøkinga konkluderte med at mange av ungdommane var misnøgde med høvet dei hadde til medverknad, særleg hos barnevernet. Dei følte ikkje at dei blei høyrde og tekne på alvor.

«Barnevernet var mer opptatt av å høre på de voksne enn dem. Dette gjaldt ikke i samme grad i kontakten med BUP; i samtale med hjelpepersonell/behandler følte ungdommene at de ble hørt og sett på en annen måte enn tilfellet var i kontakten med saksbehandler i barneverntjenesten.» (50, s. 13)

Foreldra opplevde dette annleis. Dei fleste foreldre eller føresette gav uttrykk for at dei blei høyrde, var involverte og kunne påverke dei avgjerdene som blei tekne i kontakt med barnevernstenesta. Foreldra eller dei føresette følte seg derimot litt meir sette til sides og ikkje like involverte i kontakten med PHBU.

9.6 Betre enn før, men framleis utfordringar

Fleire prosjekt peiker på at samarbeidet mellom barnevern og PHBU er blitt betre, men også at det framleis er utfordringar (19, 37, 40, 49).

I intervjuet i ein rapport basert på ei kartlegging av kvalitet og innhald i tilvisingsdokumentet som PHBU får frå kommunale instansar, blei det framheva at det formelle og uformelle samarbeidet mellom kommunane og PHBU var styrkt dei seinare åra, og at det var ei større sannkjenning av at samarbeidet var viktig. Men det var forskjellar mellom kommunane. Særleg verka det vanskeleg å etablere formelt og uformelt samarbeid mellom PHBU og førstelinjetenesta i kommunar eller bydelar. Det såg også ut til å vere større merksemd rundt den skriftlege informasjonen til PHBU (tilvisinga) enn frå PHBU (epikrisen) (37).

I Kristofersens rapport «Tilgjengelighet og samarbeid» er konklusjonen at det har skjedd ei viss betring både av kor tilgjengeleg PHBU er, og samarbeidet mellom PHBU og barnevernet frå 2002 til 2005 (19).

Evalueringa av forvaltningsreforma i barnevernet har eit eige kapittel som har sett på samhandlinga mellom det statlege barnevernet og tilgrensande tenester, under desse PHBU. Det blir vist til styringsdokumenta for forvaltningsreforma der det fleire stader er lagt vekt på at den nye organiseringa av barnevernet ville leggje til rette for betre samarbeid med tilgrensande tenester (40, kapittel 6).

I evalueringsrapporten blir det på side 296 vist til at dei fleste informantane meinte at samarbeidet med ulike tenester var betre no enn tidlegare, men at dei ikkje trudde denne utviklinga kunne tilskrivast reforma i barnevernet.

«Selv om det er en del samarbeid mellom barnevernet og BUP, og mange mener at samarbeidet har bedret seg de siste årene, er barnevernets etterspørsel etter ytterligere samarbeid med BUP stor. De samarbeidsproblemene som fortsatt eksisterer skyldes forskjeller i roller, inntaksprosedyrer, organisering, lovverk og tilbud. Gråsonesaker er også en kilde til problemer i relasjonen mellom psykisk helsevern og barnvern» (40, s. 296)

9.7 Oppsummering kapittel 9

Det ligg føre fleire rapportar frå større og mindre prosjekt, utgreiingar og forsøk om samarbeidet mellom barnevernet og PHBU dei siste ti åra.

Utfordringane for samarbeid blir analyserte frå ulike perspektiv, og det er lagt fram fleire større og mindre forslag til tiltak. Materialet vårt kan ikkje brukast som grunnlag for å hevde at samarbeidsutfordringar fører til at barn med tiltak frå barnevernet får dårlegare tilgang til tenester frå PHBU enn andre barn og unge.

10 Status for sentrale utgreiingar og tiltak

Det er lagt fram fleire sentralt initierte utgreiingar med forslag til tiltak som omfattar anten barnevern eller PHBU, eller samarbeidet mellom dei. Forslaga spenner over eit breitt spekter: strukturelle, under dette organisatoriske og juridiske forslag; meir kunnskap, under dette fagutvikling i begge tenester; og ei mengd forslag til utprøving av ulike samarbeidsmodellar eller avtalar.

Vi vil i dette kapittelet forsøkje å oppsummere kort dei viktigaste forslaga og status for oppfølging.

10.1 NOU 2009:22 Det du gjør, gjør det fullt og helt. Bedre samordning av tjenester til utsatte barn og unge

I pressemelding frå BLD 3. desember 2009 blir Flatø-utvalgets forslag omtalt slik:

«• Alle som har langvarige hjelpebehov fra flere instanser, skal ha rett til en personlig koordinator. Ordningen gjøres gjeldende for skole og barnehage.

- Pålegg om at kommunene skal ha tilbud om psykisk helsearbeid (med egen bestemmelse i kommunehelsetjenestelovens § 1-3). Og en handlingsplan for styrket psykologtjeneste i kommunene.
- Systematisk kartlegging av barns sosiale, emosjonelle og adferdsmessige utvikling, basert på vitenskapelig, dokumenterte verktøy, for

å avdekke hvem som trenger kontakt med hjelpeapparatet og sikre tidlig hjelp.

- For å gjøre det enklere for brukere og hjelpetjenester foreslås det å etablere de resterende delene av sosialtjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven og eventuelt barnevernloven som ett felles lovverk.
- Etablere felles barnevern- og barne- og ungdomspsykiatriske institusjonsplasser.» (30)

Oppfølging:

Ein del av forslaga i «Flatø-utvalet» har Statens helsetilsyn tidlegare uttalt seg om. Vi viser til høyringsuttale frå Statens helsetilsyn til Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet datert 30.08.2010.

I Prop.1 S (2011–2012) Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet er oppfølginga kommentert på følgjande vis:

«NOU 2009:22 Det du gjør, gjør det helt. Om bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge (Flatø-utvalet) fremma 15 tiltak som kan vere med på å styrkje samarbeidet om utsette barn og unge. Departementet vil sjå på tiltaka og eventuelt vurdere vidare oppfølging av desse i lys av den pågåande evalueringa av statleg barnevern og eventuelle endringar i dagens organisering av det statlege barnevernet.»

Vi er også kjende med at Helsedirektoratet i oppdragsbrevet frå Helse- og omsorgsdepartementet for 2012 fekk følgjande oppdrag:

«Helsedirektoratet skal i samarbeid med Utdanningsdirektoratet planlegge og iverksette en toårig prøveordning som gir PP-tjenesten, i en region eller utvalgte fylker, henvisningsrett til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) og habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU), jf Meld. St. 18 (2010 – 2011) Læring og fellesskap. Videre skal Helsedirektoratet vurdere de økonomiske konsekvensene av prøveordningen og komme med forslag til forskriftsendring.»

10.2 Kvalitet i barnevernsinstitusjonar

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) fekk i 2010 presentert ein rapport frå ei arbeidsgruppe som hadde sett på kvaliteten i barnevernsinstitusjonar (31). Grappa bestod av representant frå regionane i Bufetat, Oslo kommune og Bufdir. Dei tilrådde blant anna å systematisk kartleggje alle barn som blir plasserte i barnevernsinstitusjonar, for å oppnå ei tydelegare differensiering av målgrupper og ei inndeling av institusjonar med ulik målsetting og funksjon.

Oppfølging:

Arbeidet med å ta i bruk standardiserte kartleggingsverktøy er starta, og det er bestemt at institusjonstilbodet på sikt skal utviklast til å vere differensiert i følgjande institusjonstypar:

1. Institusjonar for ungdom med rusproblem
2. Institusjonar for ungdom med alvorleg åtferdsproblematikk med høg risiko for framleis negativ utvikling
3. Institusjonar for ungdom med åtferdsproblematikk med låg risiko for framleis negativ utvikling
4. Akuttinstitusjonar
5. Institusjonar for omsorg
6. Omsorgssenter for einslege mindreårige asylsøklarar

10.3 «Sammen for barn og unge»

Prosjektet har vore eit samarbeid mellom KS, kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon og Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD). Prosjektet er forankra i konsultasjonsordninga mellom Regjeringa og KS og i ein overordna politisk samarbeidsavtale om barnevernet i Noreg. Samarbeidsavtalen byggjer blant anna på at BLD og KS har ei felles forståing av at barnevernstenesta ikkje kan sjåast på isolert. Eit godt barnevern er avhengig av at tenestene til barn og unge heng saman. Det treårige prosjektet har vore finansiert over statsbudsjettet og er gjennomført i perioden august 2008 til august 2011 etter oppsett plan. Intensjonen med innsatsen var å betre samordninga av dei kommunale tenestene for utsette barn og unge.

NOVA har evaluert prosjektet «Sammen for barn og unge – bedre samordning av tjenester til utsatte barn og unge» (49). I evalueringa har NOVA vore særleg oppteke av å identifisere dei prosedyrane, systema og rutinane i samarbeidet mellom tenestene som fungerer godt, og som fører til ei koordinert og heilskapleg tilnærming til barnet og familien. I evalueringa har dei sett på samarbeidet mellom den kommunale barnevernstenesta, PP-tenesta, helsestasjonane, psykisk helsevern, legetenester, politi, barnehagar og skolar.

NOVA har løfta fram følgjande kriterium som suksessfaktorar for gode samarbeidsformer:

- regelmessige møte
- klar ansvarsfordeling
- krav om aktiv rapportering
- oppfølging av rutinar
- riktig kompetanse

Andre kjenneteikn er at kvar teneste har god kunnskap om dei andre tenestene sine rutinar, arbeidsmåtar, samtykke, forhold til teieplikt og opplysningsplikt.

Oppfølging:

Prosjektet er avslutta, og dei gode døma er samla i ei artikkelsamling. Vi er kjende med at KS og BLD i ulike forum oppmodar kommunane til å lese og lære

av erfaringane frå kommunane som har delteke i prosjektet, og å gå saman i nettverk og dele erfaringar og tankar frå eigen praksis.

10.4 Rapport frå barneverns-panelet

Barnevernspanelet har vore breitt samansett med 22 representantar frå ulike miljø.

Barnevernspanelet leverte rapporten sin den 28. september 2011. Panelet skulle komme med forslag til korleis barnevernet kan utviklast til det beste for barnet. Forslaga er knytte til fem bolkar: organisering, regelverk, brukarmedverknad, kunnskapsbehov og tiltak i barnevernet.

Oppfølging:

Ved mottakinga av rapporten 28.9.2011 uttalte daverande statsråd Audun Lysbakken: «Rapporten er et viktig innspill i arbeidet med lovproposisjonen om barnevernet. Vi kommer til å gå grundig gjennom alle forslagene.»

10.5 Evaluering av barnevernsreforma

I 2004 blei barnevernsreforma gjennomført ved at staten overtok ansvaret for det som hadde vore fylkeskommunale barnevernstenester. 19 ulike fylkeskommunale barnevernstenester skulle bli eit statleg barnevern som skulle sørge for god fagleg og økonomisk styring av det statlege barnevernet.

Evalueringsrapportane skulle svare på om barnevernet gjennom verksemda si oppnådde ønskte resultat og effektar for brukarane og samfunnet.

Det ligg no føre fire rapportar:

1. *Institusjonsplassering siste utvei? Betydningen av barnevernsreformen fra 2004 for institusjonstilbudet*
2. *Oppgave- og finansieringsansvar i statlig og kommunalt barnevern*
3. *Evaluering av faglig og økonomisk styring i det statlige barnevernet*
4. *Den vanskelige samhandlingen*

Konsulentfirmaet Rambøll har oppsummert dei fire rapportane i ein eigen sluttrapport: «Forvaltningsreformen deloppdrag E» (51). Rapporten peiker blant anna på desse utfordringane:

- Ei organisering av barnevernet på to nivå er krevjande og føreset at begge nivåa har felles fagleg forståing, vilje og evne til å samarbeide godt, og tilstrekkeleg kompetanse til å utføre oppgåvene sine.
- Forvaltningsnivåa må utvikle vidare ei felles forståing av kva behov brukarane har, og korleis vi best kan møte desse behova.
- Det kan gjerast meir for å sikre at det statlege og kommunale barnevernet innfrir dei lovpålagde oppgåvene sine.

Oppfølging:

I ei pressemelding frå BLD datert 13. juni 2012 står det: «Å gi barnevernsbarn et godt tilbud er blant våre viktigste oppgaver, sier statssekretær Kjetil Andreas Ostling i BLD. – Regjeringen er opptatt av en kunnskapsbasert utvikling av barnevernet, slik at vi kan få et bedre barnevern til barns beste. Vi er derfor glad for at den oppsummerende rapporten nå er klar. Sammen med en rekke andre rapporter og utredninger har vi nå et godt kunnskapsgrunnlag når departementet skal vurdere nye reformer i barnevernet. Oppgave- og ansvarsfordelingen mellom statlig og kommunalt barnevern vil stå sentralt i et nytt lovforslag, sier Ostling.»

10.6 Strategi for den psykiske helsa til barn og unge

Helsedirektoratet har i tildelingsbrev frå HOD for 2012 fått i oppdrag å lage ein strategi for den psykiske helsa til barn og unge som tek utgangspunkt i det behovet barn og familiar har for hjelp. Strategien skal byggje på eit likeverdig og tilgjengeleg tenestetilbod av høg fagleg kvalitet, og han vedkjem aktørar på alle nivå. Koordinerte tenester vil vere sentrale⁴⁹.

Strategien skal ha eit tydeleg førebyggingsperspektiv og kjem inn på ansvarsområda til fleire direktorat og departement. For å komme i møte

49) Informasjon frå saksbehandler i Helsedirektoratet

oppdraget med å utvikle ein heilskapleg strategi for det lokale arbeidet med risikoutsette barn og unge er det ein føresetnad at strategiarbeidet er forankra i departementa og direktorata det vedkjem. Helsedirektoratet har etablert samarbeid med dei det gjeld på direktoratsnivå, og ei arbeidsgruppe med brei deltaking⁵⁰.

Planen er at Helsedirektoratet skal levere ei skisse til strategi til HOD hausten 2012.

10.7 Oppsummering kapittel 10

Det ligg føre fleire rapportar og forslag til tiltak som handlar om ulike sider ved barnevernet. Somme av utgreiingane vedkjem også PHBU, eller samarbeidet mellom dei to tenestene. BLD arbeider med å konkretisere vidare oppfølging av mange av forslaga i eit stortingsdokument som skal sendast til Stortinget i 2013.

50) Deltaking frå: Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Kriminalomsorgens sentrale forvaltning, Politidirektoratet, Integrerings- og mangfaldsdirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Husbanken og alle divisjonane i Helsedirektoratet.

11 Tilsynserfaringar

Har vi tilsynserfaringar som tyder på at barn med tiltak frå barnevernet ikkje får dei tenestene frå PHBU som dei treng og har krav på? For å belyse dette spørsmålet har vi gått gjennom dei ulike kjeldene vi har frå arbeidet vårt som tilsynsmyndigheit:

- oppsummeringsrapportar frå landsomfattande tilsyn
- revisjonsrapportar frå tilsyn utført av fylkesmennene etter lokal prioritering og risikovurdering
- samtalar med tilsette i fylkesmannsembeta
- tilsynssaker om psykisk helsevern for barn og unge behandla av Statens helsetilsyn
- klage til Fylkesmannen på rett til nødvendig helsehjelp
- klager til Fylkesmannen om ulovlege tilhøve i barnevernstenesta
- årsrapportar frå fylkesmennene frå 2011

Nedanfor kjem ein kort gjennomgang av kva dei ulike kjeldene kan bidra med av kunnskap om barn med tiltak frå barnevernet og tilgang til PHBU.

11.1 Oppsummeringsrapportar frå landsomfattande tilsyn

Mens denne rapporten blir skriven, arbeider Statens helsetilsyn med ein rettleiar for landsomfattande tilsyn med psykisk helsevern for barn og unge. Tilsynet skal gjennomførast av fylkesmennene i 2013.

Statens helsetilsyn har ikkje gjennomført landsomfattande tilsyn i skjeringsfeltet PHBU og barnevern, men i tre oppsummeringsrapportar finn vi litt relevant kunnskap om PHBU og barnevernet, og samarbeid mellom dei to tenestene.

11.1.1 Utsette barn og unge – behov for betre samarbeid. Landsomfattande tilsyn i 2008

I 2008 gjennomførte landets fylkesmenn og Helsetilsynet i fylka i fellesskap tilsyn med korleis kommunane samarbeidde om tenester til utsette barn. Funn og erfaringar frå tilsynet er oppsummert i rapporten «Oppsummering av landsomfattande tilsyn 2008 med kommunale helse-, sosial- og barnevernstjenester til utsatte barn» (46).

Tilsyn med korleis kommunane legg til rette og følgjer opp samarbeid mellom barneverns-, helse- og sosialtenester til barn i skolepliktig alder, og til ungdom i alderen 18 til 23 år, blei gjennomført i til saman 114 kommunar.

Tilsynet avdekte at det i mange kommunar ikkje blei lagt til rette for eit samarbeid for at barn og unge skulle få riktig teneste til rett tid. Kommunane la heller ikkje i tilstrekkeleg grad til rette for nødvendig opplæring av dei tilsette.

11.1.2 Kommunalt barnevern – undersøking og evaluering. Landsomfattande tilsyn 2011

Tilsynet undersøkte om eit utval norske kommunar sikra arbeidet til barnevernstenesta med undersøkingar, evaluering av hjelpetiltak og medverknad for barn. Oppsummeringsrapporten er basert på tilsynsrapportar frå 44 kommunar. Funn og erfaringar frå tilsynet er oppsummerte i rapporten «Oppsummering av landsomfattande tilsyn 2011 med kommunalt barnevern – undersøkelse og evaluering» (47).

Rapporten viste at 40 av 44 kommunar hadde brot på lovverket eller forbettringsområde i arbeidet med å gjennomføre undersøkingar, evaluering av hjelpetiltak og medverknad for barn.

11.2 Revisjonsrapportar frå tilsyn utførte av fylkesmennene etter lokal prioritering og risikovurdering

Revisjonsrapportar frå tilsyn gjennomførte av fylkesmennene⁵¹ blir publiserte på heimesidene til Statens helsetilsyn www.helsetilsynet.no. Statens helse-tilsyn fekk overført det overordna tilsynet med barnevernet 1. januar 2010. Dette kan truleg forklare at vi ved søk i tilsynsrapportar frå 2010, 2011 og fram til våren 2012 berre fann tre tilsyn der barnevern og PHBU var omtalte.

Éin rapport handla om meldeplikta som helsepersonell har til den kommunale barnevernstenesta. Det blei peikt på lovbrøt: «Sykehus Y har fremdeles for høy risiko for at viktig informasjon om forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side, ikke sendes barneverntjenesten i kommunen.»

To rapportar handla om samarbeid, tenester og tiltak overfor utsette barn i skolepliktig alder og ved overgang frå barn til vaksne. Tenestene omfatta kommunalt barnevern og helse- og sosialtenester. I det eine tilsynet blei det påpeikt to lovbrøt:

- «X kommune har ikke gjennom sine styringssystemer sikret at barn og unge i skolepliktig alder får forsvarlige tjenester kommunale tjenester på de reviderte områder.»

- «X kommune (NAV sosial) dokumenterer ikke at det er foretatt individuell kartlegging og utredning av søknader om økonomisk sosialhjelp.»

11.3 Samtaler med tilsette hos fylkesmennene

Som ledd i kunnskapsinnhentinga til Rapport frå Helsetilsynet 8/2007 «Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser» (48) gjennomførte vi i 2006 samtalar med ni fylkesmanns-embete. Samtalane handla om utfordringar i tenestetilbudet til personar med psykiske lidningar.

Vi spurde ikkje eksplisitt om forholdet mellom psykiatriske helsetenester og barnevernet. Barnevern blei likevel spontant nemnt i fem fylkesmanns-embete. Utsegnene handla om gråsoneproblematikk og utfordringar i samarbeidet mellom blant anna PHBU, tenester til rusmiddelavhengige og barnevern. Det blei vidare peikt på som eit problem at barnevernsinstitusjonar ikkje var bemanna for å ta hand om personar med psykiske problem.

«I flere samtaler gis det uttrykk for bekymring for at barnevernet får ansvaret for mange barn og unge som det ikke er plass til i spesialisthelsetjenesten, men uten at de kan tilby et faglig forsvarlig tilbud i form av nødvendige terapeutiske tilbud og oppfølging. De fleste barnevernsinstitusjoner er ikke bemannet for barn og unge med psykiske problemer, og har ikke annen kompetanse enn miljøarbeidere, og som tilsynsmyndigheten i ett fylke uttrykker det: 'Spesialisthelsetjenesten har lite å tilby barn og unge i barnevernet, enten de er i fosterhjem eller institusjoner'» (48, s. 14).

Vi veit ikkje om dette var ei oppfatning også i dei resterande fylkesmanns-embeta i og med at vi ikkje spurde spesielt etter dette. Det einaste vi dermed kan oppsummere frå desse samtalane, er at nokre fylkesmanns-embete spontant nemnde at det var gråsoner og utfordringar i samspelet mellom helse- og sosialtenestene og barnevernet.

51) Fram til 1. januar 2012 fylkesmennene og Helsetilsynet i fylka.

Som eit ledd i arbeidet med denne rapporten har det ikkje vore gjennomført egne samtalar med fylkesmanns-embeta.

11.4 Tilsynssaker om psykisk helsevern for barn og unge behandla av Statens helsetilsyn

Pasient- og brukarrettslova § 7–4 gir pasientar og brukarar rett til å klage til Fylkesmannen dersom dei meiner dei er utsette for uforsvarleg behandling frå helse- og omsorgspersonell. Dei alvorlegaste sakene blir sende over til Statens helsetilsyn, som kan gjere vedtak om reaksjonar, til dømes tap av autorisasjon.

I 2008 søkte vi i arkiva våre etter aktuelle tilsynssaker. Vi gjekk gjennom nokre saker om psykisk helsevern for barn og unge. Vi fann ingen relevant kunnskap om barn med tiltak frå barnevernet og tilgang til psykisk helsevern for barn og unge.

Tilsynssaker handlar om det som har gått føre seg, og det eller dei helsearbeidarane det blir klaga på. Når ein vurderer om det er brot på helselovgivinga, er det ikkje nødvendigvis relevant om den som klagar, har ein relasjon til barnevernet eller ikkje.

11.5 Klager til Fylkesmannen på rett til nødvendig helsehjelp

Pasient- og brukarrettslova § 7–2 gir ein person, eller representanten for denne personen, høve til å klage til Fylkesmannen dersom vedkommande meiner at ho eller han ikkje har fått nødvendig helsehjelp⁵². Dersom det er mange som meiner dei ikkje har fått den hjelpa dei treng og har rett på frå PHBU, burde det liggje føre mange slike klager. Vi finn derimot at det dreide seg om få saker. Fylkesmennene registrerer slike klager i eit eige register⁵³. I perioden 2005–2010 blei det avslutta totalt 100 klager om rettar med kjenneteikna *psykiatri som næraste fagområde og barn under 18 år*. Talet på saker varierte mellom fylka. To fylke hadde berre éi klage i løpet av seksårsperioden. Eitt

fylke hadde 14 klager. Resten av fylka hadde mellom to og elleve slike klager. Tilsette hos Fylkesmannen forklarte det låge talet på rettsklager med at dei kommunale tenestene og brukarane var for lite kjende med rettane sine og høvet til å klage, eller at dei ikkje trudde det nytta å klage.

I 56 av desse rettsklagene gav Fylkesmannen heilt eller delvis medhald i klaga, i 41 saker blei det ikkje gitt medhald, og i tre saker blei vedtaket oppheva. Det blir ikkje registrert om sakene handlar om barn og unge med tiltak frå barnevernet.

11.5.1 Gjennomgang av saker i to fylkesmannsembete

For å undersøkje nærare om rettsklager inneheldt relevant kunnskap om barn med tiltak frå barnevernet og tilgangen deira til PHBU valde vi i 2008 å besøkje to fylke. Der las vi gjennom utskrifter av saksdokument i rettsklager som dreidde seg om barn under 18 år og innanfor fagområdet psykiatri. Vi valde to av dei fylka som hadde flest slike klager. Det var til saman nitten saker i desse to fylka. I heile landet låg det på dette tidspunktet føre 76 rettsklager.

Vi fann at kva tilhøve barnet hadde til barnevernstenesta, var sentralt i fire av dei nitten sakene, men fleirtalet av rettsklagene i desse to fylka var frå barn eller føresette utan tiltak frå barnevernet.

Vi har valt å gi ein kort omtale av dei fire sakene:

Sak 1

Saka gjaldt ein familie som hadde hatt omfattande problem over fleire år. PHBU hadde vore inne i ein periode på om lag to og eit halvt år, men fleire kommunale instansar som kommunalt og fylkeskommunalt barnevern, PPT, skolen, SFO og fastlege hadde vore inne i saka over fleire år. Gjennomlesing av saksdokumenta viste at det hadde vore svært mange ulike personar inne frå dei ulike instansane i kommunen. Individuell plan var ikkje utarbeidd.

52) Forenkla kalla rettsklager.

53) Tidlegare kalla RegRoT, no NESTOR.

Det blei søkt om innlegging i ei familieavdeling for utgreiing. I denne søknadsprosessen bad sjukehuset om at barnevernet skulle avklare kva dei ville gjere dersom sjukehuset konkluderte med at omsorga frå mora ikkje var god nok. Sjukehuset ønskte at dette skulle vere avklart før eventuell utgreiing kunne ta til⁵⁴. Utgreiinga blei seinare avlyst på grunn av manglande dekning frå gjestepasientbudsjettet. Jenta blei skriven ut frå PHBU. Det stod i saksdokumenta at PHBU vil prioritere ei ny tilvising dersom «tilvisinga er relevant»⁵⁵.

PHBU gjennomførte 41 møte og samtalar med mora og jenta. Det blei gjennomført 64 samarbeidsmøte eller telefonkontaktar mellom PHBU og andre kommunale instansar. Sjukehuset skreiv likevel at dei hadde vore inne i saka i avgrensa omfang, og at dei derfor såg det som naturleg at andre instansar, som barnevernet, tok ansvaret for å utarbeide individuell plan. Ut frå referat frå diverse møte går det fram at barnevernet ved fleire høve hadde teke på seg koordineringsansvaret. Barnevernet skulle utarbeide ein handlingsplan og starte «kommunebaserte tiltak» for familien.

På vegne av jenta klaga ein statleg instans på manglande individuell plan. Fylkesmannen konkluderte med at sjukehuset hadde brote pasientrettslova § 2-5, jf. psykisk helsevernlova § 4-1, 1. ledd. Sjukehuset skulle ha utarbeidd individuell plan for den perioden jenta var innlagd i psykisk helsevern.

Sak 2.

Saka gjaldt ein gut med store problem, og barnevernet, psykisk helsevern i kommunen, PPT og fastlege meinte dei ikkje kunne tilby eit godt nok behandlingstilbod til guten. Han hadde emosjonelle vanskar, angst og depresjon, åtferdsproblem, spiseforstyringar og skoleproblem. Foreldra hadde også problem, far med rus og mor med psykisk sjukdom. Guten budde saman med mor. PHBU vurderte det slik at guten ikkje oppfylte kriterier for rett til nødvendig helsehjelp frå spesialisthelsetenesta, men burde få hjelp i kommunen. Fylkesmannen støtta vurderinga sjukehuset gjorde, og gav ikkje medhald i klaga.

Sak 3

Saka gjaldt ein gut med diagnosen føtalt alkoholsyndrom⁵⁶ og opposisjonell åtferdsforstyring. PHBU hadde vurdert guten over tre år og meinte det var mest sannsynleg at guten ikkje ville kunne nå eit funksjonsnivå som førte til at han kunne bu aleine med foreldra, men at han også framover kom til å vere kontinuerleg avhengig av eit støtteapparat. Det var ingen problem knytte til omsorgskompetansen til adoptivforeldra.

Frå han var fem år, hadde guten hatt tilbod frå PHBU i ulike institusjonar og veksla mellom dag- og døgntilbod. Den aktuelle klaga var knytt til at guten no hadde eit døgntilbod på vanlege verdagar, men ikkje i helgane. Dette hadde ført til at helgane hadde bydd på store utfordringar der ein måtte involvere både barnevern og politi.

Den faglege vurderinga til sjukehuset var at ein gut på elleve år hadde behov for ein alternativ, familieliknande omsorgsbasis utanfor sjukehuset som kunne ha eit langsiktig perspektiv, og som kunne samarbeide tett med behandlingssystemet. Barnevernet hevda at det ikkje var ønskeleg at guten blei plassert dels i barnevernsinstitusjon og dels i psykisk helseverninstitusjon.

Fylkesmannen konkluderte med at guten fekk eit fagleg forsvarleg tilbod frå spesialisthelsetenesta, og at kommunen måtte gå inn med dei ressursane som var nødvendige for at det totale tilbodet skulle vere forsvarleg. Det innebar at kommunen måtte gi guten eit kommunalt tilbod i dei periodane han ikkje oppheldt seg på sjukehuset.

Sak 4

Saka gjaldt eit konfliktfylt ekteskap med opprivande skilsmål og usemje om foreldrerett. Det var mistanke om seksuelt misbruk. Barnevernet var ein aktør i livet til guten i periodar. Guten hadde kontakt med PHBU for utgreiing av ADHD. Klage til Fylkesmannen bidrog til at det blei samtale mellom PHBU og guten og mor hans.

54) Dette var før prioriteringsforskrifta blei endra.

55) Dette var gjeldande finansieringsordning da jenta blei skriven ut.

56) Føtalt alkoholsyndrom er eit medfødt syndrom eller ein tilstand hos ein person som kjem av at mora har drukke alkohol under svangerskapet.

Andre saker som dukka opp i samtalar med fylkesmannsembeta
I samtalar med saksbehandlarar blei vi merksame på at dei også får førespurnader som blir løyste før saka blir ei rettsklage. Vi gir att eit eksempel på ei slik sak.

Fylkesmannen blei kontakta av barnevernstenesta i kommunen. Førespurnaden gjaldt ein gut på tolv år. Begge foreldra var narkomane. Barnevernstenesta hadde hatt omsorga for guten det siste året. Han budde i barnevernsinstitusjon mens han venta på ein eigna fosterheim. Guten hadde tidlegare fått diagnosen «blanda åtferdsforstyrning og kjenslemessig forstyrning».

Guten var utagerande og valdeleg, og det hadde vist seg at det var vanskeleg å finne eigna fosterheim. Guten reagerte med auka negativ åtferd og bruk av vald på at det tok så lang tid å finne ein fosterheim.

Guten blei tilvist til PHBU, som konkluderte med at han «ikke tilhører den høyst prioriterte pasientgruppen som hadde rettslig krav på nødvendig helsehjelp innen en viss frist». Dei meinte han ville profittere på langvarig psykoterapi, men først etter at han hadde flytta til ein stabilt fosterheim.

I førespurnaden sin til Fylkesmannen stilte barnevernstenesta spørsmål ved om det var slik at barn som var under offentleg omsorg, men som ikkje hadde fått ein permanent omsorgsbasis, ikkje hadde rett på nødvendig helsehjelp innan ein viss frist.

Ein psykolog i fosterheimstenesta vurderte det slik at det for guten, nettopp i denne vanskelege livssituasjonen, ville vere spesielt verdifullt med terapi. Barnevernstenesta vurderte at snarleg terapi kunne vere med på å gi guten eit betre fundament for at fosterheimsplassering skulle lykkast. Barnevernstenesta bad derfor i brev til Fylkesmannen om at guten fekk rettsleg krav på nødvendig helsehjelp.

Fylkesmannen tok kontakt med sjukehuset, og som resultat av kontakten blei guten tilvist på nytt og denne gongen

gitt rett til nødvendig helsehjelp. Saka blei såleis løyst utan at det blei ei formell rettsklage. Førespurnaden til Fylkesmannen ser i denne saka ut til å ha bidrege til at guten fekk rett til nødvendig helsehjelp med kort frist.

11.6 Klager til Fylkesmannen om ulovlege forhold i barnevernstenesta

Fylkesmannen skal føre tilsyn med at pliktene kommunen har etter barnevernlova med forskrifter, blir oppfylte. Dersom Fylkesmannen får informasjon som gir haldepunkt for at barnevern blir ytt i strid med regelverket, må Fylkesmannen vurdere om det er grunnlag for vidare undersøking og eventuelt følgje opp førespurnaden. Dette gjeld også klager frå foreldre, føresette eller barn og unge.

Som ledd i arbeidet med denne rapporten tok vi kontakt med eit fylkesmanns-embete og spurde om dei kunne hugse klager som handla om barn med tiltak frå barnevernet og behov for tenester frå PHBU. Ei rask rundspørjing resulterte i seks saker som var ferdigbehandla dei siste åra. Vi kan ikkje sjå bort frå at avdelinga har hatt fleire slike saker i perioden.

Formålet vårt var å undersøkje om denne typen saker også kunne vere ei kjelde til å kaste lys over eventuelle utfordringar for barn med tiltak frå barnevernet og behov for tenester frå PHBU.

Vi har ikkje undersøkt om tilsvarende saker også finst i andre fylkesmanns-embete. Det primære formålet vårt med å gå gjennom sakene var å utvide og nyansere samlinga vår av eksempel. Vi kan følgjeleg ikkje seie noko om omfanget av slike saker, eller om dei sakene vi har gått gjennom, er typiske, eller om dei er unntaket.

Tre av sakene låg føre som klager både etter helseovgivinga og barnevernlova.

For å vise kva utfordringar barn, unge og deira føresette slit med, har vi valt å presentere sakene kort.

Klage frå kommunalt barnevern på manglande helsehjelp

Barnevernet tok over omsorga for «Arne» da han var 13 år, fordi han hadde vore utsett for vald og omsorgssvikt. Han flytta til ein ungdomsheim. Som femtenåring utvikla han urovekjande åtferd, isolerte seg og uttalte at han ønskte å ta livet sitt. Han hadde hemntankar mot jamaldringar og var oppteken av politiske ekstremistar. Miljøpersonalet fekk lite eller ingen kontakt med guten.

«Arne» rømte frå ungdomsheimen og blei henta tilbake av politi. Han var da trugande og utagerande. Psykiatrisk poliklinikk vurderte at guten var suicidal og burde leggjast inn i PHBU-døgnavdeling. Innleggjande lege ved døgnavdeling fann at guten ikkje var akutt suicidal og tilviste guten til poliklinisk behandling i PHBU. Mens han venta på poliklinisk behandling, blei han akutt tvangsplassert i barnevernsinstitusjon. Kort tid etter blei «Arne» lagd inn i akuttpsykiatrisk avdeling fordi han hadde prøvd å ta livet sitt. Observasjonane konkluderte med at det ikkje var mistanke om at guten var psykotisk, men at han leid av utviklingsforstyrningar. Guten blei tilvist til vidare utgreiing i PHBU.

Han blei så først plassert i barnevernsinstitusjon og deretter på ein ungdomsheim.

Barnevernet klaga til Fylkesmannen på manglande helsehjelp. I brevet skreiv barnevernet at omsorgssituasjonen for guten no var godt teken vare på, men at behova hans for helsehjelp ikkje var tekne hand om. Fylkesmannen oppretta tilsynssak og konkluderte med at tilvising til elektiv utgreiing ved PHBU-poliklinikk blir vurdert som god praksis. Fylkesmannen fann ikkje at sjukehuset hadde brote kravet om forsvarleg behandling i spesialisthelsetenestelova.

Klage både på barnevernstenesta og PHBU

Mor klagar på saksbehandlinga i barnevernstenesta og manglande informasjon

«Anna» kom til Noreg saman med mor si som sjuåring. Mor er no gift med ein norsk mann.

I byrjinga av tenåra fekk «Anna» større og større problem overfor jamaldrande. Ho utvikla etter kvart ei åtferd som også skapte problem overfor mor og stefar. Ho hadde utagerande åtferd, kledde seg på ein måte foreldra ikkje likte, røykte, brukte alkohol og hadde ifølgje foreldra dårlege venner. «Anna» tok sjølv kontakt med sosiallærer på skolen, først om problema med jamaldrande venninner, deretter fokuserte ho på foreldra og særleg mor.

Barnevernstenesta blei etter kvart involvert. Konfliktnivået mellom foreldre og dotter eskalerte, og andre delar av familien involverte seg. Dei hevda at det var problem med korleis mor tok hand om dotter si. Barnevernstenesta plasserte jenta på ungdomsheim utan at mor var varsla. Mor klaga til Fylkesmannen på saksbehandlinga i barnevernstenesta og på mangelfull informasjon. Fylkesmannen konkluderer med kritiske kommentarar til saksbehandlinga i barnevernstenesta.

Klage frå stefar på avvising av innlegging i PHBU

«Anna» budde deretter litt på ungdomsheim, litt hos familie og etter kvart på ein annan barnevernsinstitusjon. Alle dei involverte var etter kvart einige i at «Anna» trong hjelp frå PHBU. Ho blei utgreidd av PHBU da ho var 13 år. Dei konkluderte med at ho ikkje oppfylte kriteriana til ei psykiatrisk liding, men at ho hadde psykiske vanskar innanfor «selvoppfatning, følelsesregulering og relasjonsfungering», og at det var ein familiekonflikt med avvising av mor og stefar. Etter opphald i barnevernsinstitusjon ei tid blei det bestemt at jenta skulle flytte heim. «Anna» ønskte ikkje dette. Etter at ho flytta heim, truga «Anna» mor si med kniv. Legevaktlege blei tilkalla og vurderte da at jenta trong akutt innlegging i PHBU. Innleggjande

lege ved sjukehuset meinte at dette ikkje var nødvendig. Sjukehuset viste i vurderinga si til Fylkesmannen til at:

«Rett instans for akutte innleggelser av ungdom med atferdsproblemer som foreldrene ikke klarer å takle, er akutt plassering i barneverninstitusjon, slik resultatet også er i denne saken. PHBU har ansvar når det er begrunnet med alvorlige psykiske lidelser, eksempelvis psykoser».

Stefar sende klage til Fylkesmannen på avvisinga av innlegging i PHBU. Fylkesmannen konkluderte med at PHBU ikkje hadde brote kravet i spesialisthelsetenestelova om forsvarleg helsehjelp.

Klage frå advokat på barnevernstenesta

«Brita» er 17 år og lagd inn i PHBU-døgninstitusjon med diagnosen posttraumatisk stressforstyrning etter å ha blitt sikta på med våpen av bror sin (våpenet var ikkje ladd, men det visste ikkje «Brita»). Ho har også vakse opp med ein far med svært sterke verbale utbrot. Ho skal no skrivast ut, og sjukehuset meiner det kan vere skadeleg og knytt til sjølvmoedsfare å sende «Brita» heim. Jenta ønskjer heller ikkje å reise heim.

Mens barnevernet prøver å finne eigna omsorgstiltak for «Brita» utanfor heimen, er ho no «på vent» i lukka PHBU-institusjon. Det tek litt tid å finne eigna omsorgstiltak, og sjukehuset meiner barnevernet må finne ei mellombels løysing for jenta. Barnevernstenesta er ikkje einig i vurderinga til PHBU om at det er skadeleg å plassere jenta mellombels i foreldreheimen. Barnevernstenesta finn det utfordrande å ta stilling til vurderingar og tilrådingar frå PHBU samtidig som dei har eit sjølvstendig ansvar for å gjere barnevernsfaglege vurderingar. Barnevernet meinte at vilkåra i § 4-6 andre ledd ikkje var oppfylt, og at det ikkje låg føre tilhøve ved foreldrefunksjonen som tilsa at det var aktuelt å ta i bruk denne paragrafen. Fylkesmannen støtta vurderinga til barnevernstenesta.

Klage frå barnevernet på PHBU

«Kari» er ei jente på 22 år. Barnevernet har hatt omsorga for henne frå ho var fem år fordi ho blei utsett for overgrep og mishandling.

Dei siste tre åra har ho vore innlagd på psykiatrisk langtidsavdeling med diagnosen mogleg schizofreni etter langvarig incestovergrep i barndommen. Denne avdelinga har avgrensa bemanning og ikkje tid til å vere med jenta på aktivitetar utanfor sjukehuset. Sjukehuset hevdar at ho treng «normale aktivitetar» for «normal ungdom», men som dei skriv i sakspapira: «Vi i psykiatrien har ikke tiltakene og jenta blir skadelidende.»

Barnevernet avslår søknad om utvida oppfølging frå barnevernet mens ho er innlagd i PHBU-institusjon. Barnevernet meiner at det er sjukehuset der ho er innlagd, som har ansvaret for at jenta har ein tilfredsstillande kvardag. Barnevernstenesta argumenterer med at barnevernet kan, men ikkje har plikt til, å vidareføre tiltak sette i verk før pasienten er fylt 18 år. Fylkesmannen stadfestar vedtaket i barnevernstenesta. Det blir også vurdert etter helselovgivinga om behandlinga jenta får, er forsvarleg. Denne vurderinga er ikkje avslutta da dette referatet blir skrivne.

Klage frå foreldre på vedtak om å avslutte barnevernssak

«Hilde» er ei jente på 16 år med diagnosen ADHD og opposisjonell åtferdsforstyrning, stemningssvingingar og symptom på depresjon. Ho har gjort fleire sjølvmoedsforsøk, som ho har vore innlagd for. Ho har fått medikamentell behandling med antidepressive legemiddel, antipsykotiske medisinar og sovemedisinar. «Hilde» har hatt kontakt med både barnevern og PHBU gjennom fleire år. Dei tre siste åra har ho vore på PHBU-døgninstitusjon på kvardagar og heime i helgane. Jenta har vist tiltakande utagerande åtferd i helgane, og det er behov for ein omsorgsbasis i helgane i tillegg til heimen.

Barnevernstenesta har fremja vedtak om akutt plassering av «Hilde» i barnevernsinstitusjon. Dette er blitt avvist av Fylkesnemnda med grunngivinga at

vilkåra i barnevernlova for slik plassering ikkje er til stades. Jenta og problema til familien er alvorlege, men høyrer ikkje inn under ansvarsområdet til barnevernstenesta. Dei bør løysast i fellesskap mellom PHBU, bestillar-kontoret i kommunen og kommune-overlegen. Barnevernstenesta varslar foreldra om at barnevernssaka vert avslutta. Dette blir grunnlagt med at foreldra yter tilstrekkeleg omsorg, og at dei har bistand frå PHBU. Bydels-overlege er også kopla inn for å sikre nødvendige tenester.

Fylkesmannen har tidlegare behandla fleire saker om jenta og familien hennar. Foreldra føler seg som kasteballar i systemet og klagar til Fylkesmannen på at barnevernstenesta avsluttar saka. Fylkesmannen stadfestar vedtaket i barnevernstenesta, og vurderer saka også etter helselovgivinga, men konkluderte med at retten jenta har til nødvendig helsehjelp, er innfridd. PHBU er innforstått med å ta ansvaret for jenta fram til eit tilfredsstillande, langvarig omsorgstilbod er oppretta. PHBU har dialog med bydelen og vedgår ansvaret sitt for vidare behandling. Dei hevdar at det aldri har vore meininga å skrive jenta ut frå PHBU før eit tilfredsstillande langvarig omsorgstilbod er etablert.

Klage frå mor på avslutningsvedtak frå barnevernstenesta

«Nina» er 17 år og har diagnosen bipolar affektiv lidning. Mor hennar er aleineforsørgjar.

Jenta blei frivillig plassert i barnevernsinstitusjon, men blei etter 14 dagar akutt tvangsinnlagd i PHBU fordi ho da var psykotisk og manisk. Det blei konkludert med at ho burde utgreiast for psykisk utviklingshemming. Ho blei seinare overført til PHBU døgnavdeling for tvangsobservasjon.

Barnevernstenesta avslutta barneverns-saka med grunngevinga at det var teke hand om det behovet jenta hadde for psykiatrisk utgreiing, langsiktig behandling, oppfølging og utgreiing av psykisk utviklingshemming. Mor klagar til Fylkesmannen over at barnevernstenesta avslutta saka. Fylkesmannen stadfesta vedtaket i barnevernstenesta

med at omsorgsevna til mor er god, og at det er den psykiske sjukdommen til jenta som fører til behov for tiltak frå hjelpeapparatet. PHBU og bestillar-kontoret i kommunen er kopla inn.

11.7 Årsrapport 2011 frå Fylkesmannens tilsyn med barnevernet

Vi har lese gjennom alle rapportane frå fylkesmennene for 2011. Ingen av fylkesmennene omtaler utfordringar med barn med psykiske problem i det kommunale barnevernet eller med samarbeid med PHBU. Men ti av atten fylkesmannsembete rapporterer uro for om barn med psykiske problem, åtferdsvanskar eller rusmiddelavhengigheit får eit godt nok tilbod i barnevernsinstitusjonen.

«Bebuarane har alvorlege psykiske vanskar som gjer det nødvendig med samarbeid med skule, PP- teneste, fastlege og barne- og ungdomspsykiatrien. Dette samarbeidet er i enkelte tilfelle ikkje godt nok.»

Fleire kommenterer at bebruarane har meir omfattande problem enn tidlegare, og det blir stilt spørsmål ved om barnevernsinstitusjonen blir tillagd eit for stort ansvar, og om dei tilsette har god nok kompetanse til å møte desse utfordringane. Vi gir att nokre sitat frå årsrapportane.

«Enkelte av barna på institusjonene har sammensatte og omfattende bistandsbehov, dette relatert til psykiatri, rus, dobbeltdiagnoser og utfordrende atferd. Etter vår oppfatning har enkelte institusjoner et for stort ansvar når det gjelder oppfølging av barn med alvorlige psykiske problemer.»

«Fleire av barna treng omfattande og samansett hjelp, mykje er relatert til psykiatri, dobbeltdiagnosar, rus og utfordrande åtferd. Etter vår meining får eller tek enkelte institusjonar eit for stort ansvar når det gjeld oppfølging av barn med alvorlege psykiske problem. I fleire av desse sakene er ansvarsdelinga mellom psykiatritenestene og institusjonane

uavklara. Vi meiner dette får store konsekvensar for barna. Vi har deltatt i møte om dette med både barnevernsfagleg og helsefagleg kompetanse. Tema er og tatt opp i annan samanheng. Dette kan berre bli løyst i eit samarbeid der ansvaret for partane blir tydelegare. Vi meiner òg at arbeidet med å vurdere samansetning av barn i kvar institusjon kan vere avgjerande for effekten av tilbodet.»

«Det er stadig flere beboere på institusjonene som har tildels store atferds-, og helseproblemer. Det gjelder ulike former for psykiske lidelser, alene eller i kombinasjon med rusproblemer. Det er vår vurdering at noen av disse beboerne har behov for oppfølging og rammer som en barnevernsinstitusjon ikke har kompetanse til eller rammer for å ivareta. Dette kan være til hinder for at vedkommende får rett behandling, selv om institusjonene i utstrakt grad samarbeider med for eksempel Barne- og ungdomspsykiatrien.»

hadde. Men fylkesmannen påviste ikkje lovbrøt i fleirtalet av sakene.

Fleire fylkesmenn uttrykkjer uro kring spørsmålet om barnevernsinstitusjonane gir eit godt nok tilbod til barn med psykiske problem, åtferdsvanskar eller rusproblem.

11.8 Oppsummering kapittel 11

Gjennomgangen av tilsynserfaringar viser at vi i fleire kjelder finn eksempel på samarbeidsutfordringar. Vi har funne enkeltsaker som viser barn, unge og deira føresette som opplever at dei ikkje får den hjelpa dei sjølve meiner dei treng frå anten barnevernet eller PHBU, eller begge tenestene.

Dei enkeltsakene vi har gått gjennom, viser barn, unge og familiar med vanskelege livssituasjonar og med omfattande problem. Fylkesmannen vurderte klagene opp imot dei aktuelle lovene og konkluderte om det var brot på barnevernloven eller helselovene. Sakene var kompliserte, med store utfordringar og mange involverte. Sjølv om ulike tenester var involverte, og ofte over fleire år, såg det ut til at ansvaret heller blei skove mellom dei ulike tenestene enn at nokon tok på seg eit hovudansvar, eller at fleire tenester i fellesskap prøvde å løyse dei problema barnet, ungdommen eller familien

12 Tilsynsmessige vurderingar

I dette kapitlet følgjer dei samla vurderingane våre av den kunnskapen vi har presentert i rapporten.

12.1 Barn med tiltak frå barnevernet og tilgang til PHBU

Problemstillinga vår har vore å undersøkje om barn og unge med tiltak frå barnevernet har vanskelegare tilgang til PHBU enn andre barn og unge. På bakgrunn av denne kunnskapsoppsumminga kan vi ikkje konkludere med at barn med tiltak frå barnevernet har systematisk dårlegare tilgang til barnevernet enn andre barn og unge.

Vi har funne eksempel på at barn, unge og deira føresette opplever at dei er avviste av anten barnevernstenesta eller PHBU, eller av begge tenestene. På grunnlag av det samla materialet vi har gått gjennom, medrekna tilvisingsdata frå to helseføretak, kan vi ikkje dokumentere at tilvisingar av barn med tiltak frå barnevernet i større grad blir avviste enn tilvisingar av andre barn.

Talet på barn og unge med tiltak frå barnevernet har auka dei siste åra. Kapasiteten i PHBU generelt har også auka gjennom den utbygginga av tenesta som er gjennomført med midlar frå «Opptrappingsplanen». Rapporten frå Helsedirektoratet (17) og Kristofersens studie frå 2007 (19) indikerer at prosentdelen barn med tiltak frå barnevernet som får tilbod frå PHBU, har vore relativt stabil.

Dei studiane vi har i Noreg om psykiske vanskar, problem eller lidingar, er relativt små og til dels gamle. Men både norske, skandinaviske og internasjonale studiar, omtalte i kapittel 6, finn at barn med tiltak frå barnevernet har større omfang av psykiske vanskar, problem eller lidingar enn jamaldringane deira.

Fylkesmennene har ved fleire høve uttrykt uro over at barn og unge i barnevernsinstitusjonar ikkje får den hjelpa dei treng. Dette kan vere som følgje av mangelfull kompetanse hos dei tilsette i barnevernsinstitusjonen, mangelfull tilbod frå PHBU eller mangelfullt samarbeid mellom barnevernsinstitusjonen og PHBU.

Gjennomgangen vår av tilsynserfaringar kan tyde på at det er utfordringar både i barnevernet og i PHBU. Det er utfordringar i og mellom dei to tenestekområda, og vi finn klager frå barn og unge og føresette på tenestetilbodet både frå barnevernet og i PHBU. Somme klagar på ei av tenestene, mens andre klagar på begge tenestekområda. Vi har gått gjennom nokre enkeltsaker og funne klager på manglande innfriing av rett til nødvendig helsehjelp, uforsvarleg behandling etter spesialisthelse-tenestelova og brot på barnevernlova.

I somme saker er det konkludert med svikt i tenesta, men det er også eksempel på saker der Fylkesmannen ikkje finn at verken barnevernet eller PHBU har svikta når det gjeld dei krava som dei ulike lovene stiller.

Vi har eksempel på at det fører fram å klage til Fylkesmannen, jf. sak 4. Vi har også eksempel på at klage til tilsynsorganet ikkje fører til at tenestetilbodet blir endra. Dette gjeld både klager etter helseovgivinga og barnevernlova, jf. saka til for eksempel «Hilde». Fylkesmannen behandla klagene og fann at verken PHBU eller barnevernstenesta hadde brote krava i dei ulike lovene. Men barn og foreldre eller føresette var framleis i ein svært vanskeleg situasjon. Dei opplevde at dei trong hjelp og bistand, men at det ikkje såg ut til at nokon hadde ansvar eller plikt til å hjelpe dei.

Sjølv om eksempelsamlinga vår er lita, liknar dei historiene som kjem fram i sakene våre, til forveksling på dei utfordringane som kjem fram i eksempla i den litteraturen vi har gått gjennom.

Vi finn at både barnevern og PHBU argumenterer med at dei problema barnet har, anten er ei psykisk lidning eller omsorgssvikt, og følgjeleg eit ansvar for den andre tenesta. Vi har eksempel på at barn er «på vent» både i PHBU-institusjon og i barnevernsinstitusjon, jf. historiene til «Brita» og «Arne» i kapittel 11.6.

Barnevernet opplever at dei har ansvar for barn som dei meiner dei ikkje kan gi eit godt tilbod. Somme gonger er det fordi barnevernet manglar kompetanse, andre gonger fordi barnet har så samansette og kompliserte utfordringar at det ikkje finst eit tilfredsstillande tilbod, jf. sak 1.

Sak 3 gjeld ein gut som begge tenestene meiner ikkje kan bu aleine med foreldra, sjølv om omsorgskompetansen deira er god. PHBU gir guten eit tilbod på vyrkedagar, men ikkje i helgane. Dei grunnir det med at guten treng ein alternativ, familieliknande omsorgsbasis utanfor sjukehuset. Barnevernet meiner derimot at det ikkje er ønskeleg at guten skal vere plassert delvis i barnevernsinstitusjon og delvis i PHBU-institusjon.

12.2 Behov for meir kunnskap

Gjennomgangen vår av ulike kunnskapskjelder viser at mange barn og unge med tiltak frå barnevernet også treng tenester frå PHBU. Kor mange dei er, veit vi ikkje. Dei studiane som ligg føre om omfang av psykiske vanskar, psykiske problem eller psykiske lidningar hos barn med tiltak frå barnevernet, tyder på at problemomfanget er større for «plasserte barn»⁵⁷ enn for barn som bur heime.

Kor mange barn og unge som får eit tilbod både frå PHBU og barnevernet, veit vi heller ikkje. Materialet vårt indikerer at prosentdelen barn med tiltak frå barnevernet er høgare i PHBU-institusjonar enn i poliklinikkane. Samtidig er det viktig å hugse at poliklinisk behandling er det dominerande tilbodet i PHBU, og at institusjonstilbodet utgjør ein relativt liten del av tilbodet.

Barn og unge som «fell mellom stolane» i tenesteapparatet er viktige, og vi må sjå dei. Det enkelte barnet og familien må få den hjelpa dei treng. For å vurdere kva som er relevante tiltak på systemnivå, er det likevel viktig å vite meir om *omfanget* av problemet, og om nasjonale verkemiddel er innretta slik at dei tek hand om dei behova desse barna har for forsvarleg omsorg og behandling.

Arbeidet med denne rapporten har avdekt at vi ikkje har gode data verken om omfang av psykiske vanskar, psykiske problem eller psykiske lidningar hos barn med tiltak frå barnevernet, om kva slags hjelp dei treng, eller kva slags tilbod dei får.

Prosjektet ved NTNU, jf. omtale i kapittel 6.2.2, kjem til å gi kunnskap om psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjon, men vi manglar framleis kunnskap om psykisk helse hos barn med tiltak frå barnevernet, men som ikkje er i institusjon, og dei er i fleirtal.

57) «Plasserte barn» omfattar både frivillig og tvungen plassering og både fosterheim og barnevernsinstitusjon.

12.3 Barn med tiltak frå barnevernet med psykiske vanskar: Får dei den hjelpa dei treng frå kommunalt barnvern?

Dei forskingsrapportane vi har omtalt i kapittel 6 viser ein mykje høgare førekomst av psykiske vanskar, psykiske lidningar eller psykiske problem hos barn med tiltak frå barnevernet enn det som kjem fram i grunnlaget for å setje i verk barnevernstiltak. Om dette betyr at psykiske problem ikkje blir tilstrekkeleg kartlagde av det kommunale barnevernet, eller om det blir mangelfullt rapportert, veit vi ikkje.

Funn frå det landsomfattande tilsynet med kommunalt barnvern i 2011 kan tyde på at psykiske vanskar, psykiske problem eller psykiske lidningar ikkje blir avdekte i tilstrekkeleg grad. Tilsynet viste at 36 av 40 kommunar hadde lovbrøt eller forbetningsområde knytte til å gjennomføre undersøkinga, og 40 av 44 kommunar hadde lovbrøt eller betringsområde da dei barnevernstiltaka som var sette i verk, blei evaluerte. Det var også eit gjennomgåande funn at barnevernstenesta snakka for lite med barna både gjennom undersøkinga og da ein evaluerte dei hjelpetiltaka som var sette i verk. Desse funna blir også støtta i rapporten frå Riksrevisjonen: «Riksrevisjonens undersøking om det kommunale barnevernet og bruken av statlige virkemidler».⁵⁸

Barnevernet nemner psykiske problem som grunnlaget for å setje i verk barnevernstiltak i eit fåtal av sakene. Dette kan kanskje komme av at barnevernstenesta ikkje avdekkjer psykiske utfordringar hos barnet i undersøkingfasen. Det kan også komme av at psykiske utfordringar utviklar seg over tid. Det er urovekkjande dersom psykiske vanskar, psykiske problem eller psykiske lidningar får utvikle seg utan at dette blir oppdaga når ein evaluerer hjelpetiltak.

Det at ein ikkje får avdekt psykiske helseutfordringar, kan også vere noko av grunnen til at kommunalt barnvern ved relativt få tilvisingar er tilvisande instans til PHBU, jf. omtale i kapittel 7. Som tidlegare nemnt kan dette også komme av at tilvisingskjemaet er

mangelfullt fylt ut. Det er også mogleg at barnevernstenesta er involvert i situasjonen barnet er i, men enno ikkje har fatta noko vedtak om tiltak, og at barnevernet derfor ikkje kjem fram som tilvisande instans i tilvisingar til PHBU frå fastlege.

Kven som har den formelle tilvisingsretten til PHBU, følgjer ikkje klart av regelverket. «Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge» viser til forskrift om godtgjersle av utgifter til legehjelp som blir utført poliklinisk ved statlege helseinstitusjonar og ved helseinstitusjonar som får driftstilskot frå regionale helseføretak. Her går det direkte fram, i merknad P 20 til kapittel 4, at i tillegg til lege har også barnevernstenesta og sosialtenesta ein avgrensa tilvisingsrett til PHBU; det vil seie at slike tilvisingar utløyser retten til refusjon etter satsane i forskrifta. Vanskeleg tilgjengeleg informasjon om kva rett barnevernstenesta har til å tilvise til PHBU, kan vere med på å forklare at barnevernstenesta kjem fram som tilvisande instans i relativt få tilfelle.

Manglande tilvising til PHBU kan kanskje også komme av at barnevernstenesta meiner at det ikkje nyttar å tilvise til PHBU.

Gjennom arbeidet med denne rapporten har vi snakka med personar både i og utanfor barnevernstenesta som er overtydde om at barn med tiltak frå barnevernet blir avviste av PHBU «stadig vekk». Sjølv om overtydinga byggjer på kjennskap til eitt eller få enkelttilfelle, er det menneskeleg å generalisere ut frå slike eksempel og la ei slik overtyding påverke korleis ein tenkjer og handlar. På same måten kan ei oppfatning om at PHBU har mangelfull kapasitet, anten dette byggjer på erfaringar, faktaopplysningar eller eit inntrykt skapt på annan måte, føre til at terskelen for å tilvise eit barn til PHBU blir høg.

Publisering av faktabasert kunnskap kan bidra til å endre slike subjektive førestellingar.

58) Pressemelding frå Riksrevisjonen 14. juni 2012.

12.4 Får barn med psykiske lidingar god nok hjelp i barnevernsinstitusjon?

Materialet vårt tyder på at barn og unge i barnevernsinstitusjonar har omfattande psykiske utfordringar. Vi finn også at blant barn og unge som får døgnbehandling i regi av PHBU, er prosentdelen barn med tiltak frå barnevernet høgare enn blant dei som får behandling i PHBU-poliklinikk.

Det er store forskjellar i tilbodet av barnevernsinstitusjonar i det statlege regionale barnevernet. Metodisk tilnærming og grad av spesialisering varierer. I somme regionar tek nokre institusjonar imot fleire målgrupper, inkludert akutt plassering av ungdom. Andre stader er det eigne akuttinstitusjonar og spesialisering av institusjonstilbodet, for eksempel institusjonar med særleg kompetanse på rusproblem.

Barnevernsinstitusjonar skal gi tilbod til barn og unge som er utsette for alvorleg omsorgssvikt eller har vist alvorleg åtferdsproblematikk (alvorleg og gjenteken kriminalitet, vedvarande misbruk av rusmiddel, eller på annan måte – f.eks. prostitusjon og vagabondering).

Bufetat har ikkje ansvar for å etablere, drive eller finansiere institusjonar som skal dekkje andre behov enn dei som blir omfatta av barnevernlova. Der det er aktuelt å plassere barn eller unge i institusjon etter anna lovverk, for eksempel i institusjon etter lov om psykisk helsevern eller helse- og omsorgstenestelova, har likevel det statlege barnevernet plikt til å sjå til at det blir etablert samarbeid mellom kommunal barnevernsteneste, institusjon og statleg organ.

Barn og unge som blir plasserte i institusjon etter barnevernlova, har opplevd alvorlege manglar i den omsorga dei har fått, eller dei har utvikla alvorlege åtferdsvanskar. Kompleksiteten i sakene og variasjonen i dei behova barn og unge har, tilseier at statleg kommunalt barnevern, og psykisk helsevern for barn og unge, må rå over eit stort register av tenester og tiltak. Ein føresetnad for at barn og unge skal få nødvendig hjelp, er

også at tenestene har kunnskap om dei oppgåvene dei andre tenestene har, og at ansvarsforholdet mellom barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge er avklart og blir oppfatta likt av dei to tenestene.

Som vi omtalte i kapittel 10.2, har Bufdir sett i gang arbeidet med å utvikle eit standardisert kartleggingsverktøy for å klargjere dei problema og utfordringane kvart enkelt barn har, og det er avgjort at institusjonstilbodet skal utviklast på sikt for å omfatte ulike institusjonstypar.

12.5 Samarbeidsutfordringar eller manglande tilbod?

Materialet vårt viser eksempel på at samarbeidet mellom barnevern og PHBU ikkje alltid fungerer godt. Vi finn eksempel på familiar, barn og unge som treng tenester frå både barnevern og PHBU, og som sjølv opplever at dei ikkje får den hjelpa og dei tenestene dei treng.

Gjennomgangen av enkeltsaker viser at klage på rett til nødvendig helsehjelp blir brukt av få barn og unge med tiltak frå barnevernet. Klage til Fylkesmannen kan føre til endringar i tenestetilbodet, jf. sak 4, men i dei fleste sakene vi har gått gjennom, førte ikkje klaga til Fylkesmannen til endringar.

I sak 2 avviser PHBU ein gut som både barnevernet, psykisk helsevern i kommunen, PPT og fastlege meinte dei ikkje kunne tilby eit godt nok behandlingstilbod. PHBU vurderte det slik at guten ikkje oppfylte kriterier for rett til nødvendig helsehjelp frå spesialisthelsetenesta, men burde få hjelp i kommunen. Fylkesmannen var einig i dette.

Vi finn også eksempel på saker der barn må flytte mellom institusjonar. Sak 3 handlar om ein gut som får tenester både frå barnevern og PHBU. Han må flytte mellom to institusjonar fordi ingen av dei har eit tilbod som tek hand om behovet hans for hjelp heile veka.

Saka om «Hilde» handlar også om å finne eit tilfredsstillande døgntilbod både på kvardagar og i helgane. Fylkesnemnda avviser vedtak om akutt-plassering i barnevernsinstitusjon og grunngir det med at vilkåra i barnevernlova for slik plassering ikkje er til stades. Dei problema jenta og familien har, er alvorlege, men høyrer ikkje inn under ansvarsområdet for barnevernstenesta. I staden bør dei løysast i fellesskap mellom PHBU, bestillarkontoret i kommunen og kommuneoverlegen. Foreldra skriv at dei føler seg som kasteballar i systemet og klagar på begge tenestene til Fylkesmannen.

Sjølv om «Anna» utviklar psykiske problem, konkluderer PHBU med at ho ikkje oppfyller kriteriana for ei psykisk lidning. *«Rett instans for akutte innleggelser av ungdom med atferdsproblemer som foreldrene ikke klarer å takle, er akutt-plassering i barneverninstitusjon, slik resultatet også er i denne saken. PHBU har ansvar når det er begrunnet med alvorlige psykiske lidelser, eksempelvis psykoser.»*

PHBU hevdar for eksempel i saka om «Mari» at dei hadde vore inne i saka i «avgrenset omfang», sjølv om dei hadde gjennomført 41 møte eller samtalar med mor og jenta og det blei gjennomført 64 samarbeidsmøte eller telefonkontaktar mellom PHBU og kommunale instansar. Dei uttalte likevel at det var naturleg at andre instansar, som barnevernet, tok ansvaret for å utarbeide individuell plan.

Det er viktig å hugse at vi berre har lese eit fåtal saker, og at desse kan representere dei aller vanskelegaste. Men våre enkeltsaker er svært like dei sakene vi finn att i den litteraturen vi har gått gjennom.

Det er også mogleg at dei kommunale tenestene har urealistiske forventningar om kva spesialisthelsetenesta kan bidra med. Det er likevel urovekkjande at barn og unge med omfattande og alvorlege problem blir skuva mellom tenestene i staden for at tenestene samarbeider for å finne best mogleg tenestetilbod til det enkelte barnet og deira føresette.

Diskusjonen om kva barnevernet har ansvar for, og kva PHBU har ansvar for, løyser ikkje nødvendigvis det hjelpebehovet som ein del barn, unge og deira føresette har. Dei enkeltsakene vi har gått gjennom, tyder på at det er familiar som opplever at dei har behov for hjelp frå begge tenestene, men at ingen av tenestene har ansvar for å utvikle eit heilskapleg omsorgs- og behandlingstilbod. Vi vil reise spørsmålet om ein bør vurdere å utvikle nye tenestetilbod for desse barna og deira føresette. Spørsmålet blir da kven som skal få ansvaret for å utvikle eit slikt heilskapleg tilbod. Skal tilbodet forankrast i det kommunale barnevernet, i det statlege barnevernet eller i PHBU? Som nemnt i kapittel 10 ligg det føre fleire utgreiingar og forslag til tiltak for å betre tenestetilbodet både frå barnevernet og frå PHBU og samarbeidet mellom tenestene. Det blir diskutert strukturelle endringar, fagutvikling og samarbeidsmodellar, men vi kan ikkje sjå at nokon av utgreiingane diskuterer, eller kjem med forslag om, slikt nytt omsorgs- og behandlingstilbod.

12.6 Samarbeidsutfordringar eller systemhindringar?

Det ligg føre fleire rapportar frå forskning og utgreiing dei siste ti åra om samarbeid mellom barnevern og PHBU. Mange hevdar at samarbeidet er blitt betre, men at det framleis er utfordringar. Fleire forslag om tiltak ligg føre. For mange av forslaga er oppfølginga enno ikkje avgjort.

Barnevernstenestene og psykisk helsevern for barn og unge byggjer på ulike grunnlag. Barnevernet skal gi omsorgstenester til barn og unge som ikkje får god nok omsorg. Tenestene i barne og ungdomspsykiatrien er primært retta mot å greie ut og behandle psykiske lidningar. Deira tenester byggjer i hovudsak på at pasientane tek del frivillig.

Det er ulike profesjonar som arbeider innanfor tenestene, og dei to tenestene har kvart sitt lovverk. Desse strukturelle ulikskapane blir ofte brukte som forklaring på kvifor barn og unge med samansette og alvorlege problem ikkje

får tilstrekkeleg hjelp og hamnar i ei gråsone mellom ulike tenester.

12.6.1 Tydeleggjering av samarbeid

Samarbeid mellom ulike tenester er alltid vanskeleg. Statens helsetilsyn har fleire gonger peikt på svikt i samarbeid mellom tenester på kommunalt nivå og mellom kommunale tenester og spesialisthelsetenesta.

Vi har ikkje grunnlag for å vurdere og eventuelt konkludere med at det er spesielle, eller særlege, utfordringar i samarbeidet mellom barnevernstenesta og PHBU. For barn som treng omsorg både frå barnevernet og behandling i PHBU, er det viktig at tenestene saman bidreg til at barnet får eit godt og forsvarleg tilbod, at nødvendig kompetanse blir sikra, og at hjelpa blir utforma formålstenleg ut ifrå dei behova barnet har.

Dersom det er uklart kva ansvar og kva krav til aktivitetar som følgjer av lov og forskrift for dei respektive tenestene, kan eit slikt samarbeid bli vanskeleg. For å sikre løysingar som er dynamiske og individuelt tilpassa, er det behov for ei klarare konkretisering av krava til korleis tenestetilbodet skal innrettast både i det kommunale og det statlege barnevernet og i PHBU og tverrfagleg spesialiserte tenester til rusmiddel-avhengige.

Det er også behov for å avklare og samordne bruk og innhald av omgrep som blir brukte både i barnevernet og i psykisk helsevern.

Barn som treng omsorg frå barnevernet, og som har, eller som utviklar psykiske vanskar, psykiske problem eller psykiske lidningar, har individuelle behov for omsorg og behandling som kan endre seg. Omsorgs- og behandlingstilboda som blir gitt, må derfor henge saman over tid slik at barnet får best mogleg kontinuitet og mest mogleg heilskapleg samhandling frå hjelparane. Dette set store krav til samhandling og samarbeid i forkant av at tiltak eller behandling blir sett i verk, slik at barnet blir sikra nødvendig fagkompetanse. Kommunen må i denne vurderingsfasen ha eit

samarbeid med spesialisthelsetenesta. Spesialisthelsetenesta må gjennomføre ei utgreiing og slå fast om barnet oppfyller retten til nødvendig helsehjelp, og eventuelt i kva form helsehjelpa skal ytast. Ein må også sjå innrettinga på helsehjelpa (døgninstitusjon eller poliklinisk behandling) i samheng med kva omsorgstilbod som kan vere aktuelt for barnet, og den samhandlinga som blir kravd under og etter behandlinga.

Bufetat har ansvar for å *sjå til* å etablere samarbeid med barnevernstenesta og andre institusjonar når det blir vurdert om ein skal plassere barn i ein institusjon under ei anna lov, jf. barnevernlova § 5-6. Reglane om ansvarstilhøve er viktige for barn som skal plasserast på institusjonar etter vedtak av barnevernsorganet. Det er viktig at det i denne fasen blir etablert eit nært samarbeid mellom statleg og kommunalt barnevern, og at det behovet barnet har for nødvendig helsehjelp med eventuell innlegging i institusjonane i spesialisthelsetenesta, må vere med i utgreiinga før det blir teke ei avgjerd om det beste forsvarlege tilbodet for barnet. Pasient- og brukarrettslova § 2-1b gir barnet rett til å få helsetilstanden vurdert og rett til forsvarleg tenestetilbod frå spesialisthelsetenesta. Prioriteringsforskrifta § 4A gir barn og unge under 23 år som har psykiske lidningar, eller som er rusavhengige, rett til å få vurdert helsetilstanden sin innan ti dagar frå tilvisinga er motteken.

Verken kommunalt eller statleg barnevern kan la vere å hjelpe barn og unge som ventar på hjelp frå PHBU. Statleg barnevern har ansvar for å bidra til å sikre eit godt samarbeid med alle involverte når det blir vurdert å plassere barn og unge i institusjon etter anna lov enn barnevernlova. Dette skal bidra til at barn og unge raskt får tenleg og kompetent hjelp.

Uklare ansvarstilhøve mellom statleg barnevernsteneste og spesialisthelseteneste, og manglande samhandling mellom aktørane, må ikkje føre til at barn og unge blir ståande utan eit forsvarleg omsorgs- og behandlingstilbod. Vi ser behov for at det blir utvikla retningslinjer som skal vere styrande

for samarbeid mellom kommunalt og statleg barnevern og spesialisthelsetenesta.

unge med eit lågt psykososialt funksjonsnivå, jf. omtale av prosjektet i kapittel 6.4.2.

12.6.2 Samarbeidsproblem eller strukturproblem?

I kapittel 10 har vi gjort greie for fleire sentralt initierte utgreingar m.m. Tiltaka som blir foreslått, er både organisatoriske, juridiske og faglege. Med bakgrunn i denne rapporten har vi ikkje grunnlag for å meine noko om i kva grad organisatoriske endringar er et formålstenleg verkemiddel.

Det ligg føre fleire forslag til lovendringar som skal bidra til å løyse samarbeidsutfordringar, jf. Flatø-utvalet (30). Utvalet foreslår blant anna samordning av lovverk, barnevernlova som rettslov, tvisteløysingsorgan, etablering av felles institusjonar (barnevern og PHBU) osv.

Statens helsetilsyn har kommentert ein del av forslaga i høyringssvaret vårt datert 30. august 2008 til utgreinga frå Flatø-utvalet.

I høyringssvaret var vi samde i forslaget om *felles institusjon* og foreslo at forslaget blei ytterlegare vurdert og eventuelt prøvd ut. Dei seinare åra har det vore ein del forsøk med samarbeid og samordning av institusjonsplassar med tenester frå barnevern og PHBU. Førebels ligg det føre lite skriftleg om erfaringane frå forsøka. Vi er ikkje kjende med korleis eventuelt BLD kjem til å følgje opp forslaget om felles institusjon.

Som oppfølging av prosjektet «Barnevern for psykisk helse» ligg det i Oslo no føre eit konkret forslag om eit forsøksprosjekt med felles institusjon. Vi ser at ein slik felles institusjon kan ha nokre styringsmessige utfordringar, men ser også at eit slikt forsøk kan føre til nyttig fagutvikling. Dersom ein gjennomfører eit forsøk med felles institusjon med omsorgs- og behandlingstilbod basert på omsorgskompetansen i barnevernet og kompetansen på psykiske lidningar i PHBU, kan ein få erfaringar som viser om dette kan vere eit eigna tilbod for blant anna barn og

13 Forslag til tiltak frå Statens helsetilsyn

Dei ulike tenestene har ansvar for å sikre at brukarar får tenester i tråd med det gjeldande regelverket. Samtidig er det avgjerande at overordna myndighet, departement og direktorat legg til rette for utøvinga av tenesta gjennom organisatoriske, økonomiske og juridiske styringsverkemiddel.

Med utgangspunkt i rapporten som ligg føre, foreslår vi å setje i verk følgjande tiltak:

Vidare kunnskapsutvikling om psykisk helse hos barn med tiltak frå barnevernet

Vi har avdekt at det ikkje finst gode data verken om omfang av psykiske problem hos barn med tiltak frå barnevernet, om kva slags hjelp dei treng, eller om kva slags tilbod dei får.

Det er starta eit prosjekt, jf. omtale i kapittel 6.4.2, som kan gi kunnskap om psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjon, men vi treng også kunnskap om psykisk helse hos barn med tiltak i det kommunale barnevernet, og dei er i fleirtal.

Vi meiner at ansvarlege styringsorgan bør prioritere vidare kunnskapsutvikling også når det gjeld psykisk helse hos barn med tiltak frå barnevernet som bur heime eller i fosterheim.

Kopling av registerinformasjon for meir kunnskap om tenestene frå PHBU til barn med tiltak frå barnevernet
Aktivitetsdata i Norsk pasientregister frå PHBU har i dag lite pålitelege data

om barnevernsstatusen for barn og unge. Statistikken er no personidentifiserbar, dette gir nye høve for statistikkutvikling. NOVA har over fleire år bygd opp eit personidentifiserbart barnevernsregister. Ansvarlege departement og direktorat bør vurdere om det er behov for og mogleg å kople informasjon frå desse to registra for å få detaljert kunnskap om barn med tiltak frå barnevernet og tenester frå PHBU. Dette gir også høve til å følgje «karrieren» til barn og unge over tid i både barnevernet og i PHBU.

Behovsvurdering og utprøving av nye samarbeidsmodellar og institusjonstypar

I gjennomgangen vår av litteratur og enkeltsaker finn vi eksempel på at dei to tenestene skyv ansvaret mellom seg. Det kan også sjå ut til at barn, unge og deira føresette har behov for hjelp som ingen i dag har ansvaret for å tilby eller å utvikle. Vi sluttar oss til forslaga om å vidareutvikle ulike samarbeidsmodellar og ein felles institusjonstype for dei med lågt psykososialt funksjonsnivå. Bebuarar i barnevernsinstitusjonar er likevel ei samansett gruppe. Vi vil derfor oppfordre HOD og BLD til å vurdere behovet for å prøve ut institusjonar med eit heilskapleg omsorgs- og behandlingstilbod også for andre barn og unge med samansette problem.

Statens helsetilsyn meiner at dei to departementa bør vurdere korleis kompetansen om barn med samansette problem kan aukast, og eventuelt spele dette inn til Kunnskapsdepartementet.

Klargjering av regelverket

På nasjonalt nivå er føresetnaden for ei heilskapleg hjelp, der statlege og kommunale verksemdar har sentrale roller, eit lovverk som sikrar behova barnet har for omsorg og behandling, i heile tenestekjeda. Det er viktig at lovteksten bidreg til å gjere ansvar og mynde tydeleg mellom verksemdene. Særleg gjeld dette omgrep som både barnevernlova og pasient- og brukarrettslova bruker, som omsorg og behandling. Det må også avklarast kva som ligg i det barnevernlova § 5-1 omtaler som institusjon «*med tilknyttede spesialisttjenester for omsorg og behandling av barn*».

Vi stiller spørsmål ved om lovgivinga her er tydeleg nok når det gjeld å sikre at barn og unge som er under tiltak frå barnevernet, får forsvarlege behandlingstilbod frå spesialisthelsetenesta, for eksempel i form av institusjonsopphald knytt til tverrfagleg behandling av rusmiddelavhengige, eller forsvarleg behandling i PHBU. Vi meiner BLD og HOD bør vurdere om det er behov for å klargjere lovverket.

Tydelegare krav til samhandling for å sikre barn med tiltak frå barnevernet det beste behandlingstilbodet

Dei omsorgs- og behandlingstilboda som ein skal gi, må henge saman over tid for å sikre barnet best mogleg kontinuitet. For barn som har behov for hjelp frå fleire tenester, for eksempel barnevern og PHBU, er det nødvendig med samhandling både mellom kommunalt og statleg barnevern og PHBU.

Dette krev at statleg barnevern og spesialisthelsetenesta er innretta slik at dei kan bidra når barnevernstenestene i kommunen melder behov for hjelp i utgreiingsarbeid før ei omsorgsovertaking. Sidan aktørane er underlagde styring frå HOD og BLD, meiner vi at departementa i eit samarbeid bør utvikle retningslinjer i dette arbeidet som er styrande for barnevernstenesta i kommune og stat, og som også forpliktar vurderingseiningane i spesialisthelsetenesta til å bidra aktivt i samarbeidet.

Tydeleggjere myndet barnevernstenesta har til å tilvise til PHBU

Vi har ikkje grunnlag for å hevde at manglande tilvisingar frå barnevernstenesta til PHBU kjem av at barnevernstenesta ikkje er kjend med at dei har dette myndet. Vi meiner likevel at dette bør synleggjerast i regelverka for barnevernstenesta og spesialisthelsetenesta og innehalde ein rett for barnevernstenesta til å tilvise til tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. Vi viser her til retten sosialtenesta og helse- og omsorgstenesta har etter spesialisthelsetenestelova § 3-12 til å tilvise til tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.

Informasjonstiltak om klage til Fylkesmannen på ikkje oppfylt rett til nødvendig helsehjelp

Vi ser at få har nytta høvet til å klage til Fylkesmannen på rett til nødvendig helsehjelp. Vi oppfordrar Helsedirektoratet til å vurdere behovet for informasjonstiltak om denne klageretten både overfor tenesteutøvarar, barnevern, rusomsorg og psykiatri, og ovenfor tenestemottakarar.

14 Referansar

1. Riedl T. Samhandling mellom barneverntjenesten og BUP – sett fra en juridisk synsvinkel. I: Barn i Norge 2008. Sårbar og sist i køen. Oslo: Voksne for barn, 2009
2. Clausen S-E, Kristofersen LB. Barnevernklienter i Norge 1990–2005. En longitudinell studie. NOVA rapport 3/08
3. Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2009. Rapport 2009:8
4. Samdata spesialisthelsetjenesten 2010. Oslo: Helsedirektoratet, 2011
5. Clifford G. Levekår, ulikhet og utsatte barn. Behovsbasert evaluering av poliklinisk barne- og ungdomspsykiatri og kommunalt barnevern. Trondheim: RBUP Midt-Norge, 2006
6. Iversen AC et al. Psykiske vansker hos hjemmeboende barn med tiltak fra barnevernet. Norges barnevern 2008; 1:3–9
7. Iversen AC et al. Mental health problems among child welfare clients living at home. Child Care in Practice 2007; 13(4): 387–399
8. Mennen FE, Brensilver M, Trickett PK. Do maltreated children who remain at home function better than those who are placed. NIH Public Access. Author manuscript
9. Havnen KS, Jakobsen R, Stormark KM. Mental health problems in Norwegian school children placed out-of-home: the importance of family risk factors. Child Care in Practice 2009; 15(3): 235–250
10. Havnen KS et al. Why do children placed out-of-home because of parental substance abuse have less mental health problems than children placed for other reasons? Children and Youth Services Review 2011; 33(10): 2010–2017
11. Havik T. Slik fosterforeldrene ser det – II. Resultater fra en kartleggingsstudie i 2005. Bergen: Barnevernets utviklingssenter på Vestlandet, 2007
12. Meltzer H et al. The mental health of young people looked after by local authorities in England. London: Department of Health, 2003. Summary report
13. Dimigen G et al. Psychiatric disorder among children at time of entering local authority care; questionnaire survey. BMJ 1999; 319(11): 1130
14. Christoffersen MN, Poulsen HD, Nielsen A. Attempted suicide among young people: risk factors in a prospective register based study of Danish children born in 1966. Acta Psychiatr Scand 2003; 350–8

15. Hjern A, Vinnerljung B. Healthcare for children in foster care and residential care. *Acta Pædiatrica* 2002; 91:153–4.
16. Barnevern for psykisk helse 2006–2010. Oslo: Oslo kommune, Barne- og familieetaten, [2012]. Prosjektrapport
17. Barn og unge i det psykiske helsevernet 2009–2010. Oslo: Helsedirektoratet, 2012. IS-1955
18. Pasienter i det psykiske helsevernet 2009. Oslo: Helsedirektoratet, 2011. IS-1908
19. Kristofersen LB. Tilgjengelighet og samarbeid: mer fleksible hjelpe-tjenester? Oslo: NIBR, 2007. NIBR-rapport 2007:13
20. Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2008, Norsk pasientregister. Oslo: Helsedirektoratet, 2009. IS-1912
21. Aktivitetsdata for barn og unge 2010, Norsk pasientregister. Oslo: Helsedirektoratet, 2011. IS-1912
22. Andersson HW. Pasienter og behandlingstilbud i psykisk helsevern for barn og unge. Oslo: SINTEF teknologi og samfunn, 2009. Rapport 2/09
23. Sammen for barn og unge. Bedre samordning av tjenester til utsatte barn og unge. Oslo: Kommunenes sentralforbund, 2011
24. Lurie J, Tjelflaat T. Samarbeid og samordning mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatri i Norge. Trondheim: NTNU samfunnsforskning, 2009. Rapport nr. 14/2009
25. Kjelsberg, E. Antisocial atferd hos tidligere ungdomspsykiatriske pasienter. *Norsk epidemiologi* 2002; 12(3): 215–219
26. Nygren P. Dobbeltklientprosjektet – delrapport 1. I krysningsfeltet mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatri. Oslo: Barne- og familieetaten, 2000. Rapportserien nr. 1/2000
27. Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2009. Oslo: Helsedirektoratet, 2010
28. Aamodt LG. Samhandling mellom barnevern og BUP. Oslo: Gyldendal 2011
29. Auke i talet på barnevernsbarn. SSB, pressemelding 6. juli 2010
30. Norges offentlige utredninger. Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester til utsatte barn og unge. NOU 2009: 22 (Flatøutvalget)
31. Kvalitet i barneverninstitusjoner. Rapport fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratets ungdomsgruppe. Oslo: Bufdir, 2010
32. Lurie J. Access to child and adolescent psychiatry for users of child protection services in Mid-Norway. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning, 2011. Rapport 19/2011
33. Ventetider og pasientrettigheter 2010. Oslo: Helsedirektoratet, 2011. IS-1895
34. Eidheim F. En prosessevaluering av barne- og ungdomspsykiatrisk ressursteam, BRO-Teamet. Oslo: NIBR, 2001. NIBR prosjektrapport 2001:21
35. Kristofersen LB et al. Hjelpetiltak i barnevernet – virker de? Oslo: NIBR, 2006. NIBR-rapport 2006:7
36. Andersson HW, Ose SO, Sitter M. Psykisk helsevern for barn og unge. Behandlernes og brukernes vurdering av behandlingstilbudet. Oslo: SINTEF helse, 2005

37. Andersson HW, Norvoll R. Samhandling mellom kommunale tjenester og BUP – kvalitet og innhold i henvisningen og epikrisen. Oslo: SINTEF helse, 2006
38. Utsatte barn og unge – behov for bedre samarbeid. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2008 med kommunale helse-, sosial- og barneverntjenester. Oslo: Statens helsetilsyn, 2009. Rapport fra Helsetilsynet 5/2009
39. Barnevernpanelets rapport. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2011
40. Myrvold T et al. Den vanskelige samhandlingen. Evaluering av forvaltningsreformen i barnevernet. Oslo: NIBR, 2011. NIBR-rapport 2011:25
41. Agledal S-A et al. Tidligere hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusmisbruk, Rapport 2006 fra arbeidsgruppe oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2006
42. Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge. Oslo: Helsedirektoratet, 2008. IS-1570
43. Psykisk helsevern for barn og unge. Prioriteringsveileder: veiledertabell. Oslo: Helsedirektoratet, 2009. IS-1636
44. Myrvold T, Helgesen MK, Knudtzon L. Evaluering av Storby-satsingen i psykisk helse. Oslo: NIBR, 2009. NIBR-rapport 2009:24
45. Landsomfattende tilsyn med helse-tjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002. Oslo: Statens helsetilsyn, 2003. Rapport fra Helsetilsynet 4/2003
46. Utsatte barn og unge – behov for bedre samarbeid. Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2008 med kommunale helse-, sosial- og barnevernstjenester til utsatte barn. Oslo: Statens helsetilsyn, 2009. Rapport fra Helsetilsynet 5/2009
47. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 med kommunalt barnevern – undersøkelse og behandling. Oslo: Statens helsetilsyn, 2012. Rapport fra Helsetilsynet 2/2012
48. Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser. Oslo: Statens helsetilsyn, 2007. Rapport fra Helsetilsynet 8/2007
49. Winsvold A. Evaluering av prosjektet Sammen for barn og unge – bedre samordning av tjenester til utsatte barn og unge. Oslo: NOVA, 2011. NOVA rapport 18/2011
50. Lurie J. Child protection services and child and adolescent psychiatry in Trøndelag. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS, 2010. Rapport 17/2010
51. Forvaltningsreformen, deloppdrag E. Oslo: Rambøll, 2012

Myhtat ja mitalusat vai duohtavuolta? Mánáidsuodjalusa ja psykalaš dearvvašvuođa suddjema veahki ja bálvalusat mánáide ja nuoraide. Dieđuid čoahkkáigeassu.

Dearvvašvuođageahču Raportta 5/2012 čoahkkáigeassu

Lea go nu ahte mánáide geat ožžot veahki mánáidsuodjalusas lea váddáset go earáide oážžut psykalaš dearvvašvuođasuddjema bálvalusaid mat leat ásahuvvon mánáid ja nuoraid váste (dárogiel oanádus: PHBU)? Stáhta dearvvašvuođageahčču čoahkkáigeassá dán raporttas dieđuid statistihkain, dutkamiin, čielggademiin ja bearráigeahčuin – čuvgen dihte ahte ožžot go mánát, geaidda mánáidsuodjalus addá veahki, daid bálvalusaid maid dárbbášit PHBU olis ja maidda lea vuoigatvuohta. Lea go nu ahte sidjiide dájvvibut go eará mánáide eai addojuvvo bálvalusat, dahje ožžot go sii váilevaš bálvalusaid?

Maŋemus jagiid leat dađistaga eambo mánát ožžon veahki mánáidsuodjalusas, ja maiddái eanebut leat ožžot bálvalusaid mánáid ja nuoraid psykalaš dearvvašvuođasuddjema bálvalusaid olis. Dán bálvalusa doaibmadieđuin boahtá ovdan ahte dat oassi mánáin geat maiddái ožžot doaimmaid mánáidsuodjalusa olis, lea leamaš bissovaš sullii 17 % áigodagas 2002–2010.

Raporttas leat ovdamearkkat dasa ahte mánát, nuorat ja sin váhnemat/ovddasteaddjit dovdet iežaset hilgojuvvon mánáidsuodjalusas dahje mánáid ja nuoraid psykalaš bálvalusas (PHBU), dahje goappašiin.

Mii leat fuomášan stuora diehtováilli dien dáfus. Muhto daid dieđuid vuodul maid leat čoahkkáigeassán, de eat sáhte

dadjat ahte mánát geat ožžot mánáidsuodjalusas bálvalusaid systemáhtalaččat ožžot heajut fállaldaga mánáid ja nuoraid psykalaš bálvalusain go eará mánát ja nuorat.

Myths and anecdotes, or facts? Children receiving care from child welfare services and from mental health services for children and adolescents. A review of available knowledge

Summary of Report of the Norwegian Board of Health Supervision 5/2012

Do children who are receiving care from child welfare services have poorer access to mental health services than other children and adolescents? In this report, the Norwegian Board of Health Supervision aims to summarize available knowledge from statistics, research, reports and experience from supervision in order to identify whether these children receive the mental health services that they need and have the right to receive. Are they denied these services more than other children and adolescents? Are the services they receive inadequate?

During the last few years, the number of children receiving care from child welfare services and from mental health services has increased. Statistics from the mental health services indicate that the proportion of children who were also receiving care from child welfare services has been stable, at around 17 per cent during the period 2002–2010.

This report gives examples of children, adolescents or their families who have been denied child welfare services, mental health services, or both.

We have identified large gaps in knowledge about this area. Based on the available knowledge that we have summarized, we cannot conclude that children and adolescents receiving care from child welfare services have poorer access to mental health services than other children and adolescents.

Rapport fra Helsetilsynet

Utgjevingar 2011

1/2011 Meldesentralen – meldinger om uønskede hendelser rapportert fra psykisk helsevern

2/2011 Nytt syn på gammel aktivitet. Tilsyn 2010 med verksemder som er godkjende for å handtere hornhinner m.m. til bruk på menneske i Noreg: Gjennomføring og erfaringar

3/2011 Korleis tek fødeinstitusjonen og kommunen vare på behova til barselkvinna og det nyfødde barnet i barseltida? Rapport frå tilsyn med barselomsorga

4/2011 Kommuner bryter loven ved henvendelser om økonomisk stønad. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2010 med sosiale tjenester i Nav

5/2011 Krevende oppgaver med svak styring. Samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre

6/2011 Fylkesmennesenes behandling av klagesaker etter sosialtjenesteloven kap. 4 – raskere behandling når Fylkesmannen selv slutfører saksbehandlingen

7/2011 Meldesentralen – årsrapport 2010

Alle utgivelsene i serien finnes i fulltekst på Helsetilsynets nettsted www.helsetilsynet.no. Enkelte utgivelser finnes i tillegg i trykt utgave som kan bestilles fra Statens helsetilsyn, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post postmottak@helsetilsynet.no.

Utgjevingar 2012

1/2012 Styre for å styrke. Rapport fra tilsyn med helsestasjonsvirksomheten

2/2012 Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 med kommunalt barnevern – undersøkelse og evaluering

3/2012 Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 med spesialisthelsetjenesten: behandling av eldre pasienter med hjerneslag

4/2012 Meldesentralen – oppsummeringsrapport 2008–2011

5/2012 Mytar og anekdotar eller realitetar? Barn med tiltak frå barnevernet og tenester frå psykisk helsevern for barn og unge. Ei kunnskapsoppsummering

Tilsynsmeldinga

Tilsynsmeldinga er ein årleg publikasjon frå Helsetilsynet. Den blir nytta til å orientere omverda om saker som er sentrale for sosiale tenester i Nav, barnevernet og sosial- og omsorgstenestene og for offentleg debatt om tenestene.

Tilsynsmeldingar frå og med 1997 finst i fulltekst på www.helsetilsynet.no. Dei nyaste kan og tingast i trykt utgåve.

I serien Rapport fra Helsetilsynet vert det formidla funn og erfaring frå klagebehandling og tilsyn med sosiale tenester i Nav, barnevern og sosial- og omsorgstenestene.

Serien vert utgjeven av Statens helsetilsyn. Alle utgjevingar i serien finst i fulltekst på www.helsetilsynet.no

HELSETILSYNET
tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

OPPSUMMERING

Rapport fra Helsetilsynet 5/2012

Mytar og anekdotar eller realitetar? Barn med tiltak frå barnevernet og tenester frå psykisk helsevern for barn og unge. Ei kunnskapsoppsumming

Er det slik at barn med tiltak frå barnevernet har vanskelegare tilgang til psykisk helsevern enn andre barn og unge? Statens helsetilsyn ønskjer med denne rapporten å oppsummere kunnskap frå statistikk, forskning, utgreiingar og tilsyns-erfaringar for å belyse om barn med tiltak frå barnevernet får dei tenestene frå psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) dei treng og har rett til. Er det slik at dei blir avviste i større grad enn andre barn og unge, eller er tenestetilbodet dei får, mangelfullt?

Det har dei siste åra vore ein auke både i talet på barn som mottok tiltak frå barnevernet, og talet på barn og unge som mottok tenester frå PHBU. Aktivitetsdata for PHBU tyder på at delen barn som også mottok tiltak frå barnevernet, har vore stabil rundt 17 prosent i perioden 2002–2010.

Rapporten viser eksempel på barn, unge og deira føresette som kjenner seg avviste av anten barnevernstenesta eller PHBU, eller av begge tenestene.

Vi har påvist store kunnskapshol på området. Men med bakgrunn i den kunnskapen vi har oppsummert, kan vi ikkje konkludere med at barn med tiltak frå barnevernet systematisk har dårlegare tilgang til PHBU enn andre barn og unge.